

Prestação de Contas

Outubro
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 BANCÁRIA

Empresa:	Associação Hospitalar Beneficente do Brasil	Banco Do Brasil
CNPJ:	45.349.461/0001-02	Ag: 6790-3
Período:	01/10/2020 a 31/10/2020	CC: 211-9
Convênio:	Mirandópolis	

Data	Fornecedor	Nº Doc	Débito	Crédito	Saldo Exercício
BANCO DO BRASIL					
30/09/2020	Saldo Anterior	R\$			R\$
01/10/2020	Devolução AHBB Sede		R\$	R\$ 895,49	R\$ 895,49
01/10/2020	Biomedical Equipamentos e Produtos Médico-Cirúrgicos Ltda	Nota Fiscal nº 125466	R\$ 680,00		R\$ 215,49
01/10/2020	Biripel Embalagens Ltda	Nota Fiscal nº 153230	R\$ 215,49		R\$
02/10/2020	Devolução AHBB Sede		R\$	R\$ 55.959,75	R\$ 55.959,75
02/10/2020	Alessandra Aguiar Salesse Farias	Rescisão	R\$ 12.769,25		R\$ 43.190,50
02/10/2020	FGTS Arrecadação GRF	Pagamento	R\$ 3.517,00		R\$ 39.673,50
02/10/2020	Gestare Serviços Combinados de Escritório	Nota Fiscal nº 126	R\$ 39.673,50		R\$
05/10/2020	Devolução AHBB Sede		R\$	R\$ 46.674,87	R\$ 46.674,87
05/10/2020	Ticket Serviços S/A	Nota Fiscal nº 22009900	R\$ 5.848,99		R\$ 40.825,88
05/10/2020	Ticket Serviços S/A	Nota Fiscal nº 22010356	R\$ 8.480,36		R\$ 32.345,52
05/10/2020	Kataoka e Perez Serviços de Fisioterapia Ltda	Nota Fiscal nº 26	R\$ 28.000,00		R\$ 4.345,52
05/10/2020	Vera Lucia Alarcon Gonçalves Me	Nota Fiscal nº 554	R\$ 365,40		R\$ 3.980,12
05/10/2020	Comercial Cirúrgica Rioclarense Ltda	Nota Fiscal nº 1343944	R\$ 3.760,50		R\$ 219,62
05/10/2020	Augusto Valério de Siqueira Papelaria	Nota Fiscal nº 4881	R\$ 219,62		R\$ 0,00
06/10/2020	Repassa Público		R\$	R\$ 355.226,00	R\$ 355.226,00
06/10/2020	Alicione Bogaz	Folha de Pagamento	R\$ 1.854,18		R\$ 353.371,82
06/10/2020	Alessandra Aguiar Salesse Farias	Folha de Pagamento	R\$ 3.012,29		R\$ 350.359,53
06/10/2020	Ana Augusta Feliciani Nogueira	Folha de Pagamento	R\$ 1.623,06		R\$ 348.736,44
06/10/2020	Ana Paula Azevedo Zanatta	Folha de Pagamento	R\$ 1.834,05		R\$ 346.902,39
06/10/2020	Ana Paula dos Santos Silva	Folha de Pagamento	R\$ 1.797,95		R\$ 345.104,44
06/10/2020	Bianca Caetano Costa	Folha de Pagamento	R\$ 3.144,82		R\$ 341.959,62
06/10/2020	Bruna Beraldo Ferrante	Folha de Pagamento	R\$ 2.580,53		R\$ 339.379,09
06/10/2020	Camila Donato Innocencio	Folha de Pagamento	R\$ 120,16		R\$ 339.258,93
06/10/2020	Cátia Fernanda Ferraz	Folha de Pagamento	R\$ 1.818,66		R\$ 337.440,27
06/10/2020	Cristiane Pascoalato Vendrame	Folha de Pagamento	R\$ 1.496,29		R\$ 335.943,98
06/10/2020	Daniela dos Santos de Oliveira	Folha de Pagamento	R\$ 1.736,81		R\$ 334.207,17
06/10/2020	Debora Cristina Loche	Folha de Pagamento	R\$ 1.621,28		R\$ 332.585,89
06/10/2020	Denise Priscila Ancilotto Lisboa	Folha de Pagamento	R\$ 1.069,22		R\$ 331.516,67
06/10/2020	Edilaine Munhoz Maquea	Folha de Pagamento	R\$ 211,14		R\$ 331.305,53
06/10/2020	Edilene Manoel	Folha de Pagamento	R\$ 1.585,22		R\$ 329.720,31
06/10/2020	Elaine Cristina Dias Borges	Folha de Pagamento	R\$ 1.603,94		R\$ 328.116,37
06/10/2020	Gislaine Machado Morabito	Folha de Pagamento	R\$ 1.585,22		R\$ 326.531,15
06/10/2020	Isadora Moraes de Castro	Folha de Pagamento	R\$ 1.400,63		R\$ 325.130,52
06/10/2020	Izabel Cristina de Souza	Folha de Pagamento	R\$ 1.400,57		R\$ 323.729,95
06/10/2020	Jose Lopes de Oliveira	Folha de Pagamento	R\$ 1.840,51		R\$ 321.889,44
06/10/2020	Kelly Cristina Ramos Rocha	Folha de Pagamento	R\$ 1.623,62		R\$ 320.265,82
06/10/2020	Lais Marani Silva	Folha de Pagamento	R\$ 2.878,78		R\$ 317.387,04
06/10/2020	Leticia Maiara dos Santos Ferraz	Folha de Pagamento	R\$ 1.696,22		R\$ 315.690,82
06/10/2020	Lucas Carvalho dos Santos	Folha de Pagamento	R\$ 210,88		R\$ 315.479,94
06/10/2020	Maira Teixeira de Castro	Folha de Pagamento	R\$ 1.585,87		R\$ 313.894,07
06/10/2020	Marcia Maiara Possenti	Folha de Pagamento	R\$ 1.433,38		R\$ 312.460,69
06/10/2020	Natalia Pazinato da Silva	Folha de Pagamento	R\$ 1.533,29		R\$ 310.927,40
06/10/2020	Natalia Xavier Nascimento Oliveira	Folha de Pagamento	R\$ 1.524,99		R\$ 309.402,41
06/10/2020	Patricia Adriana Ferreira	Folha de Pagamento	R\$ 1.839,82		R\$ 307.562,59
06/10/2020	Patricia Michele de Almeida	Folha de Pagamento	R\$ 1.585,55		R\$ 305.977,04
06/10/2020	Priscila Santos Leite de Almeida	Folha de Pagamento	R\$ 2.634,81		R\$ 303.342,23
06/10/2020	Regina Leia Parro Rodrigues de Sousa	Folha de Pagamento	R\$ 1.637,18		R\$ 301.705,05
06/10/2020	Ricardo de Carvalho	Folha de Pagamento	R\$ 1.841,45		R\$ 299.863,60
06/10/2020	Thais Boareto da Silva	Folha de Pagamento	R\$ 740,49		R\$ 299.123,11
06/10/2020	Valeria Cristina de Souza da Cruz	Folha de Pagamento	R\$ 1.496,30		R\$ 297.626,81
06/10/2020	FGTS Arrecadação GRF	Pagamento	R\$ 2.085,36		R\$ 295.541,45
06/10/2020	FGTS Arrecadação GRF	Pagamento	R\$ 6.128,21		R\$ 289.413,24
06/10/2020	Aplicação		R\$ 289.413,24		R\$ 0,00
07/10/2020	Eliana Cristina Rodrigues	Folha de Pagamento	R\$ 1.515,02		R\$ 1.515,02
07/10/2020	Mauro Celso Chiavelli	Folha de Pagamento	R\$ 2.991,04		R\$ 4.506,06
07/10/2020	Sônia dos Santos	Folha de Pagamento	R\$ 989,58		R\$ 5.495,64
07/10/2020	Resgate Aplicação		R\$	R\$ 5.495,64	R\$ 0,00
08/10/2020	Supermed Com. E Imp. De Prod. Med. E Hospit. Ltda	Nota Fiscal nº 117583	R\$ 663,72		R\$ 663,72
08/10/2020	Resgate Aplicação		R\$	R\$ 663,72	R\$ 0,00
09/10/2020	Winter - Gestão e Consultoria Médica Ltda EPP	Nota Fiscal nº 347	R\$ 100.794,90		R\$ 100.794,90
09/10/2020	Medicalmed Comercio de Equipamentos Me	Nota Fiscal nº 8391	R\$ 326,91		R\$ 101.121,81
09/10/2020	Resgate Aplicação		R\$	R\$ 101.121,81	R\$ 0,00
13/10/2020	Thomson Reuters Brasil	Nota Fiscal nº 1286717	R\$ 822,88		R\$ 822,88
13/10/2020	Samtronic Ind e Com Ltda	Nota Fiscal nº 246251	R\$ 2.568,75		R\$ 3.391,63
13/10/2020	Beliye Comercio de Produtos Hospitalares Ltda	Nota Fiscal nº 67135	R\$ 1.805,30		R\$ 5.196,93
13/10/2020	Comercial Cirúrgica Rioclarense Ltda	Nota Fiscal nº 1341466	R\$ 1.664,54		R\$ 6.861,47
13/10/2020	Comercial Cirúrgica Rioclarense Ltda	Nota Fiscal nº 1341394	R\$ 2.466,00		R\$ 9.327,47
13/10/2020	Comercial Cirúrgica Rioclarense Ltda	Nota Fiscal nº 1341452	R\$ 2.005,85		R\$ 11.333,32
13/10/2020	Eq Serviços Técnicos Eireli - EPP	Nota Fiscal nº 27	R\$ 9.500,00		R\$ 20.833,32
13/10/2020	Relógio de Ponto Bauru Ltda	Nota Fiscal nº 3973-1	R\$ 70,00		R\$ 20.903,32
13/10/2020	Laboratório São Paulo Análises Clínicas	Nota Fiscal nº 51798	R\$ 3.179,87		R\$ 24.083,19
13/10/2020	Dupatri Hospitalar Comercio Importação e Exportação Ltda	Nota Fiscal nº 97157	R\$ 4.165,47		R\$ 28.248,66
13/10/2020	Supermed Com. E Imp. De Prod. Med. E Hospit. Ltda	Nota Fiscal nº 119527	R\$ 1.797,23		R\$ 30.045,89
13/10/2020	Supermed Com. E Imp. De Prod. Med. E Hospit. Ltda	Nota Fiscal nº 469324	R\$ 947,46		R\$ 30.993,35

13/10/2020	Biomedical Equipamentos e Produtos Médico-Cirúrgicos Ltda	Nota Fiscal nº 125997	R\$ 680,00		-R\$ 31.673,35
13/10/2020	Samtronic Indústria e Comércio Ltda	Nota Fiscal nº 249362	R\$ 2.544,00		-R\$ 34.217,35
13/10/2020	Dupatri Hospitalar Comércio Importação e Exportação Ltda	Nota Fiscal nº 1123748	R\$ 325,70		-R\$ 34.543,05
13/10/2020	Supermed Com. E Imp. De Prod. Med. E Hospit. Ltda	Nota Fiscal nº 119556	R\$ 2.407,50		-R\$ 36.950,55
13/10/2020	Resgate Aplicação		R\$	R\$ 36.950,55	R\$ 0,00
14/10/2020	Tecseg Equipamentos Contra Incêndio e Materiais de Segurança Ltda	Nota Fiscal nº 2143	R\$ 934,00		-R\$ 934,00
14/10/2020	F B Babato Me	Nota Fiscal nº 10	R\$ 179,90		-R\$ 1.113,90
14/10/2020	Promedip Materiais, Produtos e Serviços	Nota Fiscal nº 2009	R\$ 1.780,00		-R\$ 2.893,90
14/10/2020	Dupatri Hospitalar Comércio Importação e Exportação Ltda	Nota Fiscal nº 1122354	R\$ 1.242,60		-R\$ 4.136,50
14/10/2020	Resgate Aplicação		R\$	R\$ 4.136,50	R\$ 0,00
16/10/2020	Devolução AHBB Sede		R\$	R\$ 12.102,33	R\$ 12.102,33
16/10/2020	Ministério da Previdência Social	GPS/INSS	R\$ 4.366,11		R\$ 7.736,22
16/10/2020	Ministério da Fazenda	DARF-Código da receita 5952	R\$ 5.140,39		R\$ 2.595,83
16/10/2020	Ministério da Fazenda	DARF-Código da receita 1708	R\$ 1.658,19		R\$ 937,64
16/10/2020	Ministério da Fazenda	DARF-Código da receita 0561	R\$ 937,64		R\$ 0,00
26/10/2020	Devolução AHBB Sede		R\$	R\$ 23.240,28	R\$ 23.240,28
26/10/2020	Supermed Com. E Imp. De Prod. Med. E Hospit. Ltda	Nota Fiscal nº 123829	R\$ 4.368,41		R\$ 18.871,87
26/10/2020	Supermed Com. E Imp. De Prod. Med. E Hospit. Ltda	Nota Fiscal nº 123828	R\$ 4.065,98		R\$ 14.805,89
26/10/2020	Supermed Com. E Imp. De Prod. Med. E Hospit. Ltda	Nota Fiscal nº 472253	R\$ 923,03		R\$ 13.882,86
26/10/2020	Cristalia Prod Químico Farmacêutico Ltda	Nota Fiscal nº 2753440	R\$ 1.917,60		R\$ 11.985,26
26/10/2020	Dupatri Hospitalar Comércio Importação e Exportação Ltda	Nota Fiscal nº 1126773	R\$ 75,00		R\$ 11.890,26
26/10/2020	Center Maq Com de Maquinas e Papeis Ltda	Nota Fiscal nº 21300	R\$ 298,80		R\$ 11.591,46
26/10/2020	Comercial Cirurgica Rioclarense Ltda	Nota Fiscal nº 1346011	R\$ 3.846,00		R\$ 7.745,46
26/10/2020	Biomedical Equipamentos e Produtos Médico-Cirúrgicos Ltda	Nota Fiscal nº 126470	R\$ 680,00		R\$ 7.065,46
26/10/2020	Dupatri Hospitalar Comércio Importação e Exportação Ltda	Nota Fiscal nº 101247	R\$ 1.213,27		R\$ 5.852,19
26/10/2020	Dupatri Hospitalar Comércio Importação e Exportação Ltda	Nota Fiscal nº 1123752	R\$ 700,00		R\$ 5.152,19
26/10/2020	Supermed Com. E Imp. De Prod. Med. E Hospit. Ltda	Nota Fiscal nº 119556	R\$ 2.407,50		R\$ 2.744,69
26/10/2020	Supermed Com. E Imp. De Prod. Med. E Hospit. Ltda	Nota Fiscal nº 119527	R\$ 1.797,23		R\$ 947,46
26/10/2020	Supermed Com. E Imp. De Prod. Med. E Hospit. Ltda	Nota Fiscal nº 469324	R\$ 947,46		R\$ 0,00
26/10/2020	Tarifa Bancária	853.001.200.882.805	R\$ 60,00		-R\$ 60,00
26/10/2020	Tarifa Bancária	853.001.200.952.590	R\$ 70,00		-R\$ 130,00
26/10/2020	Tarifa Bancária	883.000.903.256.124	R\$ 153,00		-R\$ 283,00
26/10/2020	Resgate Aplicação		R\$	R\$ 283,00	R\$ 0,00
27/10/2020	Laís Marani Silva	Férias	R\$ 3.556,20		-R\$ 3.556,20
27/10/2020	Resgate Aplicação		R\$	R\$ 3.556,20	R\$ 0,00
28/10/2020	Marcia Maiara Possenti	Férias	R\$ 1.776,64		-R\$ 1.776,64
28/10/2020	Automatizações Seculo XXI Tratamento de Dados Ltda - EPP	Nota Fiscal nº 24381	R\$ 94,26		-R\$ 1.870,90
28/10/2020	Resgate Aplicação		R\$	R\$ 1.870,90	R\$ 0,00
29/10/2020	Patrícia Michele de Almeida	Férias	R\$ 1.963,58		-R\$ 1.963,58
29/10/2020	Resgate Aplicação		R\$	R\$ 1.963,58	R\$ 0,00
30/10/2020	Devolução AHBB Sede		R\$	R\$ 264.909,73	R\$ 264.909,73
30/10/2020	Resgate Aplicação		R\$	R\$ 133.383,82	R\$ 398.293,55

Mirandópolis, 12 de Novembro de 2020.

Responsável pela Conveniada:

João Pedro Pinotti Affonso
Diretor Administrativo

AHBB - Associação Hospitalar Beneficente do Brasil
Sede Administrativa: Av. José Ariano Rodrigues, 303 - Jd. Ariano - Lins/SP - CEP: 16.400 - 400 T. el.: +55 14 3532 6198
www.ahbb.org.br



G3363016456629851
30/10/2020 16:51:20

Cliente - Conta atual

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

Lançamentos

DL. balancete	Dt. movimento	Ag. origem	Lote	Histórico	Documento	Valor R\$	Saldo
30/09/2020		0000	00000 000	Saldo Anterior			0,00 C
01/10/2020		3062	99015 870	Transferência recebida	553.062.007.004.231	895,49 C	
				01/10 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B			
01/10/2020		0000	13105 109	Pagamento de Boleto	100.101	680,00 D	
				BIOMEDICAL			
01/10/2020		0000	13105 109	Pagamento de Boleto	100.102	215,49 D	0,00 C
				BIRIPEL EMBALAGENS LTDA			
02/10/2020		3062	99015 870	Transferência recebida	553.062.007.004.231	55.959,75 C	
				02/10 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B			
02/10/2020		0000	13134 250	Folha de Pagamento	28.738	12.769,25 D	
02/10/2020		0000	13105 375	Impostos	100.201	3.517,00 D	
				FGTS ARREC GRRF			
02/10/2020		0000	13105 393	TED Transf.Eletr.Disponiv	100.202	39.673,50 D	0,00 C
				341 0049 034298678000114 GESTARE SERVI			
05/10/2020		3062	99015 870	Transferência recebida	553.062.007.004.231	46.674,87 C	
				05/10 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B			
05/10/2020		0000	13105 109	Pagamento de Boleto	100.501	5.848,99 D	
				TICKET SERVICOS S/A			
05/10/2020		0000	13105 109	Pagamento de Boleto	100.502	8.480,36 D	
				TICKET SERVICOS S/A			
05/10/2020		0000	13105 393	TED Transf.Eletr.Disponiv	100.503	28.000,00 D	
				077 0001 033433450000127 KATAOKA SERVI			
05/10/2020		0000	13105 393	TED Transf.Eletr.Disponiv	100.504	365,40 D	
				237 0258 002045036000117 VERA LUCIA AL			
05/10/2020		0000	13105 109	Pagamento de Boleto	100.505	3.760,50 D	
				COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENS			
05/10/2020		0000	13105 109	Pagamento de Boleto	100.506	219,62 D	0,00 C
				AUGUSTO VALERIO DE SIQUEIRA PAPELARIA			
06/10/2020		0000	14138 632	Ordem Bancária	202.010.060.000.843	355.226,00 C	
				463772220003-90 SP-SEC DA FAZENDA E PL			
06/10/2020		0000	13134 250	Folha de Pagamento	39.609	57.599,19 D	
06/10/2020		0000	13105 375	Impostos	100.601	2.085,36 D	
				FGTS ARREC GRFGTS-UNICO			
06/10/2020		0000	13105 375	Impostos	100.602	6.128,21 D	
				FGTS ARRECADACAO GRF			
06/10/2020		0000	00000 345	BB RF CP Aut Empresa	5	289.413,24 D	0,00 C
07/10/2020		0000	13105 393	TED Transf.Eletr.Disponiv	100.701	1.515,02 D	
				237 0167 29487360808 ELIANA CRISTINA R			
07/10/2020		0000	13105 393	TED Transf.Eletr.Disponiv	100.702	2.991,04 D	
				237 0167 36576071884 MAURO CELSO CHIAV			
07/10/2020		0000	13105 393	TED Transf.Eletr.Disponiv	100.703	989,58 D	
				104 1354 30441818870 SONIA DOS SANTOS			
07/10/2020		0000	00000 855	BB RF CP Aut Empresa	5	5.495,64 C	0,00 C
08/10/2020		0000	13105 109	Pagamento de Boleto	100.801	663,72 D	
				BANCO SOFISA S/A			
08/10/2020		0000	00000 855	BB RF CP Aut Empresa	5	663,72 C	0,00 C
09/10/2020		0000	13105 393	TED Transf.Eletr.Disponiv	100.901	100.794,90 D	
				341 0049 02639266000126 WINTER - GEST			
09/10/2020		0000	13105 109	Pagamento de Boleto	100.902	326,91 D	
				MEDICALMED COMERCIO DE EQUIPAMENTOS ME			
09/10/2020		0000	00000 855	BB RF CP Aut Empresa	5	101.121,81 C	0,00 C

13/10/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto THOMSON REUTERS BRAS	101.301	822,88 D	
13/10/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto SAMTRONIC INDUSTRIA E COMERCIO	101.302	2.568,75 D	
13/10/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto BELIVE COM DE PROD HOSP LTDA	101.303	1.805,30 D	
13/10/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENS	101.304	1.664,54 D	
13/10/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENS	101.305	2.466,00 D	
13/10/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENS	101.306	2.005,85 D	
13/10/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto ECQ SERVICOS TECNICOS EIRELI EPP	101.307	9.500,00 D	
13/10/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto RELOGIOS DE PONTO BAURU LTDA	101.308	70,00 D	
13/10/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto LABORATORIO SAO PAULO	101.309	3.179,87 D	
13/10/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IM	101.310	4.165,47 D	
13/10/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto BANCO SOFISA S/A	101.311	1.797,23 D	
13/10/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto BANCO SOFISA S/A	101.312	947,46 D	
13/10/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto BIOMEDICAL	101.313	680,00 D	
13/10/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto SAMTRONIC INDUSTRIA E COMERCIO	101.314	2.544,00 D	
13/10/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IM	101.315	325,70 D	
13/10/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto BANCO SOFISA S/A	101.316	2.407,50 D	
13/10/2020	0000	00000 855 BB RF CP Aut Empresa	5	36.950,55 C	0,00 C
14/10/2020	6790	99015 470 Transferência enviada 14/10 0058 59599-3 TECSEG EQUIP C	550.058.000.059.599	934,00 D	
14/10/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto F B BABETO ME	101.401	179,90 D	
14/10/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto PROMEDIRP MATERIAIS, PRODUTOS E SERVIC	101.402	1.780,00 D	
14/10/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IM	101.403	1.242,60 D	
14/10/2020	0000	00000 855 BB RF CP Aut Empresa	5	4.136,50 C	0,00 C
16/10/2020	3062	99015 870 Transferência recebida 16/10 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B	553.062.007.004.231	12.102,33 C	
16/10/2020	0000	13105 196 INSS Arrecadação GPS- Ident.: 45349461000889 - 09/2020	101.601	4.366,11 D	
16/10/2020	0000	13105 375 Impostos RFB- DARF PRETO CALCULADO	101.602	5.140,39 D	
16/10/2020	0000	13105 375 Impostos RFB- DARF PRETO CALCULADO	101.603	1.658,19 D	
16/10/2020	0000	13105 375 Impostos RFB- DARF PRETO CALCULADO	101.604	937,64 D	0,00 C
26/10/2020	3062	99015 870 Transferência recebida 26/10 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B	553.062.007.004.231	23.240,28 C	
26/10/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto BANCO SOFISA S/A	102.601	4.368,41 D	
26/10/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto BANCO SOFISA S/A	102.602	4.065,98 D	
26/10/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto BANCO SOFISA S/A	102.603	923,03 D	
26/10/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto CRISTALIA PROD QUIMICOS F LT	102.604	1.917,60 D	
26/10/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IM	102.605	75,00 D	
26/10/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	102.606	298,80 D	

CENTER MAQ COMERCIO DE MAQUINA						
26/10/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	102.607	3.846,00 D		
COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENS						
26/10/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	102.608	680,00 D		
BIOMEDICAL						
26/10/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	102.609	1.213,27 D		
DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IM						
26/10/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	102.610	700,00 D		
DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IM						
26/10/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	102.611	2.407,50 D		
BANCO SOFISA S/A						
26/10/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	102.612	1.797,23 D		
BANCO SOFISA S/A						
26/10/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	102.613	947,46 D		
BANCO SOFISA S/A						
26/10/2020	0000	13113 170 Tarifa Modulo	853.001.200.882.805	60,00 D		
Cobrança referente 26/10/2020						
26/10/2020	0000	13113 170 Tarifa Modulo	853.001.200.952.590	70,00 D		
Cobrança referente 26/10/2020						
26/10/2020	0000	13113 435 Tarifa Pacote de Serviços	883.000.903.256.124	153,00 D		
Cobrança referente 26/10/2020						
26/10/2020	0000	00000 855 BB RF CP Aut Empresa	5	283,00 C	0,00 C	
27/10/2020	0000	13134 250 Folha de Pagamento	19.294	3.556,20 D		
27/10/2020	0000	00000 855 BB RF CP Aut Empresa	5	3.556,20 C	0,00 C	
28/10/2020	0000	13134 250 Folha de Pagamento	20.325	1.776,64 D		
28/10/2020	0000	13105 393 TED Transf.Eletr.Disponiv	102.801	94,26 D		
756 5042 045349461000374 ASSOCIACAO HO						
28/10/2020	0000	00000 855 BB RF CP Aut Empresa	5	1.870,90 C	0,00 C	
29/10/2020	0000	13134 250 Folha de Pagamento	29.457	1.963,58 D		
29/10/2020	0000	00000 855 BB RF CP Aut Empresa	5	1.963,58 C	0,00 C	
30/10/2020	3062	03062 870 Transferência recebida	553.062.007.004.231.264.909.73 C			
30/10 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B						
30/10/2020	0000	00000 999 S A L D O		264.909,73 C		
Invest.com Resgate Autom.				133.383,82 C		
Saldo				398.293,55 C		
Juros *				0,00		
Data de Debito de Juros				30/10/2020		
IOF *				0,00		
Data de Debito de IOF				03/11/2020		
Saldo de fundos de investimento						
BB Automático Empres				133.390,42		

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

Serviço de Atendimento ao Consumidor - SAC 0800 729 0722

Ouvidoria BB 0800 729 5678

Para deficientes auditivos 0800 729 0088



Emissão de comprovantes

G3380217000802361
02/11/2020 18:43:53

02/11/2020 - BANCO DO BRASIL - 18:43:45
679006790 0004

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

BANCO BRADESCO S.A.

23790601029025200000619000107706783960000068000

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 100.101
DATA DE VENCIMENTO 02/10/2020
DATA DO PAGAMENTO 01/10/2020
VALOR DO DOCUMENTO 680,00
VALOR COBRADO 680,00

NR.AUTENTICACAO 7.24F.91B.E10.667.D85

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 84872817
Sistema Aditivo nº 801/2020
União Municipal Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UFPE - 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandes - Fava de Mamede
Tipo de empresa: Custo

DADOS ADICIONAIS	
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	RESERVA ADICIONAL
	01/10/10

02/11/2020 BANCO DO BRASIL 18:43:45
679006790 0002

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

BANCO BRADESCO S.A.

23790014039000001065358011554100583950000021549

BENEFICIARIO:

BIRIPEL EMBALAGENS LTDA

NOME FANTASIA:

BIRIPEL EMBALAGENS

CNPJ: 03.748.769/0001-80

PAGADOR:

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE D

CNPJ: 45.349.461/0001-02
=====

NR. DOCUMENTO 100.102

DATA DE VENCIMENTO 01/10/2020

DATA DO PAGAMENTO 01/10/2020

VALOR DO DOCUMENTO 215,49

VALOR COBRADO 215,49
=====

NR.AUTENTICACAO D.329.010.698.F89.7B3
=====

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
UGS: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brande Faria de Miranda
Tipo de Despesa: Custeio

BIRIPEL EMBALAGENS LTDA

RUA WAGHI KAHAL, 070 CENTRO - CENTRO -
CEP 13200-242 - BIRIGUI - SP
TEL 11333642-4390

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA
NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA 1
1 - SAÍDA
Nº 000153230 fl. 1 / 1
SÉRIE 001



CHAVE DE ACESSO
3520 6903 7487 6900 0180 5500 1000 1512 3011 0676 3798

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

135200764511865 01/09/2020 14:30:50

CNPJ / CPF

03 748 769/0001-80

NATUREZA DE OPERAÇÃO

VENIDA

INSCRIÇÃO ESTADUAL

214073629113

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBS. TRIB

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME - RAZÃO SOCIAL

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

ENDEREÇO

RUA SETE SETEMBRO, 529

MUNICÍPIO

BIRIGUI

FAVORA

CNPJ / CPF

45 349 461/0001-02

DATA DA EMISSÃO

01/09/2020

PAÍS / DISTRITO

CENTRO

CEP

16210-000

DATA DA SAÍDA / ENTRADA

01/09/2020

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA

14:30:39

FONE / FAX

(18)3659-1411

UF

SP

NÚMERO

153230

VALOR ORIGINAL

215,49

VALOR DESCONTO

0,00

VALOR LÍQUIDO

215,49

DADOS DA FATURA

DEPL. ATAN

Nº DUPLICATA

VENC.

VALOR

Nº DUPLICATA

VENC.

VALOR

Nº DUPLICATA

VENC.

VALOR

Nº DUPLICATA

VENC.

VALOR

001

01.10.2020

215,49

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICM

65,71

BASE CÁLC. ICMS SUBST.

11,83

0,00

VALOR APROX. DOS TRIBUTOS

68,38

VALOR TOTAL DOS PRODUTOS

215,49

VALOR DO ICM

0,00

VALOR DO SEGURO

0,00

DESCONTO

0,00

OUTRAS DESP. ACESS.

0,00

VALOR DO IPI

0,00

VALOR TOTAL DA NOTA

215,49

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL

JOSE BRAZ GOMES DE ALMEIDA

ENDEREÇO

RUA EDUARDO IBANHEZ

QUANTIDADE

ESPÉCIE

MARCAS

NUMERAÇÃO

PESO BRUTO

PESO LÍQUIDO

FRETE POR CONTA

CÓDIGO ANEX

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ / CPF

0 - REMETENTE

DZX8053

SP

217 690 098-76

MUNICÍPIO

UF

INSCRIÇÃO ESTADUAL

BIRIGUI

SP

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇOS

CÓDIGO DO PROD. / SERV.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / SH	CST	CFOP	UNID.	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR DESCONTO	VALOR LÍQUIDO	BASE CÁLC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTAS ICMS	ICMS	IPI
000000000321	DETERGENTE NEUTRO 5 LIT	34022000	080	5405	gl	2,000	11,90	0,00	23,80	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
000000000746	COPO PLAST 180 ML TRANSP PS CX C/2500	39241000	060	5405	cx	2,000	62,99	0,00	125,98	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
000000000749	BOBINA PLAST PICOTADA 50X70	39201010	000	5102	kg	4,900	13,41	0,00	65,71	65,71	11,83	0,00	18,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

IMPOSTOS: Valor Aproximado dos Tributos R\$ 29,59 Federal, 38,77 Estadual e 0,00 Municipal - Fonte: IPI (empresometro.com.br) (02C353)

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS

RECEBIDO 03/10/20

ASS: *[Assinatura]*

Transmitida por

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Hospital Beneficente do Brasil
Unidade Hospitalar - Hospital Estímulo
Unidade: 000100 - Hospital Estímulo
Dr. Oswaldo Braz Faria de Miranda
Tipo de Despesa: Custo

01/10/1
211



Aviso de lanÇamento

G3382512371399151

25/10/2020 16:18:16

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

Data 02/10/2020 Valor R\$ 12.769,25 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 165, lanÇado a dÃbito* em sua conta corrente 211-9, agÃncia 6790-3, na data acima.

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

(Doze mil e setecentos e sessenta e nove reais e vinte e cinco centavos)

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

Documento emitido por: JOAO P M P AFFONSO em 25/10/2020 16:18:16

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGF: 000196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Marandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

TERMO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

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

IDENTIFICACAO DO TRABALHADOR

10 PIS/PASEP 125.20024.54-4		11 Nome ALESSANDRA AGUIAR SALESSE FARIAS	
12 Endereço (logradouro, n°, andar, apartamento) Via CIRCULAÇÃO A, S/NICA 73 - QD A LT 9			13 Bairro RES ECOVILLE
14 Município VALPARAISO	15 UF SP	16 CEP 16.880-000	17 CTPS (n° serie, UF) 85228 - 00154 / SP
18 CPF 272.138.738-30			
19 Data de Nascimento 11/07/1976	20 Nome da Mãe MARIA ELENA DE AGUIAR SALESSE		

DADOS DO CONTRATO

21 Tipo de Contrato				
1 Contrato de trabalho por prazo indeterminado				
22 Causa do Afastamento				
Despedida sem justa causa pelo empregador				
23 Remuneração Mês Ant.	24 Data de Admissão	25 Data do Aviso Prévio	26 Data de Afastamento	27 Cod. Afastamento
3.202,22	20/10/2018	25/09/2020	25/09/2020	SJ2
28 Pensão Alim. (%) TRCT	29 Pensão Alim. (%) FGTS	30 Categoria do Trabalhador		
0,00	0,00	01 - Empregado		
31 Código Sindical	32 CNPJ e Nome da Entidade Sindical Laboral			
000.021.150.01669-0	51 100.477/0001-80 SINDICATO DOS EMPREGADOS EM ESTABELECIMENTO DE SERVIÇOS DE SAÚDE DE ARACATUBA			

DISCRIMINAÇÃO DAS VERBAS RESCISÓRIAS

VERBAS RESCISORIAS

Rubrica	Valor	Rubrica	Valor	Rubrica	Valor
50 Saldo de 25 dias Salário (líquido de 0 faltas e DSR)	R\$ 2.123,68	51 Comissões	R\$ 0,00	52 Gratificação	R\$ 0,00
53 Adic. de Insalubridade 20%	R\$ 174,17	54 Adic. de Periculosidade	R\$ 0,00	55 Adic. Noturno 111.46 horas 40,00%	R\$ 516,46
56 1 Horas Extras 6.20 horas a 50%	R\$ 154,16	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. 479º CLT	R\$ 0,00
62 Salário-Família	R\$ 0,00	63 13º Salário Proporcional 9/12 avos	R\$ 2.345,39	64.1 13º Salário-Exerc. ____/12 avos	R\$ 0,00
65 Férias Proporcionais 11/12 avos	R\$ 2.887,57	66 1 Férias Venc. Per Acquis. a ____	R\$ 0,00	68 Terço Constituc. de Férias	R\$ 1.050,02
69 - Aviso-Prévio Indenizado 36 dias	R\$ 3.770,48	70 13º Salário (Aviso Prévio Indenizado)	R\$ 260,60	71 Férias (Aviso-Prévio Indenizado)	R\$ 262,51
95 Outras Verbas (PARCELA 2ª PARCELA 13ª 2018)	R\$ 213,28				
		99 Ajuste de Saldo Devedor	R\$ 0,00	TOTAL BRUTO	R\$ 13.758,31

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 - dias	R\$ 0,00	112 1 Previdência Social	R\$ 713,08	112 2 Prev. Social - 13º Salário	R\$ 234,34
114 1 IRRF	R\$ 0,00	114 2 IRRF sobre 13º Salário	R\$ 6,64	115.1 Outros Descontos (DESC VALE REFEIÇÃO)	R\$ 35,00
		Convênio nº 115715017 Termo Aditivo nº 011/2020 Fundo Recurso		TOTAL DEDUÇÕES	R\$ 989,06
		Recursos para o Plano de Saúde Contribuição do Funcionário		VALOR LÍQUIDO	R\$ 12.769,25

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 125.20024.54-4		11 Nome ALESSANDRA AGUIAR SALESSE FARIAS		
17 CTPS (nº, série, UF) 85228 - 00154 / SP	18 CPF 272.138.738-30	19 Data de Nascimento 11/07/1976	20 Nome da Mãe MARIA ELENA DE AGUIAR SALESSE	
CONTRATO				
22 Causa do Afastamento Despedida sem justa causa, pelo empregador				
24 Data de Admissão 20/10/2018	25 Data do Aviso Prévio 25/09/2020	26 Data de Afastamento 25/09/2020	27 Cod. Afastamento SJ2	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.

_____ 25 de Setembro de 2020

ASSOCIACAO HOSPITALAR
BENEFICENTE DO BRASIL
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
UGF - 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).

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
02/11/2020 - AUTOATENDIMENTO - 18.43.45
6790306790 SEGUNDA VIA 0004

COMPROVANTE DE PAGAMENTO

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

Convenio FGTS ARREC GRRF
Codigo de Barras 85800000035-6 17000239202-7
01005273041-4 79853494612-2
Data do pagamento 02/10/2020
Identificador 27304179853494612
Data de vencimento 05/10/2020
Valor Total 3.517,00

DOCUMENTO: 100201
AUTENTICACAO SISBB: 3.F7D.180.CE0.0B0.CC9

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



GRRF - Guia de Recolhimento Rescisório do FGTS

Gerada em 29/09/2020 11:45:00

Versão do Aplicativo: 3.3.17 - 24/01/2020

01 - Razão social/Nome ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA		02 - CNPJ/CEI 45.349.461/0008-89	
03 - Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) PAULO DE BARROS 326		04 - Contato/DDD/telefone 11-39056104	05 - CEP 17.230-000
06 - Bairro/distrito CENTRO	07 - Município MIRANDOPOLIS	08 - UF SP	09 - FPAS 639
		10 - Simples 1	14 - Qtd Trabalhadores 1
11- Identificador 27304179853494612		12- Total a Recolher 3.517,00	
13- Data de Validade = 05/10/2020			

Atenção: não receber após Validade

Código de Barras

858000000356 170002392027 010052730414 798534946122

Autenticação mecânica

Via Empresa



GRRF - Guia de Recolhimento Rescisório do FGTS

Gerada em 29/09/2020 11:45:01

Versão do Aplicativo: 3.3.17 - 24/01/2020

01 - Razão social/Nome ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA		02 - CNPJ/CEI 45.349.461/0008-89	
03 - Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) PAULO DE BARROS 326		04 - Contato/DDD/telefone 11-39056104	05 - CEP 17.230-000
06 - Bairro/Distrito CENTRO	07 - Município MIRANDOPOLIS	08 - UF SP	09 - FPAS 639
		10 - Simples 1	14 - Qtd Trabalhadores 1
11- Identificador 27304179853494612		12- Total a Recolher 3.517,00	
13- Data de Validade = 05/10/2020			

Atenção: não receber após Validade

Código de Barras

858000000356 170002392027 010052730414 798534946122

Autenticação mecânica

2110
211

Via Banco

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
02/11/2020 - AUTOATENDIMENTO - 18.43.45
6790306790 SEGUNDA VIA 0002

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL

AGENCIA: 6790-3 CONTA: 211-9

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA

REMETENTE : ASSOCIACAO H B DO BRASIL

BANCO: 341 - ITAU UNIBANCO S.A.

AGENCIA: 0049-3 - SAO CARLOS SP

CONTA: 52.941-5

FAVORECIDO: GESTARE SERVICOS COMBINADOS DE ESCR

CPF/CNPJ: 34.298.678/0001-14

VALOR: R\$ 39.673,50

DEBITO EM: 02/10/2020

=====

DOCUMENTO: 100202

AUTENTICACAO SISBB: 6.B26.F6D.EDC.CB4.4F8

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		Número da Nota 00000126	
			Data e Hora de Emissão 01/10/2020 18:11:23	
			Código de Verificação 5JTS-UAAP	
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: 09/2020 CINVENIO 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 da Fazenda do Estado de São Paulo
 UGE: 000196 - Hospital Estadual
 Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
 tipo de Despesa: Custeio

2101
 211

02/11/2020 - BANCO DO BRASIL 18:43:45
679006790 0003

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

ITAU UNIBANCO S.A.

34191090323684762293781658220009983990000584899

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 100.501

DATA DE VENCIMENTO 05/10/2020

DATA DO PAGAMENTO 05/10/2020

VALOR DO DOCUMENTO 5.848,99

VALOR COBRADO 5.848,99

NR.AUTENTICACAO C.27E.9DA.A50.60F.2EA

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
UFPE 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandt Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

	PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFS-e RPS Nº 890085 Série C4, emitido em 24/08/2020		Número da Nota 22009900	
			Data e Hora de Emissão 25/08/2020 01:18:08 Código de Verificação WBTL-YCUH	
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 7816 - Pinheiros - CEP: 05426-070			
	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 wgalenti@ahbb.org.br	
INTERMEDIÁRIO DE SERVIÇOS				
CPF/CNPJ ----		Nome/Razão Social ----		
DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS				
TA DISPONIBILIZACAO DE BENEFICIO QTD 37 R\$5.956,20 DESCONTOS CONCEDIDOS R\$107,21 VALOR DA CORRETAGEM OU COMISSAO: ZERO Ped.:22726503 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: 05/10/2020 VALOR TOTAL: R\$5.848,99				
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 890085 Série C4, emitido em 24/08/2020.				

Convênio nº 0107/2017
 Termo Aditivo nº 001/2019
 Fonte: Recursos Especiais
 Secretaria do Estado da Saúde
 UGE - 000196 - Hospital Estadual
 Dr. Oswaldo Cruz - Rua de Marquês
 149 de Desempenho - Custerio



NOTA DE DÉBITO

Número
890085-ND

Data de Emissão
24/08/2020

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 37 R\$5.956,20
DESCONTOS CONCEDIDOS R\$107,21
Ped.:22726503 Contrato:2004030048091 IE:ISENTO IM:

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGS 040196 - Hospital Estadual
Dr. Osvaldo Brandi Faria de Miranópolis
Tipo de Despesa: Custeio

VALOR TOTAL: R\$ 5.848,99

DESCRIÇÃO:

DISPONIBILIZACAO DE BENEFICIOS / CUPONS

NOTA DE DÉBITO Nº

890085-ND

VALOR DE NOTA DE DÉBITO

R\$ 5.848,99

FORMA DE PAGAMENTO

05/10/2020

OUTRAS INFORMAÇÕES

Este(a) NOTA DE DÉBITO é relativa a RPS 890085 de 24/08/2020.

RELATÓRIO DE DETALHES DO PEDIDO

Número do Pedido Enviado: 699848

Realizado em: 24/08/2020

Valor (R\$): 5.956,20

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\$): 5.956,20

Data de Crédito:

Quantidade de Beneficiários: 37

Data de Entrega: 01/09/2020

CPF	MATRÍCULA	BENEFICIÁRIO	DEPARTAMENTO	VALOR DO BENEFÍCIO
328.629.558-25	2329	ALCIONE BOGAZ	AHBB MIRANDOPOLIS	R\$ 150,00
272.138.738-30	27213873830	ALESSANDRA A S FARI	AHBB MIRANDOPOLIS	R\$ 150,00
295.556.788-47	2163	ALESSANDRA C MARDEGAN	AHBB MIRANDOPOLIS	R\$ 150,00
214.220.888-63	2122	ANA A F NOGUEIRA	AHBB MIRANDOPOLIS	R\$ 150,00
214.801.238-03	2123	ANA P A ZANATTA	AHBB MIRANDOPOLIS	R\$ 150,00
014.000.604-43	2445	ANA PAULA SANTOS SILVA	AHBB MIRANDOPOLIS	R\$ 150,00
301.663.768-50	2336	BIANCA CAETANO COSTA	AHBB MIRANDOPOLIS	R\$ 150,00
368.501.738-12	36850173812	BRUNA BERALDO FERRANTE	AHBB MIRANDOPOLIS	R\$ 150,00
377.077.858-86	2125	CATIA FERNANDA FERRAZ	AHBB MIRANDOPOLIS	R\$ 150,00
295.136.688-43	29513668843	CRISTIANE P VENDRAME	AHBB MIRANDOPOLIS	R\$ 150,00
218.471.208-65	21847120865	DANIELA SANTOS OLIVEIRA	AHBB MIRANDOPOLIS	R\$ 150,00
322.986.678-96	2132	DENISE P A LISBOA	AHBB MIRANDOPOLIS	R\$ 150,00
108.823.788-64	2134	EDILAINE MUNHOZ MAQUEA	AHBB MIRANDOPOLIS	R\$ 150,00
291.914.308-52	2135	EDILENE MANOEL	AHBB MIRANDOPOLIS	R\$ 150,00
095.608.758-25	9560875825	ELAINE C D BORGES	AHBB MIRANDOPOLIS	R\$ 150,00
294.873.608-08	29487360808	ELIANA C RODRIGUES	AHBB MIRANDOPOLIS	R\$ 150,00
353.336.248-52	35333624852	GILSON F G SAN	AHBB MIRANDOPOLIS	R\$ 150,00
322.167.988-27	2137	GISLAINE M MORABITO	AHBB MIRANDOPOLIS	R\$ 150,00

Unidade de Entrega: AHBB SEDE

Valor dos Benefícios (R\$): 5.956,20

Data de Crédito:

Quantidade de Beneficiários: 37

Data de Entrega: 01/09/2020

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
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
329.168.118-50	33	THAIS BOARETO DA SILVA	AHBB MIRANDOPOLIS	R\$ 556,20
298.834.288-12	29883428812	VALERIA CRISTINA SOUZA C	AHBB MIRANDOPOLIS	R\$ 150,00

Contrato: 2004030048091

UNIDADE DE ENTREGA	DEPARTAMENTO	DATA DE CRÉDITO	DATA DE ENTREGA	QUANTIDADE BENEFICIÁRIOS	VALOR DO BENEFÍCIO
AHBB SEDE	AHBB MIRANDOPOLIS		01/09/2020	37	R\$ 5.956,20
TOTAL BENEFÍCIOS				37	R\$ 5.956,20

TAXA	VALOR	BASE	SUB TOTAL
TAXA DE ADMINISTRACAO TAE (NEGATIVA)	R\$ -107,21	1	-R\$ 107,21
TOTAL DE TAXAS DO PRODUTO			-R\$ 107,21
RESUMO DO PRODUTO			SUB TOTAL
Total de Benefícios			R\$ 5.956,20
Taxas			-R\$ 107,21
TOTAL			R\$ 5.848,99

02/11/2020 - BANCO DO BRASIL - 18:43:45
679006790 0005

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

ITAU UNIBANCO S.A.

34191090323707506293781658220009483990000848036

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 100.502

DATA DE VENCIMENTO 05/10/2020

DATA DO PAGAMENTO 05/10/2020

VALOR DO DOCUMENTO 8.480,36

VALOR COBRADO 8.480,36
=====

NR.AUTENTICACAO 2.B2A.33E.918.4DB.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.

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UFPE - 090126 - Hospital Estadual
Dr. Osvaldo 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 892436 Série C4, emitido em 24/08/2020	Número da Nota 22010356			
	Data e Hora de Emissão 25/08/2020 01:20:08			
Código de Verificação 7SVT-5USB				
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 wgalenti@ahbb.org.br				
INTERMEDIÁRIO DE SERVIÇOS CPF/CNPJ --- Nome/Razão Social ---				
DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS TRE DISPONIBILIZACAO DE BENEFICIO QTD 36 R\$8.680,00 DESCONTOS CONCEDIDOS R\$199,64 VALOR DA CORRETAGEM OU COMISSAO: ZERO Ped.:22726531 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: 05/10/2020 VALOR TOTAL: R\$8.480,36				
VALOR TOTAL DO SERVIÇO = R\$ 0,00				
INSS (R\$)	IRRF (R\$)	CSLL (R\$)	CÓFINS (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 892436 Série C4, emitido em 24/08/2020.				

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



NOTA DE DÉBITO

Número
892436-ND

Data de Emissão
24/08/2020

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\$8.680,00
DESCONTOS CONCEDIDOS R\$199,64
Ped.:22726531 Contrato:2004030057121 IE:ISENTO IM:

VALOR TOTAL: R\$ 8.480,36

DESCRIÇÃO:

DISPONIBILIZACAO DE BENEFICIOS / CUPONS

NOTA DE DÉBITO Nº

892436-ND

VALOR DE NOTA DE DÉBITO

R\$ 8.480,36

FORMA DE PAGAMENTO

05/10/2020

OUTRAS INFORMAÇÕES

Este(a) NOTA DE DÉBITO é relativa a RPS 892436 de 24/08/2020

Convênio nº 010/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte: Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
GE - 090196 - Hospital Estadual
"Dr. Osvaldo Brandi Faria" de Marandupólis
Tipo de Despesa: Custeio

RELATÓRIO DE DETALHES DO PEDIDO

Número do Pedido Enviado: 714743

Realizado em: 24/08/2020

Valor (R\$): 8.680,00

Método Pagamento: Faturamento

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

Solicitante: ANA CLAUDIA DA SILVA

Ticket Restaurante Eletrônico

Unidade de Entrega: AHBB SEDE

Valor dos Benefícios (R\$): 8.680,00

Data de Crédito:

Quantidade de Beneficiários: 36

Data de Entrega: 01/09/2020

CPF	MATRÍCULA	BENEFICIÁRIO	DEPARTAMENTO	DIAS ÚTEIS	VALOR DIA	VALOR MÊS	VALOR DO BENEFÍCIO
328.629.558-25	2329	ALCIONE BOGAZ	AHBB MIRANDOPOLIS				R\$ 227,50
272.138.738-30	27213873830	ALESSANDRA A S FARI	AHBB MIRANDOPOLIS				R\$ 227,50
295.556.788-47	2163	ALESSANDRA C MARDEGAN	AHBB MIRANDOPOLIS				R\$ 227,50
214.220.888-63	2122	ANA A F NOGUEIRA	AHBB MIRANDOPOLIS				R\$ 227,50
214.801.238-03	2123	ANA P A ZANATTA	AHBB MIRANDOPOLIS				R\$ 227,50
014.000.604-43	2445	ANA PAULA SANTOS SILVA	AHBB MIRANDOPOLIS				R\$ 227,50
301.663.768-50	2336	BIANCA CAETANO COSTA	AHBB MIRANDOPOLIS				R\$ 227,50
368.501.738-12	36850173812	BRUNA BERALDO FERRANTE	AHBB MIRANDOPOLIS				R\$ 227,50
377.077.858-86	2125	CATIA FERNANDA FERRAZ	AHBB MIRANDOPOLIS				R\$ 227,50
295.136.688-43	29513668843	CRISTIANE P VENDRAME	AHBB MIRANDOPOLIS				R\$ 227,50
218.471.208-65	21847120865	DANIELA SANTOS OLIVEIRA	AHBB MIRANDOPOLIS				R\$ 227,50
385.855.778-19	2126	DEBORA CRISTINA LOCHE	AHBB MIRANDOPOLIS				R\$ 245,00
322.986.678-96	2132	DENISE P A LISBOA	AHBB MIRANDOPOLIS				R\$ 227,50
108.823.788-64	2134	EDILAINE MUNHOZ MAQUEA	AHBB MIRANDOPOLIS				R\$ 227,50
291.914.308-52	2135	EDILENE MANOEL	AHBB MIRANDOPOLIS				R\$ 227,50
095.608.758-25	9560875825	ELAINE C D BORGES	AHBB MIRANDOPOLIS				R\$ 227,50
294.873.608-08	29487360808	ELIANA C RODRIGUES	AHBB MIRANDOPOLIS				R\$ 227,50
353.336.248-52	35333624852	GILSON F GUEDES SANTOS	AHBB MIRANDOPOLIS				R\$ 227,50

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

Unidade de Entrega: AHBB SEDE

Valor dos Benefícios (R\$): 8.680,00

Data de Crédito:
Quantidade de Beneficiários: 36

Data de Entrega: 01/09/2020

CPF	MATRÍCULA	BENEFICIÁRIO	DEPARTAMENTO	DIAS ÚTEIS	VALOR DIA	VALOR MÊS	VALOR DO BENEFÍCIO
322.167.988-27	2137	GISLAINE M MORABITO	AHBB MIRANDÓPOLIS				R\$ 227,50
379.629.418-98	37962941898	ISADORA M C SANTO	AHBB MIRANDÓPOLIS				R\$ 245,00
095.493.888-75	2130	IZABEL CRISTINA DE SOUZA	AHBB MIRANDÓPOLIS				R\$ 245,00
061.725.928-31	2139	JOSE LOPES DE OLIVEIRA	AHBB MIRANDÓPOLIS				R\$ 227,50
389.267.668-29	2146	KELLY C R ROCHA	AHBB MIRANDÓPOLIS				R\$ 227,50
427.001.668-09	42700166809	LETICIA M S FERR	AHBB MIRANDÓPOLIS				R\$ 227,50
400.061.728-14	2148	LUCAS CARVALHO SANTOS	AHBB MIRANDÓPOLIS				R\$ 227,50
427.566.218-03	2149	MAIRA TEIXEIRA DE CASTRO	AHBB MIRANDÓPOLIS				R\$ 227,50
382.523.438-05	38252343805	MARCIA MAIARA POSSENTI	AHBB MIRANDÓPOLIS				R\$ 367,50
365.760.718-84	36576071884	MAURO CELSO CHIAVELLI	AHBB MIRANDÓPOLIS				R\$ 367,50
434.914.478-10	43491447810	NATALIA PAZINATO SILVA	AHBB MIRANDÓPOLIS				R\$ 227,50
285.280.548-02	2153	PATRICIA A FERREIRA	AHBB MIRANDÓPOLIS				R\$ 227,50
305.075.078-27	2164	PATRICIA MICHELE ALMEIDA	AHBB MIRANDÓPOLIS				R\$ 227,50
298.440.178-66	2155	PRISCILA S LEITE ALMEIDA	AHBB MIRANDÓPOLIS				R\$ 227,50
259.782.788-73	2128	REGINAL PRODRIGUES DE	AHBB MIRANDÓPOLIS				R\$ 245,00
281.686.478-23	2157	RICARDO DE CARVALHO	AHBB MIRANDÓPOLIS				R\$ 227,50
329.168.118-50	33	THAIS BOARETO DA SILVA	AHBB MIRANDÓPOLIS				R\$ 367,50
298.834.288-12	29883428812	VALERIA CRISTINA SOUZA C	AHBB MIRANDÓPOLIS				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: Custo

Contrato: 2004030057121

UNIDADE DE ENTREGA	DEPARTAMENTO	DATA DE CRÉDITO	DATA DE ENTREGA	QUANTIDADE BENEFICIÁRIOS	VALOR DO BENEFÍCIO
AHBB SEDE	AHBB MIRANDÓPOLIS		01/09/2020	36	R\$ 8.680,00
				TOTAL BENEFÍCIOS	36
					R\$ 8.680,00
TAXA		VALOR	BASE	SUBTOTAL	

TAXA DE ADMINISTRACAO TRE (NEGATIVA)

R\$ -199,64

1

-R\$ 199,64

TOTAL DE TAXAS DO PRODUTO		-R\$ 199,64
RESUMO DO PRODUTO		SUB TOTAL
Total de Benefícios		R\$ 8.680,00
Taxas		-R\$ 199,64
TOTAL		R\$ 8.480,36

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

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
02/11/2020 - AUTOATENDIMENTO - 18.43.45
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: 05/10/2020

=====

DOCUMENTO: 100503

AUTENTICACAO SISBB: 1.12A.141.0DC.58C.FF4

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 Marandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

**Prefeitura do Município de Jahu**

Prefeitura do Município de Jahu

Nota Fiscal Eletrônica de Serviços - NF-eNúmero da Nota/Série
26/NFEData e Hora de Emissão
01/10/2020 16:28:08Código de Verificação
29996A14C58B6855FC56

Página 1 / 1

PRESTADOR ENQUADRADO NO REGIME DE ISS FIXO

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 SETEMBRO/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	0,00	0,00	0,00

Total Tributos: 0,00. Percentual: 0,00%

Outras Informações

- Contribuinte sujeito à tributação fixa do ISS
- Valor aproximado de Tributos: Federal: 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 notaNúmero da Nota
26/NFE

Emissão

01/10/2020 16:28:08

Código de verificação
29996A14C58B6855FC56

Data

Identificação do Recebedor

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

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
02/11/2020 - AUTOATENDIMENTO - 18.43.45
6790306790 SEGUNDA VIA 0002
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE
TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL
CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL
AGENCIA: 6790-3 CONTA: 211-9

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : ASSOCIACAO H B DO BRASIL
BANCO: 237 - BANCO BRADESCO S.A.
AGENCIA: 0258-5 - GUARACAI
CONTA: 11.286-0

FAVORECIDO: VERA LUCIA ALARCON GONCALVES
CPF/CNPJ: 02.045.036/0001-17
VALOR: R\$ 365,40
DEBITO EM: 05/10/2020

=====

DOCUMENTO: 100504
AUTENTICACAO SISBB: B.D22.A94.893.DC2.D11

RECEBEMOS DE VERA LUCIA ALARCON GONCALVES ME OS PRODUTOS/SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO

DATA DE RECEBIMENTO IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

NF-e
Nº 000.000.554
SÉRIE: 0

DANFE
Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

Saida 1
Entrada 0

VERA LUCIA ALARCON GONCALVES ME
RUA PRESIDENTE VARGAS 788
CENTRO - CEP 16980000
GUARACAI - SP
Fone/Fax 1627051758

Nº 000.000.554
SÉRIE: 0
Página 1 de 1

3520 0902 0450 3600 0117 5500 0000 0005 5414 4480 7588

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

PROTÓCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO: 135200828277549 18/09/2020 12:14:45

INSCRIÇÃO ESTADUAL: 326062600110

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO

CNPJ: 02045036000117

DESTINATÁRIO/REMETENTE

RAZÃO SOCIAL: 1299 - ASSOC. HOSPITALAR BENEF. DO BRASIL (8149)

CNPJ: 45349461000102

ENDEREÇO: AV. JOSE ARIANO RODRIGUES 303

BARRIO/CEP: JARDIM ARIANO 16400400

MUNICÍPIO: LINS

UF: SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL: 1435325198

DATA DE EMISSÃO: 18/09/2020

HORA DE EMISSÃO: 18/09/2020

VALOR DE EMISSÃO: 12:14:56

FATURA

VALOR TOTAL DOS PRODUTOS: 365,40

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	365,40
VALOR DO IMPOSTO	0,00	VALOR DO SEGURO	0,00	DESCONTO	0,00	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	0,00	VALOR TOTAL DA NOTA	365,40

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL: 9-Sem Ocorrência de Transporte

CODIGO ANTT: 9-Sem Ocorrência de Transporte

PLACA DO VEÍCULO: 9-Sem Ocorrência de Transporte

UF: 9-Sem Ocorrência de Transporte

INSCRIÇÃO ESTADUAL: 9-Sem Ocorrência de Transporte

QUANTIDADE: 9-Sem Ocorrência de Transporte

ESPECIE: 9-Sem Ocorrência de Transporte

MARCA: 9-Sem Ocorrência de Transporte

NUMERAÇÃO: 9-Sem Ocorrência de Transporte

PESO BRUTO: 9-Sem Ocorrência de Transporte

PESO LÍQUIDO: 9-Sem Ocorrência de Transporte

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO

CDOS PROD/SERVIÇO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM-EN	CEI	CFOP	UNID	QTD	VLR UNIT	VLR DESC	VLR TOTAL	BC ICMS	VLR ICMS	VLR IPT	VLR IPI	VLR OUTROS	VLR TOTAL
997042005222	LOCAO HIDRAT SKALA ROSAS (L) Val Aprox Tributos R\$ 24,59 (38,55%) Fonte	33072090	0500	5405	UN	11	5,80	0,00	63,80	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	63,80
997042005735	LOCAO HIDRAT SKALA LAVANDA (L) Val Aprox Tributos R\$ 22,36 (38,55%) Fonte	33072090	0500	5405	UN	10	5,80	0,00	58,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	58,00
1637042010431	HIDRATANTE SKALA LOVE INTENSE (L) Val Aprox Tributos R\$ 20,12 (38,55%) Fonte	33072090	0500	5405	UN	9	5,60	0,00	50,40	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	50,40
997042005833	LOCAO HIDRAT SKALA PROT LEITE (L) Val Aprox Tributos R\$ 31,30 (38,55%) Fonte	33072090	0500	5405	UN	14	5,80	0,00	81,20	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	81,20
897042005769	LOCAO HIDRAT SKALA OL DE ARGAN (L) Val Aprox Tributos R\$ 17,89 (38,55%) Fonte	33072090	0500	5405	UN	8	5,60	0,00	44,80	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	44,80
997042005741	HIDRATANTE SKALA AMENDOAS DOCE (L) Val Aprox Tributos R\$ 6,71 (38,55%) Fonte	33072090	0500	5405	UN	3	5,60	0,00	16,80	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	16,80
997042005716	LOCAO HIDRAT SKALA COCO 500ML (L) Val Aprox Tributos R\$ 13,42 (38,55%) Fonte	33072090	0500	5405	UN	6	5,60	0,00	33,60	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	33,60
997042005838	HIDRATANTE SKALA LEITE DE ARRO (L) Val Aprox Tributos R\$ 4,47 (38,55%) Fonte	33072090	0500	5405	UN	2	5,60	0,00	11,20	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	11,20

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

RESERVA DO FISCO

Convênio nº 0107/2017
Torneio Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UNIC - 080136 - Hospital Estadual
Dr. Domingos Brandão Faria de Moura
Tipo de Despesa: Custeio

02/11/2020 - BANCO DO BRASIL 18:43:45
679006790 0004

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

BANCO DO BRASIL

00190000090171153600100843388174884010000376050

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 100.505

NOSSO NUMERO 17115360000843388

CONVENIO 01711536

DATA DE VENCIMENTO 07/10/2020

DATA DO PAGAMENTO 05/10/2020

VALOR DO DOCUMENTO 3.760,50

VALOR COBRADO 3.760,50

=====
NR.AUTENTICACAO 4.1C7.D0A.7CA.F5C.030

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
UGF: 080196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

02/11/2020 - BANCO DO BRASIL 18:43:45
679006790 0004

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

BANCO COOPERATIVO DO BRASIL S.

75691321650100230510800041360017984030000021962

BENEFICIARIO:

AUGUSTO VALERIO DE SIQUEIRA PAPELAR

NOME FANTASIA:

AUGUSTO VALERIO DE SIQUEIRA PAPELAR

CNPJ: 01.641.665/0001-47

PAGADOR:

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC. DO B

CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO 100.506
DATA DE VENCIMENTO 09/10/2020
DATA DO PAGAMENTO 05/10/2020
VALOR DO DOCUMENTO 219,62
VALOR COBRADO 219,62

NR.AUTENTICACAO 6.A84.3D5.740.19B.535

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
UGF 000196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

AUGUSTO VALERIO DE SIQUEIRA PAPELARIA ME

Rua DUQUE DE CAXIAS, 1100
CENTRO - MIRANDOPOLIS - SP
Fone: (18)3701-5668 CEP: 16800-000

DANFE
Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA

Nº 000.004.881
Série 001
Folha 1/1


CHAVE DE ACESSO
3520 0901 6416 6500 0147 5500 1000 0048 8111 7072 9591

Consulta de autenticidade no portal da NF-e
www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da SEFAZ Autenticadora

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
135200792940093 09/09/2020 16:30:12

NATUREZA DA OPERAÇÃO
Venda de mercadoria adquirida ou recebida

INSCRIÇÃO ESTADUAL
449014737115

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBSTITUTO TRIBUTÁRIO

CNPJ
01.641.665/0001-47

ESTINATÁRIO / REMETENTE
OME - RAZÃO SOCIAL
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
ENDEREÇO
Avenida Jose Ariano Rodrigues, 303 SALA
BARRIO / DISTRITO
Jardim Ariano
CEP
16400-400
UF
SP
TELEFONE / FAX
(14)3532-5198
TELEFONE / CELULAR
INSCRIÇÃO ESTADUAL
DATA DA EMISSÃO
09/09/2020
DATA DA SAÍDA
09/09/2020
HORA DA EMISSÃO
16:27:28
HORA DA SAÍDA
16:27:28

VALORES			
NÚMERO DA FATURA	VALOR ORIGINAL	VALOR DO DESCONTO	VALOR LÍQUIDO
4881	439,25	0,00	439,25
NÚMERO	001		
ENCIMENTO	09/10/2020		
VALOR R\$	439,25		
CÁLCULO DO IMPOSTO			
SE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO
0,00	0,00	0,00	0,00
VALOR DO FCP			0,00
VALOR TOTAL DOS PRODUTOS			439,25
VALOR DO FRETE	0,00	VALOR DO SEGURO	0,00
DESCONTO	0,00	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	0,00
VALOR DO IPI	0,00		0,00
VALOR TOTAL DA NOTA			439,25

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS
OME - RAZÃO SOCIAL
0-EMITENTE
CÓDIGO ANTT
PLACA DO VEÍCULO
UF
CNPJ / CPF
ENDEREÇO
BARRIO / DISTRITO
UF
INSCRIÇÃO ESTADUAL
QUANTIDADE
ESPECIE
MARCA
NÚMERAÇÃO
PESO BRUTO
PESO LÍQUIDO

DOS PRODUTOS / SERVIÇOS														
CODIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	CSOSN	CFOP	UNID.	QUANTIDADE	VALOR UNITÁRIO	DEB.C.	VALOR TOTAL	BASE DE CÁLC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTA %	
38216	PAPEL SULFITE RINO CX/ 10 RESMAS	48025610	0500	5405	UN	2,00	174,31	0,00	348,62	0,00	0,00	0,00	0,00	0
12338	FITA ADESIVA ADELBRAS 48X45MT INCOLOR	39191010	0500	5405	UN	2,00	4,10	0,00	8,20	0,00	0,00	0,00	0,00	0
12733	MARCADOR PARA QUADRO BRANCO PILOT PRETO	96082000	0500	5405	UN	1,00	9,90	0,00	9,90	0,00	0,00	0,00	0,00	0
12731	MARCADOR PARA QUADRO BRANCO PILOT VERMELHO	96082000	0500	5405	UN	1,00	9,90	0,00	9,90	0,00	0,00	0,00	0,00	0
12729	MARCADOR PARA QUADRO BRANCO PILOT AZUL	96082000	0500	5405	UN	1,00	9,90	0,00	9,90	0,00	0,00	0,00	0,00	0
33737	LACRE DE SEGURANCA P/ MALOTE AZUL C/100 UNIDADES	39235000	0500	5405	UN	1,00	12,95	0,00	12,95	0,00	0,00	0,00	0,00	0

CÁLCULO DO ISSQN
ICMUNICIPAL
000552
VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS
0,00
BASE DE CÁLCULO DO ISSQN
0,00
VALOR TOTAL DO ISSQN
0,00

IMPOSTOS ADICIONAIS
MACIÇOS COMPLEMENTARES
I, Aprox. Impostos R\$40,17 (9,14%) Federal
9,15 (2,08%) Estadual
nte: IBPT
DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL, II-"NAO RA DIREITO A CREDITO FISCAL DE ISS E IPI", III-Permite credito de ICMS no valor de R\$ 0 equivalente a 2,33% nos termos do Artigo 23 da Lei Complementar 123 de 2006.

RESERVADO AO FISCO
Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fundo Municipal Estadual
Des. Financeiro do Estado de São Paulo
UFSP - 000130 - Mirandópolis - SP
Dr. Cláudio Roberto Faria de Mirandópolis
Tipo de Documento: Custeio

RELAÇÃO GERAL DOS LÍQUIDOS

Ídigo	Nome do empregado	CPF	Valor
Empregados			
2329	ALCIONE BOGAZ	328.629.558-25	1.854,18
2163	ALESSANDRA DE CASSIA MARDEGAI	295.556.788-47	3.012,29
2122	ANA AUGUSTA FELICIANI NOGUEIRA	214.220.888-63	1.623,09
2123	ANA PAULA AZEVEDO ZANATTA	214.801.238-03	1.834,05
2445	ANA PAULA DOS SANTOS SILVA	014.000.604-43	1.797,95
2336	BIANCA CAETANO COSTA	301.663.768-50	3.144,82
2977	BRUNA BERALDO FERRANTE	368.501.738-12	2.580,53
2145	CAMILA DONATO INNOCENCIO	395.692.218-28	120,16
2125	CATIA FERNANDA FERRAZ	377.077.858-86	1.818,66
2752	CRISTIANE PASCOALETO VENDRAM	295.136.688-43	1.496,29
2772	DANIELA DOS SANTOS DE OLIVEIRA	218.471.208-65	1.736,81
2126	DEBORA CRISTINA LOCHE	385.855.778-19	1.621,28
2132	DENISE PRISCILA ANCILOTTI LISBOA	322.986.678-96	1.069,22
2134	EDILAINE MUNHOZ MAQUEA	108.823.788-64	211,14
2135	EDILENE MANOEL	291.914.308-52	1.585,22
2136	ELAINE CRISTINA DIAS BORGES	095.608.758-25	1.603,94
2992	ELTANA CRISTINA RODRIGUES	294.873.608-08	1.515,02
2137	GISLAINE MACHADO MORABITO	322.167.988-27	1.585,22
2127	ISADORA MORAIS DE CASTRO SANT	379.629.418-98	1.400,63
2130	IZABEL CRISTINA DE SOUZA	095.493.888-75	1.400,57
2139	JOSE LOPES DE OLIVEIRA	061.725.928-31	1.840,51
2146	KELLY CRISTINA RAMOS ROCHA	389.267.668-29	1.623,62
2771	LAIS MARANI SILVA	354.059.608-96	2.878,78
2147	LETICIA MAIARA DOS SANTOS FERF	427.001.668-09	1.696,22
2148	LUCAS CARVALHO DOS SANTOS	400.061.728-14	210,88
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	2.991,04
2721	NATALIA PAZINATO DA SILVA	434.914.478-10	1.533,29
2154	NATALIA XAVIER NASCIMENTO OLIVEIRA	394.946.148-52	1.524,99
2153	PATRICIA ADRIANA FERREIRA	285.280.548-02	1.839,82
2164	PATRICIA MICHELE DE ALMEIDA	305.075.078-27	1.585,55
2155	PRISCILA SANTOS LEITE DE ALMEIDA	298.440.178-66	2.634,81
2128	REGINA LEIA PARRO RODRIGUES D	259.782.788-73	1.637,18
2157	RICARDO DE CARVALHO	281.686.478-23	1.841,45
2839	SONIA DOS SANTOS ROCHA	304.418.188-70	989,58
33	THAIS BOARETO DA SILVA	329.168.118-50	740,49
2799	VALERIA CRISTINA DE SOUZA DA C	298.834.288-12	1.496,30
Empregados: 38 Estagiários: 0 Contribuintes: 0			Total da Empresa: 63.094,83
(sessenta e três mil noventa e quatro reais e oitenta e três centavos)			

MIRANDOPOLIS, 04/10/2020

Responsável: _____

Convênio nº 8107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Vigência: 01/01/2017 a 31/12/2020
Secretaria de Estado da Saúde
UGF: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandli Faria de Mirandópolis
Tasso de Gusmão - Custeio

EXTRATO MENSAL

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

781 DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71 P	998 I.N.S.S.	8,17	154,53 D
134 PARCELA 2º PARCELA 13º 2018	117,38	117,38 P			
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00 P			
147 ADICIONAL NOTURNO 40%	112,00	284,62 P			

1 Proventos:	2.008,71	Descontos:	154,53	Informativa:	151,30	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	1.854,18
1 Base INSS:	1.891,33	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.891,33	Valor FGTS:	151,30	Base IRRF:	1.547,21

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

80 SALDO DE SALARIO DIAS	25,00	2.123,68 P	51 LIQUIDO RESCISAO	0,00	12.769,25 D
34 PARCELA 2º PARCELA 13º 2018	213,28	213,28 P	293 DESC VALE REFEIÇÃO	35,00	35,00 D
50 HORAS EXTRAS	8,20	154,16 P	826 INSS SOBRE RESCISAO	10,58	713,08 D
50 13 SALARIO INTEGRAL RESCISAO1	9,00	1.911,31 P	989 INSS 13 SAL.RESCISAO	8,99	234,34 D
51 MEDIA HORAS 13º RESCISAO	9,00	277,33 P	827 IRRF 13º SALARIO RESCISAO	7,50	6,64 D
53 VANTAGENS 13º RESCISAO	9,00	156,75 P			
53 13º 1/12 INDENIZADO	1,00	212,37 P			
53 MEDIA HORAS 13º 1/12 INDENIZAC	1,00	30,81 P			
54 VANTAGENS 13º 1/12 INDENIZADO	1,00	17,42 P			
29 FERIAS PROPORCIONAIS	11,00	2.336,04 P			
11 FERIAS 1/12 INDENIZADO	1,00	212,37 P			
15 MEDIA HR FER PROPORCIONAL	11,00	359,95 P			
17 VANTAGEM FER PROPORCIONAL	11,00	191,58 P			
26 1/3 FERIAS INDENIZADAS RESC	33,33	87,50 P			
17 MEDIA HORAS FERIAS 1/12 INDENI	1,00	32,72 P			
18 VANTAGENS FERIAS 1/12 INDENIZA	1,00	17,42 P			
19 1/3 FERIAS PROPORCIONAIS RESCI	33,33	962,52 P			
12 AVISO PREVIO	36,00	3.058,09 P			
15 MEDIA HORAS AVISO PREVIO	36,00	461,59 P			
16 VANTAGENS AVISO PREVIO	36,00	250,80 P			
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	174,17 P			
17 ADICIONAL NOTURNO 40%	111,46	516,45 P			

Proventos:	13.758,31	Descontos:	13.758,31	Informativa:	3517,00	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	0,00
Base INSS:	8.707,05	Excedente INSS:	637,88	Base FGTS:	9.344,93	Valor FGTS:	3.517,00	Base IRRF:	3.868,67

O EM 25/09/2020 - MOTIVO 2-Demitido SEM justa causa

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

1 DIAS NORMAIS	30,00	2.548,41 P	998 I.N.S.S.	9,59	307,24 D
4 PARCELA 2º PARCELA 13º 2018	196,76	196,76 P	999 IMPOSTO DE RENDA	15,00	79,45 D
6 INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00 P			
7 ADICIONAL NOTURNO 40%	96,00	444,81 P			

Proventos:	3.398,98	Descontos:	386,69	Informativa:	256,17	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	3.012,29
Base INSS:	3.202,22	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	3.202,22	Valor FGTS:	256,17	Base IRRF:	2.894,98

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Estado do Rio de Janeiro
Secretaria do Estado da Saúde
UNGE - UNITEC - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandão - Unidade de Neoplasias
Tipo de Despesa: Custeio

Data: 09/2020

EXTRATO MENSAL

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

81 DIAS NORMAIS	17,00	792,04 P	998	I.N.S.S.	8,05	132,58 D
70 DIAS AFAST. P/DOENÇA C/DIR.INTE	13,00	605,67 P				
34 PARCELA 2º PARCELA 13º 2018	108,30	108,30 P				
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	118,43 P				
30 INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR	20,00	90,57 P				
47 ADICIONAL NOTURNO 40%	16,00	40,66 P				

Proventos:	1.755,67	Descontos:	132,58	Informativa:	131,78	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	1.623,09
Base INSS:	1.647,37	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.647,37	Valor FGTS:	131,78	Base IRRF:	1.135,61

Período igual ou inferior a 15 dias: 10/09/2020 a 22/09/2020

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

31 DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71 P	998	I.N.S.S.	8,16	152,71 D
34 PARCELA 2º PARCELA 13º 2018	115,76	115,76 P				
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00 P				
47 ADICIONAL NOTURNO 40%	104,00	264,29 P				

Proventos:	1.986,76	Descontos:	152,71	Informativa:	149,68	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	1.834,05
Base INSS:	1.871,00	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.871,00	Valor FGTS:	149,68	Base IRRF:	1.718,29

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

11 DIAS NORMAIS	29,00	1.351,12 P	998	I.N.S.S.	8,18	156,15 D
70 DIAS AFAST. P/DOENÇA C/DIR.INTE	1,00	46,59 P				
34 PARCELA 2º PARCELA 13º 2018	44,85	44,85 P				
6 INSALUBRIDADE 20%	20,00	202,03 P				
0 INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR	20,00	6,97 P				
7 ADICIONAL NOTURNO 40%	119,05	302,54 P				

Proventos:	1.954,10	Descontos:	156,15	Informativa:	152,74	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	1.797,95
Base INSS:	1.909,25	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.909,25	Valor FGTS:	152,74	Base IRRF:	1.184,33

Período igual ou inferior a 15 dias: 18/09/2020 a 18/09/2020

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

1 DIAS NORMAIS	30,00	2.548,41 P	998	I.N.S.S.	9,36	277,33 D
6 VALE REFEIÇÃO	245,00	245,00 P	999	IMPOSTO DE RENDA	7,50	44,50 D
4 PARCELA 2º PARCELA 13º 2018	107,43	107,43 P				
2 VALE ALIMENTAÇÃO	150,00	150,00 P				
0 HORAS EXTRAS	11,00	206,81 P				
5 INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00 P				

Proventos:	3.466,65	Descontos:	321,83	Informativa:	237,13	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	3.144,82
Base INSS:	2.964,22	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	2.964,22	Valor FGTS:	237,13	Base IRRF:	2.497,30

Convênio nº 0101/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fundo Recurso Estadual
Secretaria do Estado de Saúde
UNGE - UNUTM - Hospital Estadual
Dr. Diniz de Faria - Mirassolândia
Tipo de Despesa: Custeio

D:

Atência:

09/2020

EXTRATO MENSAL

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

81 DIAS NORMAIS	30,00	2.548,41 P	998 I.N.S.S.	9,30	270,30 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00 P	999 IMPOSTO DE RENDA	7,50	54,85 D
47 ADICIONAL NOTURNO 40%	32,00	148,27 P			

Proventos:	2.905,68	Descontos:	325,15	Informativa:	232,45	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	2.580,53
Base INSS:	2.905,68	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	2.905,68	Valor FGTS:	232,45	Base IRRF:	2.635,38

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

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

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

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

11 DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71 P	998 I.N.S.S.	8,15	150,77 D
14 PARCELA 2º PARCELA 13º 2018	119,90	119,90 P			
6 INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00 P			
7 ADICIONAL NOTURNO 40%	95,55	242,82 P			

Proventos:	1.969,43	Descontos:	150,77	Informativa:	147,96	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	1.818,66
Base INSS:	1.849,53	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.849,53	Valor FGTS:	147,96	Base IRRF:	1.509,17

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

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

Proventos:	1.627,04	Descontos:	130,75	Informativa:	130,16	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	1.496,29
Base INSS:	1.627,04	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.627,04	Valor FGTS:	130,16	Base IRRF:	1.306,70

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

1 DIAS NORMAIS	30,00	1.397,72 P	998 I.N.S.S.	8,17	154,54 D
5 INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00 P			
7 ADICIONAL NOTURNO 40%	112,00	284,63 P			

Proventos:	1.891,35	Descontos:	154,54	Informativa:	151,30	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	1.736,81
Base INSS:	1.891,35	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.891,35	Valor FGTS:	151,30	Base IRRF:	1.736,81

EXTRATO MENSAL

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

781 DIAS NORMAIS	29,00	1.151,77 P	998 I.N.S.S.	8,05	132,20 D
870 DIAS AFAST. P/DOENÇA C/DIR.INTE	1,00	39,72 P			
334 PARCELA 2º PARCELA 13º 2018	110,36	110,36 P			
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	202,03 P			
230 INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR	20,00	6,97 P			
247 ADICIONAL NOTURNO 40%	112,00	242,63 P			
0 Proventos:	1.753,48	Descontos:	132,20	Informativa:	131,44
0 Base INSS:	1.643,12	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.643,12
período igual ou inferior a 15 dias: 07/09/2020 a 07/09/2020				Informativa Dedutora:	0
				Valor FGTS:	131,44
				Líquido:	1.621,28
				Base IRRF:	1.510,92

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

81 DIAS NORMAIS	18,00	838,63 P	8801 DESCONTO DIAS AFASTADOS	12,00	642,68 D
85 DIAS AFAST. INSS (P/DOENÇA)	12,00	559,08 P	998 I.N.S.S.	7,50	76,87 D
34 PARCELA 2º PARCELA 13º 2018	121,07	121,07 P			
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	125,40 P			
13 INSALUB 20% DOENÇA	20,00	83,60 P			
47 ADICIONAL NOTURNO 40%	24,00	60,99 P			
0 Proventos:	1.788,77	Descontos:	719,55	Informativa:	82,00
Base INSS:	1.025,02	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.025,02
st. mesma doença: 31/08/2020 a 12/09/2020				Informativa Dedutora:	0
				Valor FGTS:	82,00
				Líquido:	1.069,22
				Base IRRF:	568,97

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

34 PARCELA 2º PARCELA 13º 2018	122,72	122,72 P	937 ADIANTAMENTO DE FERIAS	0,00	2.218,38 D
36 MEDIA HORAS FERIAS	238,88	238,88 P	812 INSS FERIAS	8,82	216,92 D
37 VANTAGENS FERIAS	209,00	209,00 P	821 INSS DIFERENÇA FERIAS	0,00	4,53 D
11 1/3 DAS FERIAS	33,33	615,20 P	998 I.N.S.S.	7,50	7,53 D
13 DIAS FERIAS	30,00	1.397,71 P	942 IRRF FERIAS	7,50	25,49 D
17 ADICIONAL NOTURNO 40%	39,54	100,48 P			
Proventos:	2.683,99	Descontos:	2.472,85	Informativa:	204,89
Base INSS:	2.561,27	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	2.561,27
DE 01/09/2020 - 30/09/2020				Informativa Dedutora:	0
				Valor FGTS:	204,89
				Líquido:	211,14
				Base IRRF:	88,42

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

1 DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71 P	998 I.N.S.S.	8,02	128,92 D
4 PARCELA 2º PARCELA 13º 2018	107,43	107,43 P			
6 INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00 P			
Proventos:	1.714,14	Descontos:	128,92	Informativa:	128,53
Base INSS:	1.606,71	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.606,71
				Informativa Dedutora:	0
				Valor FGTS:	128,53
				Líquido:	1.585,22
				Base IRRF:	1.288,20

EXTRATO MENSAL

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

781 DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71 P	998 I.N.S.S.	8,04	130,75 D
334 PARCELA 2º PARCELA 13º 2018	107,65	107,65 P			
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00 P			
247 ADICIONAL NOTURNO 40%	8,00	20,33 P			

0 Proventos:	1.734,69	Descontos:	130,75	Informativa:	130,16	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	1.603,94
0 Base INSS:	1.627,04	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.627,04	Valor FGTS:	130,16	Base IRRF:	1.496,29

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

81 DIAS NORMAIS	29,00	1.351,35 P	998 I.N.S.S.	8,05	132,60 D
70 DIAS AFAST. P/DOENÇA C/DIR.INTE	1,00	46,60 P			
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	202,03 P			
30 INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR	20,00	6,97 P			
47 ADICIONAL NOTURNO 40%	16,00	40,67 P			

Proventos:	1.647,62	Descontos:	132,60	Informativa:	131,80	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	1.515,02
Base INSS:	1.647,62	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.647,62	Valor FGTS:	131,80	Base IRRF:	1.325,43

período igual ou inferior a 15 dias: 11/09/2020 a 11/09/2020

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

50 SALDO DE SALARIO DIAS	21,00	978,40 P	49 AVISO PREVIO REAVIDO	30,00	1.397,71 D
50 13 SALARIO INTEGRAL RESCISAO1	5,00	582,38 P	51 LIQUIDO RESCISAO	0,00	1.126,36 D
51 MEDIA HORAS 13º RESCISAO	5,00	2,12 P	826 INSS SOBRE RESCISAO	7,61	85,54 D
53 VANTAGENS 13º RESCISAO	5,00	87,08 P	989 INSS 13 SAL.RESCISAO	7,50	50,36 D
29 FERIAS PROPORCIONAIS	5,00	582,38 P	828 IRRF SOBRE RESCISAO	7,50	31,75 D
15 MEDIA HR FER PROPORCIONAL	5,00	2,12 P			
17 VANTAGEM FER PROPORCIONAL	5,00	87,08 P			
39 1/3 FERIAS PROPORCIONAIS RESCI	33,33	223,86 P			
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	146,30 P			

Proventos:	2.691,72	Descontos:	2.691,72	Informativa:	143,69	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	0,00
Base INSS:	1.796,28	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.796,28	Valor FGTS:	143,69	Base IRRF:	1.470,79

O EM 21/09/2020 - MOTIVO 4-Pedido de demissão SEM justa causa

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

11 DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71 P	998 I.N.S.S.	8,02	128,92 D
14 PARCELA 2º PARCELA 13º 2018	107,43	107,43 P			
6 INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00 P			

Proventos:	1.714,14	Descontos:	128,92	Informativa:	128,53	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	1.585,22
Base INSS:	1.606,71	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.606,71	Valor FGTS:	128,53	Base IRRF:	1.098,61

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 081/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
RTE: 000126 - Município Estadual
Dr. Oswaldo Bragança Faria de Menezes
Tipo de Despesa: Custeio

EXTRATO MENSAL									
2127 ISADORA MORAIS DE CASTRO SANTOS 300 AUX. ADM. FARMACIA 900			Situação: Trabalhando Vínculo: Celetista Depto: 700		CPF: 379.629.418-98 Adm: 04/10/2017 Filial: 1		PIS: 207.86720.36-5 CTPS/Série: 43592/00315 Salário: 1.191,49		
781 DIAS NORMAIS	30,00	1.191,49 P	998	I.N.S.S.			7,89	111,92 D	
334 PARCELA 2º PARCELA 13º 2018	94,73	94,73 P							
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00 P							
247 ADICIONAL NOTURNO 40%	8,00	17,33 P							
0 Proventos:	1.512,55	Descontos:	111,92	Informativa:	113,42	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	1.400,63
0 Base INSS:	1.417,82	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.417,82	Valor FGTS:	113,42	Base IRRF:	1.305,90
2130 IZABEL CRISTINA DE SOUZA 300 AUX. ADM. FARMACIA 900			Situação: Trabalhando Vínculo: Celetista Depto: 700		CPF: 095.493.888-75 Adm: 04/10/2017 Filial: 1		PIS: 169.20547.00-8 CTPS/Série: 21909/00115 Salário: 1.191,49		
81 DIAS NORMAIS	30,00	1.191,49 P	998	I.N.S.S.			7,89	111,92 D	
34 PARCELA 2º PARCELA 13º 2018	94,67	94,67 P							
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00 P							
47 ADICIONAL NOTURNO 40%	8,00	17,33 P							
0 Proventos:	1.512,49	Descontos:	111,92	Informativa:	113,42	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	1.400,57
0 Base INSS:	1.417,82	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.417,82	Valor FGTS:	113,42	Base IRRF:	1.305,90
2139 JOSE LOPES DE OLIVEIRA 71 TEC. ENFERMAGEM 900			Situação: Trabalhando Vínculo: Celetista Depto: 600		CPF: 061.725.928-31 Adm: 04/10/2017 Filial: 1		PIS: 122.35412.21-3 CTPS/Série: 40474/00048 Salário: 1.397,71		
31 DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71 P	998	I.N.S.S.			8,16	152,71 D	
34 PARCELA 2º PARCELA 13º 2018	122,22	122,22 P							
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00 P							
17 ADICIONAL NOTURNO 40%	104,00	264,29 P							
Proventos:	1.993,22	Descontos:	152,71	Informativa:	149,68	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	1.840,51
Base INSS:	1.871,00	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.871,00	Valor FGTS:	149,68	Base IRRF:	1.339,11
2146 KELLY CRISTINA RAMOS ROCHA 71 TEC. ENFERMAGEM 900			Situação: Trabalhando Vínculo: Celetista Depto: 600		CPF: 389.267.668-29 Adm: 04/10/2017 Filial: 1		PIS: 164.11866.81-4 CTPS/Série: 64640/00315 Salário: 1.397,71		
11 DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71 P	998	I.N.S.S.			8,05	132,58 D	
14 PARCELA 2º PARCELA 13º 2018	108,83	108,83 P							
6 INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00 P							
17 ADICIONAL NOTURNO 40%	16,00	40,66 P							
Proventos:	1.756,20	Descontos:	132,58	Informativa:	131,78	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	1.623,62
Base INSS:	1.647,37	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.647,37	Valor FGTS:	131,78	Base IRRF:	1.514,79
2771 LAIS MARANI SILVA 60 FARMACEUTICO (A) 900			Situação: Licença maternidade Vínculo: Celetista Depto: 700		CPF: 354.059.608-96 Adm: 03/05/2019 Filial: 1		PIS: 129.46882.17-0 CTPS/Série: 31047/00315 Salário: 2.548,41		
4 SALARIO MATERNIDADE DIAS	30,00	2.548,41 P	998	I.N.S.S.			9,67	314,97 D	
4 MEDIA LIC. MATERNIDADE	0,00	500,00 P	999	IMPOSTO DE RENDA			7,50	63,66 D	
1 INSALUB 20% LIC.MATERN	20,00	209,00 P							
Proventos:	3.257,41	Descontos:	378,63	Informativa:	260,59	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	2.878,78
Base INSS:	3.257,41	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	3.257,41	Valor FGTS:	260,59	Base IRRF:	2.752,85
maternidade: 30/06/2020 a 27/10/2020									

EXTRATO MENSAL									
2147 LETICIA MAIARA DOS SANTOS FERRAZ 71 TEC. ENFERMAGEM 900			Situação: Trabalhando Vínculo: Celetista Depto: 600		CPF: 427.001.668-09 Adm: 04/10/2017 Filial: 1		PIS: 204.92505.78-5 CTPS/Série: 018787/00397 Salário: 1.397,71		
781 DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71 P	998	I.N.S.S.			8,09	139,90 D	
334 PARCELA 2º PARCELA 13º 2018	107,43	107,43 P							
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00 P							
247 ADICIONAL NOTURNO 40%	48,00	121,98 P							
0 Proventos:	1.836,12	Descontos:	139,90	Informativa:	138,29	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	1.696,22
0 Base INSS:	1.728,69	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.728,69	Valor FGTS:	138,29	Base IRRF:	1.588,79
2148 LUCAS CARVALHO DOS SANTOS 71 TEC. ENFERMAGEM 900			Situação: Férias Vínculo: Celetista Depto: 600		CPF: 400.061.728-14 Adm: 04/10/2017 Filial: 1		PIS: 163.67215.87-6 CTPS/Série: 48389/00315 Salário: 1.397,71		
34 PARCELA 2º PARCELA 13º 2018	121,43	121,43 P	937	ADIANTAMENTO DE FERIAS			0,00	2.201,79 D	
06 MEDIA HORAS FERIAS	223,59	223,59 P	812	INSS FERIAS			8,79	214,47 D	
07 VANTAGENS FERIAS	209,00	209,00 P	821	INSS DIFERENCA FERIAS			0,00	4,58 D	
31 1/3 DAS FERIAS	33,33	610,10 P	998	I.N.S.S.			7,50	7,62 D	
83 DIAS FERIAS	30,00	1.397,71 P	942	IRRF FERIAS			7,50	24,14 D	
47 ADICIONAL NOTURNO 40%	40,00	101,65 P							
1 Proventos:	2.663,48	Descontos:	2.452,60	Informativa:	203,36	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	210,88
1 Base INSS:	2.542,05	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	2.542,05	Valor FGTS:	203,36	Base IRRF:	89,45
DE 01/09/2020 - 30/09/2020									
2149 MAIRA TEIXEIRA DE CASTRO 71 TEC. ENFERMAGEM 900			Situação: Trabalhando Vínculo: Celetista Depto: 600		CPF: 427.566.218-03 Adm: 04/10/2017 Filial: 1		PIS: 203.30629.68-3 CTPS/Série: 019982/00370 Salário: 1.397,71		
81 DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71 P	998	I.N.S.S.			8,02	128,92 D	
34 PARCELA 2º PARCELA 13º 2018	108,08	108,08 P							
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00 P							
Proventos:	1.714,79	Descontos:	128,92	Informativa:	128,53	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	1.585,87
Base INSS:	1.606,71	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.606,71	Valor FGTS:	128,53	Base IRRF:	1.477,79
2129 MARCIA MAIARA POSSENTI 8 AUX. ADMINIST. 900			Situação: Trabalhando Vínculo: Celetista Depto: 800		CPF: 382.523.438-05 Adm: 04/10/2017 Filial: 1		PIS: 204.89256.27-3 CTPS/Série: 066232/00315 Salário: 1.242,33		
31 DIAS NORMAIS	30,00	1.242,33 P	998	I.N.S.S.			7,92	114,93 D	
34 PARCELA 2º PARCELA 13º 2018	96,98	96,98 P							
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00 P							
Proventos:	1.548,31	Descontos:	114,93	Informativa:	116,10	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	1.433,38
Base INSS:	1.451,33	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.451,33	Valor FGTS:	116,10	Base IRRF:	1.336,40
3021 MAURO CELSO CHIAVELLI 60 FARMACEUTICO (A) 900			Situação: Trabalhando Vínculo: Celetista prazo determinado Depto: 700		CPF: 365.760.718-84 Adm: 01/04/2020 Filial: 1		PIS: 203.20305.12-5 CTPS/Série: 008149/00315 Salário: 2.548,41		
11 DIAS NORMAIS	30,00	2.548,41 P	998	I.N.S.S.			9,67	314,97 D	
12 REEMBOLSO DESP PAGO	135,17	135,17 P	999	IMPOSTO DE RENDA			15,00	86,57 D	
6 INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00 P							
7 ADICIONAL RT	500,00	500,00 P							
Proventos:	3.392,58	Descontos:	401,54	Informativa:	260,59	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	2.991,04
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 810/2000
Termo Aditivo nº 001/2020
Estado do Paraná - Estatuto
Secretaria do Estado da Saúde
UNGE - UNIVISA - Hospital Estadual
Dr. Osvaldo Brandão Filho - do Alvarado
Tipo de Despesa: Custeio

o: Folha Mensal
etência: 09/2020

EXTRATO MENSAL

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

781 DIAS NORMAIS 30,00 1.397,71 P 998 I.N.S.S. 8,06 134,41 D
16 INSALUBRIDADE 20% 20,00 209,00 P
247 ADICIONAL NOTURNO 40% 24,00 60,99 P

0 Proventos: 1.667,70 Descontos: 134,41 Informativa: 133,41 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.533,29
0 Base INSS: 1.667,70 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.667,70 Valor FGTS: 133,41 Base IRRF: 1.533,29

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

781 DIAS NORMAIS 15,00 1.274,21 P 8801 DESCONTO DIAS AFASTADOS 15,00 1.378,70 D
785 DIAS AFAST.INSS (P/DOENÇA) 15,00 1.274,20 P 998 I.N.S.S. 7,92 115,07 D
134 PARCELA 2º PARCELA 13º 2018 187,21 187,21 P
16 INSALUBRIDADE 20% 20,00 104,50 P
113 INSALUB 20% DOENÇA 20,00 104,50 P
47 ADICIONAL NOTURNO 40% 16,00 74,14 P

0 Proventos: 3.018,76 Descontos: 1.493,77 Informativa: 116,22 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.524,99
0 Base INSS: 1.452,85 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.452,85 Valor FGTS: 116,22 Base IRRF: 1.337,78
período superior a 15 dias: 18/07/2020 a 15/09/2020

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

81 DIAS NORMAIS 30,00 1.397,71 P 998 I.N.S.S. 8,16 152,60 D
34 PARCELA 2º PARCELA 13º 2018 122,56 122,56 P
16 INSALUBRIDADE 20% 20,00 209,00 P
47 ADICIONAL NOTURNO 40% 103,55 263,15 P

0 Proventos: 1.992,42 Descontos: 152,60 Informativa: 149,58 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.839,82
0 Base INSS: 1.869,86 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.869,86 Valor FGTS: 149,58 Base IRRF: 1.717,26

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

31 DIAS NORMAIS 30,00 1.397,71 P 998 I.N.S.S. 8,02 128,92 D
34 PARCELA 2º PARCELA 13º 2018 107,76 107,76 P
16 INSALUBRIDADE 20% 20,00 209,00 P

Proventos: 1.714,47 Descontos: 128,92 Informativa: 128,53 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.585,55
Base INSS: 1.606,71 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.606,71 Valor FGTS: 128,53 Base IRRF: 1.288,20

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

1 DIAS NORMAIS 30,00 2.548,41 P 998 I.N.S.S. 9,16 252,51 D
4 PARCELA 2º PARCELA 13º 2018 174,98 174,98 P 999 IMPOSTO DE RENDA 7,50 45,07 D
6 INSALUBRIDADE 20% 20,00 209,00 P

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

o: Folha Mensal
etência: 09/2020

EXTRATO MENSAL

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

781 DIAS NORMAIS	30,00	1.191,49 P	998 I.N.S.S.	8,06	133,76 D
334 PARCELA 2º PARCELA 13º 2018	110,49	110,49 P			
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00 P			
247 ADICIONAL NOTURNO 40%	120,00	259,96 P			

1 Proventos:	1.770,94	Descontos:	133,76	Informativa:	132,83	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	1.637,18
1 Base INSS:	1.660,45	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.660,45	Valor FGTS:	132,83	Base IRRF:	1.337,10

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

81 DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71 P	998 I.N.S.S.	8,16	152,71 D
334 PARCELA 2º PARCELA 13º 2018	123,16	123,16 P			
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00 P			
47 ADICIONAL NOTURNO 40%	104,00	264,29 P			

1 Proventos:	1.994,16	Descontos:	152,71	Informativa:	149,68	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	1.841,45
1 Base INSS:	1.871,00	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.871,00	Valor FGTS:	149,68	Base IRRF:	1.718,29

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

81 DIAS NORMAIS	12,00	559,18 P	8801 DESCONTO DIAS AFASTADOS	18,00	964,17 D
85 DIAS AFAST. INSS (P/DOENÇA)	18,00	838,77 P	998 I.N.S.S.	7,50	48,20 D
16 VALE REFEIÇÃO	245,00	245,00 P			
82 VALE ALIMENTACAO	150,00	150,00 P			
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	83,60 P			
13 INSALUB 20% DOENÇA	20,00	125,40 P			

1 Proventos:	2.001,95	Descontos:	1.012,37	Informativa:	51,42	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	989,58
1 Base INSS:	642,78	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	642,78	Valor FGTS:	51,42	Base IRRF:	594,58

st. mesma doença: 05/08/2020 a 18/09/2020

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

14 PARCELA DIFERENÇA DISSIDIO	185,02	185,02 P	937 ADIANTAMENTO DE FERIAS	0,00	4.336,00 D
15 AJUDA DE CUSTO	277,58	277,58 P	812 INSS FERIAS	11,39	614,36 D
14 PARCELA 2º PARCELA 13º 2018	241,22	241,22 P	821 INSS DIFERENÇA FERIAS	0,00	37,74 D
12 DIFERENÇA DE 1/3 DE FERIAS	29,49	29,49 P	998 I.N.S.S.	7,50	43,54 D
10 DIFERENÇA MEDIA VALOR FERIAS	88,46	88,46 P	942 IRRF FERIAS	27,50	445,57 D
15 MEDIA VALOR FERIAS	943,63	943,63 P			
16 MEDIA HORAS FERIAS	7,46	7,46 P			
17 VANTAGENS FERIAS	209,00	209,00 P			
11 1/3 DAS FERIAS	33,33	1.348,98 P			
13 DIAS FERIAS	30,00	2.886,86 P			

Proventos:	6.217,70	Descontos:	5.477,21	Informativa:	478,11	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	740,49
Base INSS:	5.976,48	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	5.976,48	Valor FGTS:	478,11	Base IRRF:	381,32

E 01/09/2020 - 30/09/2020

Convênio nº 0167/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Forma Recurso Especial
Secretaria de Estado da Saúde
UGF - 040136 - Hospital Estadual
Dr. Osvaldo Braith Ferreira de Marantópolis
Tipo de Despesa: Custeio

EXTRATO MENSAL

2799 VALERIA CRISTINA DE SOUZA DA CRUZ	Situação: Trabalhando	CPF: 298.834.288-12	PIS: 190.08698.55-5
71 TEC. ENFERMAGEM	Vínculo: Celetista	Adm: 11/06/2019	CTPS/Série: 67332/00240
900	Depto: 600	Filial: 1	Salário: 1.397,72
1781 DIAS NORMAIS	20,00	931,81 P	998 I.N.S.S. 8,04 130,75 D
1870 DIAS AFAST. P/DOENÇA C/DIR.INTE	10,00	465,91 P	
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	139,33 P	
1230 INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR	20,00	69,67 P	
247 ADICIONAL NOTURNO 40%	8,00	20,33 P	
2 Proventos: 1.627,05	Descontos: 130,75	Informativa: 130,16	Informativa Dedutora: 0
1 Base INSS: 1.627,05	Excedente INSS: 0,00	Base FGTS: 1.627,05	Valor FGTS: 130,16
período igual ou inferior a 15 dias: 10/09/2020 a 19/09/2020			Líquido: 1.496,30
			Base IRRF: 1.117,12

Total Geral Proventos: 101.453,49

Total Geral Descontos: 38.358,66
Líquido Geral: 63.094,83

10 por Rubrica

16 INSALUBRIDADE 20%	700,00	6.722,82 P	49 AVISO PREVIO REAVIDO	30,00	1.397,71 D
22 AVISO PREVIO	36,00	3.058,09 P	51 LIQUIDO RESCISAO	0,00	13.895,61 D
27 ADICIONAL RT	500,00	500,00 P	293 DESC VALE REFEIÇÃO	35,00	35,00 D
29 FERIAS PROPORCIONAIS	16,00	2.918,42 P	812 INSS FERIAS	29,00	1.045,75 D
50 HORAS EXTRAS	19,20	360,97 P	821 INSS DIFERENCA FERIAS	0,00	46,85 D
142 REEMBOLSO DESP PAGO	135,17	135,17 P	826 INSS SOBRE RESCISAO	18,19	798,62 D
145 AJUDA DE CUSTO	277,58	277,58 P	827 IRRF 13o SALARIO RESCISAO	7,50	6,64 D
147 ADICIONAL NOTURNO 40%	1.605,15	4.520,62 P	828 IRRF SOBRE RESCISAO	7,50	31,75 D
194 PARCELA DIFERENCA DISSIDIO	185,02	185,02 P	937 ADIANTAMENTO DE FERIAS	0,00	8.756,17 D
116 VALE REFEIÇÃO	490,00	490,00 P	942 IRRF FERIAS	42,50	495,20 D
34 PARCELA 2ª PARCELA 13º 2018	3.742,23	3.742,23 P	989 INSS 13 SAL.RESCISAO	16,49	284,70 D
03 13o 1/12 INDENIZADO	1,00	212,37 P	998 I.N.S.S.	303,79	5.447,60 D
05 MEDIA VALOR FERIAS	943,63	943,63 P	999 IMPOSTO DE RENDA	60,00	374,10 D
06 MEDIA HORAS FERIAS	469,93	469,93 P	8801 DESCONTO DIAS AFASTADOS	75,00	5.742,96 D
07 VANTAGENS FERIAS	627,00	627,00 P			
11 FERIAS 1/12 INDENIZADO	1,00	212,37 P			
15 MEDIA HR FER PROPORCIONAL	16,00	362,07 P			
17 VANTAGEM FER PROPORCIONAL	16,00	278,66 P			
94 MEDIA LIC. MATERNIDADE	0,00	500,00 P			
31 1/3 DAS FERIAS	99,99	2.574,28 P			
11 INSALUB 20% LIC.MATERN	20,00	209,00 P			
13 INSALUB 20% DOENÇA	80,00	522,50 P			
12 DIFERENCA DE 1/3 DE FERIAS	29,49	29,49 P			
26 1/3 FERIAS INDENIZADAS RESC	33,33	87,50 P			
45 MEDIA HORAS AVISO PREVIO	36,00	461,59 P			
46 VANTAGENS AVISO PREVIO	36,00	250,80 P			
53 MEDIA HORAS 13o 1/12 INDENIZAC	1,00	30,81 P			
54 VANTAGENS 13o 1/12 INDENIZADO	1,00	17,42 P			
57 MEDIA HORAS FERIAS 1/12 INDENI	1,00	32,72 P			
58 VANTAGENS FERIAS 1/12 INDENIZA	1,00	17,42 P			
59 1/3 FERIAS PROPORCIONAIS RESCI	66,66	1.186,38 P			
60 DIFERENCA MEDIA VALOR FERIAS	88,46	88,46 P			
60 13 SALARIO INTEGRAL RESCISAO1	14,00	2.493,69 P			
61 MEDIA HORAS 13o RESCISAO	14,00	279,45 P			
63 VANTAGENS 13o RESCISAO	14,00	243,83 P			
61 DIAS NORMAIS	919,00	48.172,33 P			
63 DIAS FERIAS	90,00	5.682,28 P			
64 SALARIO MATERNIDADE DIAS	30,00	2.548,41 P			
65 DIAS AFAST.INSS (P/DOENÇA)	75,00	5.220,46 P			
70 DIAS AFAST. P/DOENÇA C/DIR.INTE	26,00	1.204,49 P			
70 SALDO DE SALARIO DIAS	46,00	3.102,08 P			
70 INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR	100,00	181,15 P			
72 VALE ALIMENTACAO	300,00	300,00 P			

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recolha Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
LICE: 000196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandes Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custo

Líquido Geral: 63.094,83

EXTRATO MENSAL

Situações

o de empregados:	40	Salário contribuição empregados:	85.309,71	Base IRRF Mensal:	57.641,24
o de estagiários:	0	Salário contribuição contribuintes:	0,00	Valor IRRF Mensal:	405,85
ando:	33	Excedente:	637,88	Base IRRF Férias:	9.369,32
do direitos integrais:	0	Base total:	85.947,59	Valor IRRF Férias:	495,20
do acidente de trabalho:	0	Segurados:	7.623,52	Base IRRF Partic. Lucros:	0,00
do serviço militar:	0	Empresa:	0,00	Valor IRRF Partic. Lucros:	0,00
maternidade:	1	RAT:	0,00	Base IRRF Exterior:	0,00
maternidade INSS:	0	Contribuintes:	0,00	Valor IRRF Exterior:	0,00
a:	1	Sub-Total:	7.623,52	Base IRRF 13º Salário:	2.424,10
a Profissional:	0	Retenções:	0,00	Valor IRRF 13º Salário:	6,64
a sem vencimento:	0	(-) Salário família/maternidade:	3.257,41	Valor Total do IRRF:	907,69
do:	2	Compensações:	0,00	IRRF Aluguéis:	0,00
erido:	0	Valores pagos a Cooperativas:	0,00	IRRF contribuintes:	0,00
	3	Outras Compensações:	0,00	Base do FGTS:	76.602,66
to sindical:	0	Total:	4.366,11	Valor do FGTS:	6.128,00
ntadoria:	0	Terceiros:	0,00	Base do FGTS Aprendiz:	0,00
curso/programa de qualificação:	0	Total INSS:	4.366,11	Valor do FGTS Aprendiz:	0,00
cia justificada:	0			Base FGTS - GRRF:	9.344,93
motivos de afastamento:	0			FGTS - GRRF:	3.517,00
sões:	0			Base FGTS mes ant. - GRRF:	0,00
o 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: 63.094,83

Comprovante nº 01672017
 Termo Aditivo nº 001/2020
 Conteúdo: Recurso Financeiro
 Secretaria de Família e Saúde
 URE: 040126 - Hospital Estadual
 Dr. Osvaldo Cruz/Faria de Maracápolis
 Tipo de Despesa: Custeio



Aviso de lanÇamento

G3382512371399151
25/10/2020 16:20:12

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

Data 06/10/2020 Valor R\$ 1.854,18 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 168, lanÇado a dÇbito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

(Um mil e oitocentos e cinqÇenta e quatro reais e dezoito 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 25/10/2020 16:20:12

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
União Recorrida Hospitalar
Sociedade de Ensino e Pesquisa
RGE - 100100 - Hospital Especial
Dr. Oswaldo Brandão Faria de Marandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

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

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Setembro de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Faltas
2329	ALCIONE BOGAZ TEC. ENFERMAGEM	322205	600	1
		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%	112,00	284,62		
998	I.N.S.S.	8,17		154,53	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			2.008,71	154,53	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 108306-6			Valor Líquido ➡	1.854,18	
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	1.547,21	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
Setembro de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Faltas
2329	ALCIONE BOGAZ TEC. ENFERMAGEM	322205	600	1
		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%	112,00	284,62		
998	I.N.S.S.	8,17		154,53	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			2.008,71	154,53	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 108306-6			Valor Líquido	1.854,18	
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	1.547,21	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Convênio nº 0107/2017
Tomo Aditivo nº 001/2020
Estado do Rio de Janeiro
Secretaria do Estado da Saúde
RUA: 100196 - Hospital Estrela II
Dr. Donato Brasil Filho - Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio



Aviso de lanÇamento

G3382512371399151
25/10/2020 16:20:12

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

Data 06/10/2020 Valor R\$ 3.012,29 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 168, lanÇado a d bito* 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 doze reais e vinte e nove centavos)

* Este aviso de lanÇamento não   v lido 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 25/10/2020 16:20:12

Convênio n  0107/2017
Termo Aditivo n  001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 040196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandopolis
Tipo de Despesa: Cust s

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

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Setembro de 2020

2163 ALESSANDRA DE CASSIA MARDEGAN
ENFERMEIRO (A)

CBO 223505 Departamento 600 Faltas 1
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%	96,00	444,81		
998	I.N.S.S.	9,59		307,24	
999	IMPOSTO DE RENDA	15,00		79,45	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			3.398,98	386,69	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 19432-8			Valor Líquido	3.012,29	
Agência: 448 - 0					
Salário Base	Sal. Contrib. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
2.548,41	3.202,22	3.202,22	256,17	2.894,98	15,00

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
Setembro de 2020

2163 ALESSANDRA DE CASSIA MARDEGAN
ENFERMEIRO (A)

CBO 223505 Departamento 600 Faltas 1
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%	96,00	444,81		
998	I.N.S.S.	9,59		307,24	
999	IMPOSTO DE RENDA	15,00		79,45	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			3.398,98	386,69	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 19432-8			Valor Líquido	3.012,29	
Agência: 448 - 0					
Salário Base	Sal. Contrib. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
2.548,41	3.202,22	3.202,22	256,17	2.894,98	15,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Convênio nº 101/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte: Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGF nº 00196 - Hospital Estadual
Dr. Osvaldo Cruz - Faria de Miranda
Tipo de Despesa: Custeio



Aviso de lanÇamento

G3382512371399151
25/10/2020 16:20:12

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

Data 06/10/2020 Valor R\$ 1.623.09 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 168, lanÇado a d bito* 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 seiscentos e vinte e três reais e nove centavos)

* Este aviso de lanÇamento não   v lido 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 25/10/2020 16:20:12

Convênio n  2107/2017
Forma de Pagamento: 001/2020
Fonte: Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGF: 040196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Grandi Filho de Mirandopolis
Tipo de Despesa: Custeio

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

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Setembro de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	17,00	792,04		
8870	DIAS AFAST. P/DOENÇA C/DIR.INTEGRAIS	13,00	605,67		
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	108,30	108,30		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	118,43		
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	90,57		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	16,00	40,66		
998	I.N.S.S.	8,05		132,58	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.755,67	132,58	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 19481-6			Agência: 448 - 0	Valor Líquido 	
				1.623,09	
Salário Base	Sal Contr INSS	Base Calc FGTS	FGTS do Mês	Base Calc IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.647,37	1.647,37	131,78	1.135,61	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
Setembro de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos		
8781	DIAS NORMAIS	17,00	792,04			
8870	DIAS AFAST. P/DOENÇA C/DIR.INTEGRAIS	13,00	605,67			
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	108,30	108,30			
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	118,43			
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	90,57			
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	16,00	40,66			
998	I.N.S.S.	8,05		132,58		
			Total de Vencimentos	Total de Descontos		
			1.755,67	132,58		
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 19481-6			Agência: 448 - 0	Valor Líquido		
				1.623,09		
Salário Base		Sal Contr INSS	Base Calc FGTS	FGTS do Mês	Base Calc IRRF	Faixa IRRF
1.397,71		1.647,37	1.647,37	131,78	1.135,61	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Convênio nº 010712017
Término Adicional nº 001/2020
Fórmula de Cálculo e Pagamento
Secretaria de Saúde e Assistência Social
UNIC - 190536 - Município de Mirandópolis
Dr. Osvaldo Miranda e Silva de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio



Aviso de lanÇamento

G3382512371399151
25/10/2020 16:20:12

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

Data 06/10/2020 Valor R\$ 1.834.05 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 168, lanÇado a d bito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

(Um mil e oitocentos e trinta e quatro reais e cinco centavos)

* Este aviso de lanÇamento não   v lido 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 25/10/2020 16:20:12

Convênio n  0107/2017
Término Aditivo n  001/2020
Fonte: Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGF: 040196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandt Faria de Mirandopolis
Tipo de Despesa: Custeio

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

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Setembro de 2020

2123 ANA PAULA AZEVEDO ZANATTA
TEC. ENFERMAGEM

CBO 322205
Departamento 600
Folha 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%	104,00	264,29		
998	I.N.S.S.	8,16		152,71	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.986,76	152,71	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 19476-x			Valor Líquido ➡	1.834,05	
			Agência: 448 - 0		
Salário Base	Sal Contr INSS	Base Calc FGTS	FGTS de Mês	Base Calc IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.871,00	1.871,00	149,68	1.718,29	0,00

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

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
Setembro de 2020

2123 ANA PAULA AZEVEDO ZANATTA
TEC. ENFERMAGEM

CBO 322205
Departamento 600
Folha 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%	104,00	264,29		
998	I.N.S.S.	8,16		152,71	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.986,76	152,71	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 19476-x Agência: 448 - 0			Valor Líquido ➡	1.834,05	
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	1.718,29	0,00

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

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo

Assinatura do Funcionário

Data

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fundo Hospitalar Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGF: 000196 - Hospital Estadual
Dr. Osvaldo Cruz - Fava do Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio



Aviso de lanÇamento

G3382512371399151
25/10/2020 16:20:12

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

Data 06/10/2020 Valor R\$ 1.797,95 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 168, lanÇado a d bito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

(Um mil e setecentos e noventa e sete reais e noventa e cinco centavos)

* Este aviso de lanÇamento não   v lido 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 25/10/2020 16:20:12

Convênio n  0107/2017
T mo Aditivo n  001/2020
Fund. Municipal Estadual
Secretaria do Estado de Saúde
UGF - 040136 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Almeida Faria - Marandopolis
Instituto de Despesa Custeio

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

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Setembro de 2020

2445 ANA PAULA DOS SANTOS SILVA
TEC. ENFERMAGEM

322205 600
Admissão: 23/07/2018

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	29,00	1.351,12		
8870	DIAS AFAST. P/DOENÇA C/DIR.INTEGRAIS	1,00	46,59		
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	44,85	44,85		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	202,03		
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	6,97		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	119,05	302,54		
998	I.N.S.S.	8,18		156,15	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.954,10	156,15	
			Valor Líquido	1.797,95	
BANCO DO BRASIL 1					
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	1.909,25	1.909,25	152,74	1.184,33	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
Setembro de 2020

2445 ANA PAULA DOS SANTOS SILVA
TEC. ENFERMAGEM

322205 600
Admissão: 23/07/2018

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	29,00	1.351,12		
8870	DIAS AFAST. P/DOENÇA C/DIR.INTEGRAIS	1,00	46,59		
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	44,85	44,85		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	202,03		
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	6,97		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	119,05	302,54		
998	I.N.S.S.	8,18		156,15	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.954,10	156,15	
			Valor Líquido	1.797,95	
BANCO DO BRASIL 1					
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	1.909,25	1.909,25	152,74	1.184,33	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Convênio nº 01072019
Termo Aditivo nº 001 2020
Estado: Mato Grosso do Sul
Secretaria de Estado da Saúde
UGF: 030196 - Hospital Estadual
Dr. Osvaldo Brandão Faria - Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio



Aviso de lanÇamento

G3382512371399151

25/10/2020 16:20:12

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

Data 06/10/2020 Valor R\$ 3.144.82 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 168, lanÇado a d bito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

(Três mil e cento e quarenta e quatro reais e oitenta e dois centavos)

* Este aviso de lanÇamento não   v lido 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 25/10/2020 16:20:12

Convênio n  0107/2017
Término Antecipat rio 001-2020
Fundao de Amparo   Educação
Secretaria do Estado da Saúde
UGF - 010136 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Marac pina
Tipo de Despesa: Custeio

SSOACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Setembro de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	2.548,41	
316	VALE REFEIÇÃO	245,00	245,00	
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	107,43	107,43	
9382	VALE ALIMENTACAO	150,00	150,00	
150	HORAS EXTRAS	11,00	206,81	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
998	I.N.S.S.	9,36		277,33
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		44,50
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			3.466,65	321,83
			Valor Líquido	3.144,82
			Salário Base	Sal Contr INSS
			2.548,41	2.964,22
			Base Calc FGTS	FGTS do Mês
			2.964,22	237,13
			Base Calc IRRF	Faixa IRRF
			2.497,30	7,50

BANCO DO BRASIL 1
conta: 111247-3

Agência: 448 - 0

Declaro ter recebido a importância aqui discriminada neste recibo

Assinatura do Funcionário

Data

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

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.548,41	
316	VALE REFEIÇÃO	245,00	245,00	
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	107,43	107,43	
9382	VALE ALIMENTACAO	150,00	150,00	
150	HORAS EXTRAS	11,00	206,81	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
998	I.N.S.S.	9,36		277,33
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		44,50
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			3.466,65	321,83
			Valor Líquido	3.144,82
			Salário Base	Sal Contr INSS
			2.548,41	2.964,22
			Base Calc FGTS	FGTS do Mês
			2.964,22	237,13
			Base Calc IRRF	Faixa IRRF
			2.497,30	7,50

BANCO DO BRASIL 1
conta: 111247-3

Agência: 448 - 0

Declaro ter recebido a importância aqui discriminada neste recibo

Assinatura do Funcionário

Data

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Exercício Financeiro 2020
Secretaria de Estado da Saúde
UTI - 900156 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Medeiros
Tipo de Despesa: Custeio



Aviso de lanÇamento

G3382512371399151
25/10/2020 16:20:12

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

Data 06/10/2020 Valor R\$ 2.580,53 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 168, lanÇado a d bito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

(Dois mil e quinhentos e oitenta reais e cinq enta e três centavos)

* Este aviso de lanÇamento não   v lido 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 25/10/2020 16:20:12

Convênio n  0107/2017
Termo Aditivo n  001/2020
Fundo Recursos 1 - Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UBM - 045196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Cruz/Faria do Maciel/Alagoas
Lopo de Gusmão Cust rio

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Fórmula
2977	BRUNA BERALDO FERRANTE ENFERMEIRO (A)	223505	600	1
		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%	32,00	148,27	
998	I.N.S.S.	9,30		270,30
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		54,85
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			2.905,68	325,15
			Valor Líquido ➡	2.580,53
BANCO DO BRASIL 1 Conta salário: 88948-2 Agência: 0295 - X				
Salário Base		Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês
2.548,41		2.905,68	2.905,68	232,45
			Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
			2.635,38	7,50

Assinatura do Funcionário

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Data

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Fórmula
2977	BRUNA BERALDO FERRANTE ENFERMEIRO (A)	223505	600	1
		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%	32,00	148,27	
998	I.N.S.S.	9,30		270,30
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		54,85
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			2.905,68	325,15
			Valor Líquido ➡	2.580,53
BANCO DO BRASIL 1 Conta salário: 88948-2 Agência: 0295 - X				
Salário Base		Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês
2.548,41		2.905,68	2.905,68	232,45
			Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
			2.635,38	7,50

Assinatura do Funcionário

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Data



Aviso de lanÇamento

G3382512371399151

25/10/2020 16:20:12

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

Data 06/10/2020 Valor R\$ 120,16 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 168, 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 25/10/2020 16:20:12

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Secretaria de Estado de Saúde
UCIE - Unidade de Custeio Especializada
Dr. Oswaldo Brandão Faria de Mendonça
Tipo de Despesa: Custeio

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Faltas
2145	CAMILA DONATO INNOCENCIO ENFERMEIRO (A)	223505	600	1
		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
			Valor Líquido	120,16
			Salário Base	Sal. Contrib. INSS
			2.548,41	0,00
			Base Calc. FGTS	FGTS do Mês
			0,00	0,00
			Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
			0,00	0,00

ANCO DO BRASIL 1
onta corrente: 111351-8

Agência: 448 - 0

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Faltas
2145	CAMILA DONATO INNOCENCIO ENFERMEIRO (A)	223505	600	1
		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
			Valor Líquido	120,16
			Salário Base	Sal. Contrib. INSS
			2.548,41	0,00
			Base Calc. FGTS	FGTS do Mês
			0,00	0,00
			Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
			0,00	0,00

ANCO DO BRASIL 1
onta corrente: 111351-8

Agência: 448 - 0

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fundação Beneficente Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGF - 040128 - Hospital Especial
Dr. Osvaldo Cruz/Faria de Bragança
Tipo de Despesa: Custeio



Aviso de lanÇamento

G3382512371399151
25/10/2020 16:20:12

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

Data 06/10/2020 Valor R\$ 1.818.66 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 168, lanÇado a d bito* 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 dezoito reais e sessenta e seis centavos)

* Este aviso de lanÇamento não   v lido 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 25/10/2020 16:20:12

Convênio n  0157/2017
Termo Aditivo n  001/2020
Fonte Rec rca Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Hirani Fari de Marandopolis
Tipo de Despesa: Custeio

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

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Setembro de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Fórmula
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%	95,55	242,82	
998	I.N.S.S.	8,15		150,77
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.969,43	150,77
			Valor Líquido	1.818,66
BANCO DO BRASIL 1				
Conta corrente: 19425-5 Agência: 448 - 0				
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.397,71	1.849,53	1.849,53	147,96	1.509,17
				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
Setembro de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Fórmula
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%	95,55	242,82		
998	I.N.S.S.	8,15		150,77	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.969,43	150,77	
			Valor Líquido	1.818,66	
BANCO DO BRASIL 1					
Conta corrente: 19425-5 Agência: 448 - 0					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.849,53	1.849,53	147,96	1.509,17	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Convênio nº 0107/2017
Termo Adm. nº 201/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGS - 093196 - Hospital Estadual
Dr. Osvaldo Barão Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio



Aviso de lanÇamento

G3382512371399151
25/10/2020 16:20:12

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

Data 06/10/2020 Valor R\$ 1.496,29 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 168, lanÇado a d bito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

(Um mil e quatrocentos e noventa e seis reais e vinte e nove centavos)

* Este aviso de lanÇamento não   v lido 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 25/10/2020 16:20:12

Convênio n  0107/2017
Termo Aditivo n  001/2020
Fund. Regional Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
R mulo de Aguiar - Hospital Estadual
Dr. Osm dio Brand  Filho de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

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

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Setembro de 2020

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	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	8,00	20,33	
998	I.N.S.S.	8,04		130,75
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.627,04	130,75
			Valor Líquido	1.496,29
			Salário Base	Sal. Contrib. INSS
			1.397,71	1.627,04
			Base Calc. FGTS	FGTS do Mês
			1.627,04	130,16
			Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
			1.306,70	0,00

ANCO DO BRASIL 1
onta: 20619-9

Agência: 448 - 0

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
Setembro de 2020

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	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	8,00	20,33	
998	I.N.S.S.	8,04		130,75
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.627,04	130,75
			Valor Líquido	1.496,29
			Salário Base	Sal. Contrib. INSS
			1.397,71	1.627,04
			Base Calc. FGTS	FGTS do Mês
			1.627,04	130,16
			Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
			1.306,70	0,00

ANCO DO BRASIL 1
onta: 20619-9

Agência: 448 - 0

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fundo Hospitalar Estadual
Secretaria do Estado da Bahia
UNGE - UNGETH - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brande Faria de Miranda
Tipo de Despesa: Custeio



Aviso de lanÇamento

G3382512371399151
25/10/2020 16:20:12

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

Data 06/10/2020 Valor R\$ 1.736.81 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 168, lanÇado a d bito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

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

* Este aviso de lanÇamento não   v lido 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 25/10/2020 16:20:12

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 Mirandaopolis
Tipo de Despesa: Custeio

Carneiros nº 0107/2017;
Forma Admiss. nº 001/2020
Fundação Nacional de Educação
Superior do Brasil - Ministério da Educação
UNGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Gervásio Brito Figueiredo - Maracápolis
Tipo de Despesa: Custeio



Aviso de lanÇamento

G3382512371399151
25/10/2020 16:20:12

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

Data 06/10/2020 Valor R\$ 1.621,28 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 168, 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 vinte e um reais e vinte e oito centavos)

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

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

Documento emitido por: JOAO P M P AFFONSO em 25/10/2020 16:20:12

Convênio nº 0107/2013
Termo Aditivo nº 001/2020
Fundação de Amparo à Pesquisa
do Estado de São Paulo
FAPESP
Unidade: 080136 - Hospital Estadual
Dr. Osvaldo Brondi Faria de Marília/SP
Tipo de Despesa: Corrente

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

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Setembro de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	29,00	1.151,77		
8870	DIAS AFAST. P/DOENÇA C/DIR.INTEGRAIS	1,00	39,72		
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	110,36	110,36		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	202,03		
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	6,97		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	112,00	242,63		
998	I.N.S.S.	8,05		132,20	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.753,48	132,20	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 19413-1			Valor Líquido ➡	1.621,28	
Agência: 448 - 0					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.191,49	1.643,12	1.643,12	131,44	1.510,92	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
Setembro de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	29,00	1.151,77		
8870	DIAS AFAST. P/DOENÇA C/DIR.INTEGRAIS	1,00	39,72		
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	110,36	110,36		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	202,03		
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	6,97		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	112,00	242,63		
998	I.N.S.S.	8,05		132,20	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.753,48	132,20	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 19413-1			Valor Líquido ➡	1.621,28	
Agência: 448 - 0					
Salário Base	Sal Contr INSS	Base Calc FGTS	FGTS do Mês	Base Calc IRRF	Faixa IRRF
1.191,49	1.643,12	1.643,12	131,44	1.510,92	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Convênio nº 107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fundo Municipal Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGGE 090196 - Hospital Estadual
Dr. Osvaldo Brandi Faria de Mirandópolis
Unidade de Despesa - Custeio



G3382512371399151
25/10/2020 16:20:12

Aviso de lanÇamento

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

Data 06/10/2020 Valor R\$ 1.069.22 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 168, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

(Um mil e sessenta e nove reais e vinte 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 25/10/2020 16:20:12

Convênio nº 010P/2017
Termo Aditivo nº 06A/2020
Fundo Recurso Estadual
Secretaria do Estado de Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Maratopolis
Tipo de Despesa: Custo

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

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Setembro de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	18,00	838,63		
8785	DIAS AFAST.INSS (P/DOENÇA)	12,00	559,08		
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	121,07	121,07		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	125,40		
8013	INSALUB 20% DOENÇA	20,00	83,60		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	24,00	60,99		
8801	DESCONTO DIAS AFASTADOS	12,00		642,68	
998	I.N.S.S.	7,50		76,87	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.788,77	719,55	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 7621-X			Valor Líquido	1.069,22	
Agência: 448 - 0					
Salário Base	Sal Contr. INSS	Base Calc FGTS	FGTS do Mês	Base Calc IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.025,02	1.025,02	82,00	568,97	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
Setembro de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	18,00	838,63		
8785	DIAS AFAST.INSS (P/DOENÇA)	12,00	559,08		
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	121,07	121,07		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	125,40		
8013	INSALUB 20% DOENÇA	20,00	83,60		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	24,00	60,99		
8801	DESCONTO DIAS AFASTADOS	12,00		642,68	
998	I.N.S.S.	7,50		76,87	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.788,77	719,55	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 7621-X			Valor Líquido	1.069,22	
Agência: 448 - 0					
Salário Base	Sal Contr. INSS	Base Calc FGTS	FGTS do Mês	Base Calc IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.025,02	1.025,02	82,00	568,97	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo

Assinatura do Funcionário

Data

Comprovante nº 8107/2017
Emissão: 09/10/2020
Fonte: Roteiro de Estabelecimento
Secretaria de Estado da Saúde
USG 090196 - Hospital Estadual
Dr. Osvaldo Braam Faria de Miranda
Tipo de Despesa: Custo



G3382512371399151
25/10/2020 16:20:12

Aviso de lanÇamento

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

Data 06/10/2020 Valor R\$ 211.14 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 168, lanÇado a d bito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

(Duzentos e onze reais e catorze centavos)

* Este aviso de lanÇamento não   v lido 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 25/10/2020 16:20:12

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 Marafopala
Tipo de Despesa: Custeio

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

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Setembro de 2020

2134 EDILAINÉ MUNHOZ MAQUEA
TEC. ENFERMAGEM

322205 600 1
Admissão: 04/10/2017

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	122,72	122,72		
806	MEDIA HORAS FERIAS	238,88	238,88		
807	VANTAGENS FERIAS	209,00	209,00		
931	1/3 DAS FERIAS	33,33	615,20		
8783	DIAS FERIAS	30,00	1.397,71		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	39,54	100,48		
937	ADIANTAMENTO DE FERIAS	0,00		2.218,38	
812	INSS FERIAS	8,82		216,92	
821	INSS DIFERENÇA FERIAS	0,00		4,53	
998	I.N.S.S.	7,50		7,53	
942	IRRF FERIAS	7,50		25,49	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			2.683,99	2.472,85	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 14727-3			Valor Líquido	211,14	
Agência: 448 - 0					
Salário Base	Sal Contr INSS	Base Calc FGTS	FGTS do Mês	Base Calc IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	2.561,27	2.561,27	204,89	88,42	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
Setembro de 2020

2134 EDILAINÉ MUNHOZ MAQUEA
TEC. ENFERMAGEM

322205 600 1
Admissão: 04/10/2017

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	122,72	122,72		
806	MEDIA HORAS FERIAS	238,88	238,88		
807	VANTAGENS FERIAS	209,00	209,00		
931	1/3 DAS FERIAS	33,33	615,20		
8783	DIAS FERIAS	30,00	1.397,71		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	39,54	100,48		
937	ADIANTAMENTO DE FERIAS	0,00		2.218,38	
812	INSS FERIAS	8,82		216,92	
821	INSS DIFERENCA FERIAS	0,00		4,53	
998	I.N.S.S.	7,50		7,53	
942	IRRF FERIAS	7,50		25,49	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			2.683,99	2.472,85	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 14727-3			Valor Líquido	211,14	
Agência: 448 - 0					
Salário Base	Sal Contr INSS	Base Calc FGTS	FGTS do Mês	Base Calc IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	2.561,27	2.561,27	204,89	88,42	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Convenio nº 101/2017
Banco Aditivo nº 001/2020
Fundo Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGF 090196 - Hospital Estadual
Dr. Osvaldo Cruz - Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio



G3382512371399151
25/10/2020 16:20:12

Aviso de lanÇamento

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

Data 06/10/2020 Valor R\$ 1.585.22 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 168, lanÇado a d bito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

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

* Este aviso de lanÇamento não   v lido 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 25/10/2020 16:20:12

Convênio n  0107/2017
Término Aditivo n  001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi F rma de Mutua  o
Tipo de Despesa: Custeio

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

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Setembro de 2020

2135	EDILENE MANOEL 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	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 conta corrente: 19434-4			Agência: 448 - 0	Valor Líquido ➡ 1.585,22	
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
CNPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Setembro de 2020

2135	EDILENE MANOEL 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	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 conta corrente: 19434-4			Agência: 448 - 0	Valor Líquido ➡ 1.585,22	
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

Convenção nº 2107/2017
Sistema Aditivo nº 001/2020
Estado Rio Grande do Sul
Secretaria do Estado da Saúde
UGS: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Osvaldo Brandi Faria de Menezes
Tipo de Despesa: Custo



G3382512371399151
25/10/2020 16:20:12

Aviso de lanÇamento

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

Data 06/10/2020 Valor RS 1.603.94 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 168, lanÇado a d bito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

(Um mil e seiscentos e três reais e noventa e quatro centavos)

* Este aviso de lanÇamento não   v lido 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 25/10/2020 16:20:12

Convênio n  0107/2017
Termo Aditivo n  001/2020
Fund o de Amparo   Educação
Secretaria do Estado da Bahia
UNEB - UNIDADE DE ENSINO
Dr. Osm rio Soares Faria de Macedo
Tipo de Despesa: Custeio

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		CC: UTI MIRANDOPOLIS		Folha Mensal	
CNPJ: 45.349.461/0008-89		Mensalista		Setembro de 2020	
Código	do Funcionário	CBO	Departamento	Folha	
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		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	8,00	20,33		
998	I.N.S.S.	8,04		130,75	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.734,69	130,75	
BANCO DO BRASIL 1			Valor Líquido	1.603,94	
conta corrente: 108275-2					
Agência: 448 - 0					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS de Mês	Base Calc. IRRF	Parcela IRRF
1.397,71	1.627,04	1.627,04	130,16	1.496,29	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		Setembro de 2020	
Código	do Funcionário	CBO	Departamento	Folha	
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		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	8,00	20,33		
998	I.N.S.S.	8,04		130,75	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.734,69	130,75	
BANCO DO BRASIL 1			Valor Líquido	1.603,94	
conta corrente: 108275-2					
Agência: 448 - 0					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS de Mês	Base Calc. IRRF	Parcela IRRF
1.397,71	1.627,04	1.627,04	130,16	1.496,29	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
 UDE: SUS/RS - Hospital Estadual
 Dr. Oswaldo Brandão Faria da Mirandópolis
 Tipo de Despesa: Custo



Aviso de lanÇamento

G3382512371399151
25/10/2020 16:20:12

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

Data 06/10/2020 Valor R\$ 1.585.22 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 168, lanÇado a dÃ©bito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

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

* Este aviso de lanÇamento nÃ£o Ã© vÃ¡lido como comprovante da operaÇÃ£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 Ã soma de todos os pagamentos processados pela remessa indicada.

Documento emitido por: JOAO P M P AFFONSO em 25/10/2020 16:20:12

Convênio nº 0107/2017
Término Antecipado nº 0011/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria de Estado de Saúde
UGF: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Cassiano Brandi Faria de Miranda
Ipui de Destino: Custeio

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		CC: UTI MIRANDOPOLIS		Folha Mensal	
CNPJ: 45.349.461/0008-89		Mensalista		Setembro de 2020	
Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Fórmula	
2137	GISLAINE MACHADO MORABITO	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: 19478-6 Agência: 448 - 0					
Salário Base		Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS de Mês	Base Calc. IRRF
1.397,71		1.606,71	1.606,71	128,53	1.098,61
					Parcela IRRF
					0,00

*** PARABÉNS PELO SEU ANIVERSÁRIO NO DIA 13 DE OUTUBRO ***

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada nesta folha.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		CC: UTI MIRANDOPOLIS		Folha Mensal	
CNPJ: 45.349.461/0008-89		Mensalista		Setembro de 2020	
Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Fórmula	
2137	GISLAINE MACHADO MORABITO	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: 19478-6 Agência: 448 - 0					
Salário Base		Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS de Mês	Base Calc. IRRF
1.397,71		1.606,71	1.606,71	128,53	1.098,61
					Parcela IRRF
					0,00

*** PARABÉNS PELO SEU ANIVERSÁRIO NO DIA 13 DE OUTUBRO ***

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 Brann Filho - Mirandópolis
 Tipo de Despesa: Custeio



Aviso de lanÇamento

G3382512371399151
25/10/2020 16:20:12

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

Data 06/10/2020 Valor R\$ 1.400,63 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 168, lanÇado a d bito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

(Um mil e quatrocentos reais e sessenta e três centavos)

* Este aviso de lanÇamento não   v lido 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 25/10/2020 16:20:12

Convênio n  0107/2017
Termo Aditivo n  001/2020
Fonte: Recursos Próprios
Secretaria de Estado da Saúde
UCIE 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandes Fatores de Roraim 
Tipo de Despesa: Custeio

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL			CC: UTI MIRANDOPOLIS		Folha Mensal
CNPJ: 45.349.461/0008-89			Mensalista		Setembro de 2020
Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Faltas	
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 2° PARCELA 13° 2018	94,73	94,73	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	8,00	17,33	
998	I.N.S.S.	7,89		111,92

			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.512,55	111,92
BANCO DO BRASIL 1			Valor Líquido	1.400,63
conta corrente: 19411-5			Agência: 448 - 0	

Salário Base	Sal Contr INSS	Base Calc FGTS	FGTS do Mês	Base Calc IRRF	Faixa IRRF
1.191,49	1.417,82	1.417,82	113,42	1.305,90	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL			CC: UTI MIRANDOPOLIS		Folha Mensal
CNPJ: 45.349.461/0008-89			Mensalista		Setembro de 2020
Código	Nome do Funcionário				
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 2° PARCELA 13° 2018	94,73	94,73		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	8,00	17,33		
998	I.N.S.S.	7,89		111,92	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.512,55	111,92	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 19411-5			Valor Líquido ➡	1.400,63	
Salário Base	Sal Contr INSS	Base Calc FGTS	FGTS do Mês	Base Calc IRRF	Faixa IRRF
1.191,49	1.417,82	1.417,82	113,42	1.305,90	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo

Assinatura do Funcionário

Data

Convênio nº 0107/2017
Térmo Aditivo nº 0012/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UFPE 040126 - Hospital Estadual
Dr. Osmar Brandão Faria de Miranda
Ligação Distância Custeio



Aviso de lanÇamento

G3382512371399151
25/10/2020 16:20:12

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

Data 06/10/2020 Valor R\$ 1.400,57 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 168, lanÇado a d bito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

(Um mil e quatrocentos reais e cinq enta e sete centavos)

* Este aviso de lanÇamento não   v lido 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 25/10/2020 16:20:12

Convênio n  0107/2017
Título Aditivo n  001/2020
Fundo Recursos Especiais
Secretaria do Estado da Saúde
UGF: 660196 - Hospital Estadual
Dr. Osvaldo Brandt Filho de Marac npolis
Tipo de Despesa: Custeio

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		CC: UTI MIRANDOPOLIS		Folha Mensal	
CNPJ: 45.349.461/0008-89		Mensalista		Setembro de 2020	
Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Folha	
2130	IZABEL CRISTINA DE SOUZA	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	94,67	94,67		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	8,00	17,33		
998	I.N.S.S.	7,89		111,92	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.512,49	111,92	
BANCO DO BRASIL 1			Valor Líquido ➡	1.400,57	
conta corrente: 19436-0			Agência: 448 - 0		
Salário Base		Sal Contr INSS	Base Calc FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Calc IRRF
1.191,49		1.417,82	1.417,82	113,42	1.305,90
					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		Setembro de 2020	
Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Folha	
2130	IZABEL CRISTINA DE SOUZA	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	94,67	94,67		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	8,00	17,33		
998	I.N.S.S.	7,89		111,92	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.512,49	111,92	
BANCO DO BRASIL 1			Valor Líquido ➡	1.400,57	
conta corrente: 19436-0			Agência: 448 - 0		
Salário Base		Sal Contr INSS	Base Calc FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Calc IRRF
1.191,49		1.417,82	1.417,82	113,42	1.305,90
					Faixa IRRF
					0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Convênio nº 010/2017
 Termo Aditivo nº 001/2020
 Fonte Recurso Estadual
 Secretaria do Estado da Saúde
 UGE: 090106 - Hospital Estadual
 Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
 Tipo de Despesa: Custeio



G3382512371399151
25/10/2020 16:20:12

Aviso de lanÇamento

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

Data 06/10/2020 Valor R\$ 1.840,51 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 168, lanÇado a d bito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

(Um mil e oitocentos e quarenta reais e cinq enta e um centavos)

* Este aviso de lanÇamento não   v lido 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 25/10/2020 16:20:12

Convênio n  0107/2017
Térmo Aditivo n  001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretária Estadual da Saúde
PRO - PROTE O - Hospit s Estaduais
Dr. Oswaldo Grandi Filho de Marac p lis
Tipo de Despesa: Custeio

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		CC: UTI MIRANDOPOLIS		Folha Mensal	
CNPJ: 45.349.461/0008-89		Mensalista		Setembro de 2020	
2139	JOSE LOPES DE OLIVEIRA TEC. ENFERMAGEM	CBO 322205	Departamento 600	Funf 1	Admissão: 04/10/2017

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71		
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	122,22	122,22		
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	
			1.993,22	152,71	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 107885-2			Valor Líquido	1.840,51	
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	1.339,11	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		Setembro de 2020	
2139	JOSE LOPES DE OLIVEIRA TEC. ENFERMAGEM	CBO 322205	Departamento 600	Funf 1	Admissão: 04/10/2017

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71		
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	122,22	122,22		
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	
			1.993,22	152,71	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 107885-2			Valor Líquido	1.840,51	
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	1.339,11	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Secretaria de Estado da Saúde
Unidade: 501196 - Hospital Estadual
Dr. Cleonir Brande Faria de Miranda
Lagoa de São Paulo, Ceará



G3382512371399151
25/10/2020 16:20:12

Aviso de lanÇamento

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

Data 06/10/2020 Valor R\$ 1.623.62 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 168, lanÇado a dÃbito* 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 seiscentos e vinte e trÃs reais e sessenta e dois centavos)

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

Documento emitido por: JOAO P M P AFFONSO em 25/10/2020 16:20:12

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

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

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Setembro de 2020

2146 KELLY CRISTINA RAMOS ROCHA
TEC. ENFERMAGEM

322205 600 1
Admissão: 04/10/2017

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DÍAS NORMAIS	30,00	1.397,71		
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	108,83	108,83		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	16,00	40,66		
998	I.N.S.S.	8,05		132,58	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.756,20	132,58	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 19414-X			Valor Líquido ➡	1.623,62	
			Agência: 448 - 0		
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.647,37	1.647,37	131,78	1.514,79	0,00

Ocultar 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
Setembro de 2020

2146 KELLY CRISTINA RAMOS ROCHA
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	108,83	108,83		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	16,00	40,66		
998	I.N.S.S.	8,05		132,58	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.756,20	132,58	
BANCO DO BRASIL 1 Conta corrente: 19414-X			Valor Líquido 	1.623,62	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.647,37	1.647,37	131,78	1.514,79	0,00

Ocultar 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 Educação e Saúde
UFPE - 54019-0 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandão - Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio



G3382512371399151
25/10/2020 16:20:12

Aviso de lanÇamento

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

Data 06/10/2020 Valor R\$ 2.878,78 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 168, lanÇado a d bito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

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

* Este aviso de lanÇamento não   v lido 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 25/10/2020 16:20:12

Convênio n  0107 2017
Término Aditivo n  001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGE 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Br ndi Faria de Miranda
Tipo de Despesa: Corrente

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		CC: UTI MIRANDOPOLIS		Folha Mensal	
CNPJ: 45.349.461/0008-89		Mensalista		Setembro de 2020	
Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Faltas	
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 conta salário: 20679-2			Valor Líquido	2.878,78	
Agência: 448 - 0					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
2.548,41	3.257,41	3.257,41	260,59	2.752,85	7,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		CC: UTI MIRANDOPOLIS		Folha Mensal	
CNPJ: 45.349.461/0008-89		Mensalista		Setembro de 2020	
Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Faltas	
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 conta salário: 20679-2			Valor Líquido	2.878,78	
Agência: 448 - 0					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
2.548,41	3.257,41	3.257,41	260,59	2.752,85	7,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Convênio nº 0107/2017
 Termo Aditivo nº 001/2020
 Fonte: Recurso Estadual
 Secretaria do Estado da Saúde
 UNIF - 000336 - Hospital Estadual
 Dr. Oswaldo Brantti Faria de Mirandaopolis
 Tipo de Despesa: Custeio



G3382512371399151
25/10/2020 16:20:12

Aviso de lanÇamento

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

Data 06/10/2020 Valor R\$ 1.696,22 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 168, lanÇado a d bito* 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 seiscentos e noventa e seis reais e vinte e dois centavos)

* Este aviso de lanÇamento não   v lido 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 25/10/2020 16:20:12

Convênio n  010/2017
Término Aditivo n  001/2020
Fonte Recurso Espec al
Secretaria do Estado de Saúde
UFPA - PA STO - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandes Faria de Maca polis
Tipo de Despesa: Custeio

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		CC: UTI MIRANDOPOLIS		Folha Mensal	
CNPJ: 45.349.461/0008-89		Mensalista		Setembro de 2020	
Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Folha	
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		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	48,00	121,98		
998	I.N.S.S.	8,09		139,90	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.836,12	139,90	
BANCO DO BRASIL 1			Valor Líquido ➡	1.696,22	
conta corrente: 19003-9			Agência: 448 - 0		
Salário Base	Sal Contr INSS	Base Calc FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Calc IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.728,69	1.728,69	138,29	1.588,79	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		Setembro de 2020	
Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Folha	
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		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	48,00	121,98		
998	I.N.S.S.	8,09		139,90	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.836,12	139,90	
BANCO DO BRASIL 1			Valor Líquido ➡	1.696,22	
conta corrente: 19003-9			Agência: 448 - 0		
Salário Base	Sal Contr INSS	Base Calc FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Calc IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.728,69	1.728,69	138,29	1.588,79	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
 HOSP - 000196 - Hospital Estadual
 Dr. Oswaldo Brann Filho de Mirandópolis
 Tipo de Despesa: Custeio



Aviso de lanÇamento

G3382512371399151
25/10/2020 16:20:12

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

Data 06/10/2020 Valor RS 210.88 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 168, lanÇado a d bito* 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.

(Duzentos e dez reais e oitenta e oito centavos)

* Este aviso de lanÇamento não   v lido 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 25/10/2020 16:20:12

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 Mir ndpolis
Tipo de Despesa: Custeio

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

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Setembro de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	121,43	121,43		
806	MEDIA HORAS FERIAS	223,59	223,59		
807	VANTAGENS FERIAS	209,00	209,00		
931	1/3 DAS FERIAS	33,33	610,10		
8783	DIAS FERIAS	30,00	1.397,71		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	40,00	101,65		
937	ADIANTAMENTO DE FERIAS	0,00		2.201,79	
812	INSS FERIAS	8,79		214,47	
821	INSS DIFERENCA FERIAS	0,00		4,58	
998	I.N.S.S.	7,50		7,62	
942	IRRF FERIAS	7,50		24,14	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			2.663,48	2.452,60	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 19412-3			Valor Líquido	210,88	
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	2.542,05	2.542,05	203,36	89,45	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Assinatura do Pagador

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

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Setembro de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	121,43	121,43		
806	MEDIA HORAS FERIAS	223,59	223,59		
807	VANTAGENS FERIAS	209,00	209,00		
931	1/3 DAS FERIAS	33,33	610,10		
8783	DIAS FERIAS	30,00	1.397,71		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	40,00	101,65		
937	ADIANTAMENTO DE FERIAS	0,00		2.201,79	
812	INSS FERIAS	8,79		214,47	
821	INSS DIFERENCA FERIAS	0,00		4,58	
998	I.N.S.S.	7,50		7,62	
942	IRRF FERIAS	7,50		24,14	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			2.663,48	2.452,60	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 19412-3			Valor Líquido ➡	210,88	
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	2.542,05	2.542,05	203,36	89,45	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Assinatura do Pagador

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



Aviso de lanÇamento

G3382512371399151
25/10/2020 16:20:12

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

Data 06/10/2020 Valor R\$ 1.585,87 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 168, lanÇado a d bito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

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

* Este aviso de lanÇamento não   v lido 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 25/10/2020 16:20:12

Convênio n  0107/2017
Término Aditivo n  001/2020
Fonte Recursos Especiais
Secretaria de Estado de Saúde
Gás   040136, Hospital Estadual
Dr. Osm rio Brandt Filho de Marac p lis
Tipo de Despesa: Cust rio

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

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Setembro de 2020

Código: 2149 Nome do Funcionário: MAIRA TEIXEIRA DE CASTRO
TEC. ENFERMAGEM

CBO: 322205
Admissão: 04/10/2017

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71	
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	108,08	108,08	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
998	I.N.S.S.	8,02		128,92
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.714,79	128,92
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 19415-8 Agência: 448 - 0			Valor Líquido	1.585,87

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
Setembro de 2020

Código: 2149 Nome do Funcionário: MAIRA TEIXEIRA DE CASTRO
TEC. ENFERMAGEM

CBO: 322205
Admissão: 04/10/2017

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71	
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	108,08	108,08	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
998	I.N.S.S.	8,02		128,92
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.714,79	128,92
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 19415-8 Agência: 448 - 0			Valor Líquido	1.585,87

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte: Mirandópolis - Estado de São Paulo
Secretaria do Estado de Saúde
UGS 040196 - Hospital de Referência
Dr. Oswaldo Brandão - Unidade de Referência
Tipo de Despesa: Custeio



G3382512371399151
25/10/2020 16:20:12

Aviso de lanÇamento

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

Data 06/10/2020 Valor R\$ 1.433,38 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 168, lanÇado a d bito* 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 três reais e trinta e oito centavos)

* Este aviso de lanÇamento não   v lido 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 25/10/2020 16:20:12

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		CC: UTI MIRANDOPOLIS		Folha Mensal	
CNPJ: 45.349.461/0008-89		Mensalista		Setembro de 2020	
Código	Nome do Funcionário	CBO	Salário Base	Parcelas	Faltas
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		Setembro de 2020	
Código	Nome do Funcionário	CBO	Salário Base	Parcelas	Faltas
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
 Dr. Oswaldo Brandão Faria de Miranda
 tipo de Despesa: Custeio



Aviso de lanÇamento

G3382512371399151
25/10/2020 16:20:12

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

Data 06/10/2020 Valor R\$ 1.533,29 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 168, lanÇado a d bito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

(Um mil e quinhentos e trinta e três reais e vinte e nove centavos)

* Este aviso de lanÇamento não   v lido 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 25/10/2020 16:20:12

Convênio n  0107/2017
Termo Aditivo n  001/2020
Fundo Rec sua Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGF - 090196 - Hospital Estadual
Dr. Osvaldo Cruz Faria de Mirandopolis
Equipe Despesa Gestão

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

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Setembro de 2020

2721 NATALIA PAZINATO DA SILVA
TEC. ENFERMAGEM

322205 600 1
Admissão: 25/01/2019

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	24,00	60,99		
998	I.N.S.S.	8,06		134,41	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.667,70	134,41	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 26458-X			Valor Líquido 	1.533,29	
			Agência: 373 - 5		
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	F.G.T.S. do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.667,70	1.667,70	133,41	1.533,29	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
Setembro de 2020

2721 NATALIA PAZINATO DA SILVA
TEC. ENFERMAGEM

322205 600 1
Admissão: 25/01/2019

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	24,00	60,99		
998	I.N.S.S.	8,06		134,41	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.667,70	134,41	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 26458-X			Valor Líquido	1.533,29	
Agência: 373 - 5					
Salário Base	Sal Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.667,70	1.667,70	133,41	1.533,29	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Convênio nº 81072017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado de Saúde
UGF - 040416 - Município de Estrela
Dr. Cláudio Roberto Faria de Miranda
Tipo de Documento: Contrato



Aviso de lanÇamento

G3382512371399151
25/10/2020 16:20:12

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

Data 06/10/2020 Valor R\$ 1.524,99 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 168, lanÇado a d bito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

(Um mil e quinhentos e vinte e quatro reais e noventa e nove centavos)

* Este aviso de lanÇamento não   v lido 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 25/10/2020 16:20:12

Convênio n  0107/2017
Término Aditivo n  001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado de Saúde
DEGE - 040106 - Hospital Estadual
Dr. Geraldo, Un o Física do Marab ho
Epo da D pese, Código

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

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Setembro de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	15,00	1.274,21		
8785	DIAS AFAST.INSS (P/DOENÇA)	15,00	1.274,20		
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	187,21	187,21		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	104,50		
8013	INSALUB 20% DOENÇA	20,00	104,50		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	16,00	74,14		
8801	DESCONTO DIAS AFASTADOS	15,00		1.378,70	
998	I.N.S.S.	7,92		115,07	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			3.018,76	1.493,77	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 19553-7			Valor Líquido	1.524,99	
Agência: 448 - 0					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc FGTS	FGTS do Mês	Base Calc IRRF	Fgts IRRF
2.548,41	1.452,85	1.452,85	116,22	1.337,78	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
Setembro de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	15,00	1.274,21		
8785	DIAS AFAST.INSS (P/DOENÇA)	15,00	1.274,20		
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	187,21	187,21		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	104,50		
8013	INSALUB 20% DOENÇA	20,00	104,50		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	16,00	74,14		
8801	DESCONTO DIAS AFASTADOS	15,00		1.378,70	
998	I.N.S.S.	7,92		115,07	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			3.018,76	1.493,77	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 19553-7			Valor Líquido	1.524,99	
Agência: 448 - 0					
Salário Base	Sal Contr INSS	Base Calc FGTS	FGTS do Mês	Base Calc IRRF	Fgts IRRF
2.548,41	1.452,85	1.452,85	116,22	1.337,78	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Convênio nº 0107/2017
Sistema Aditivo nº 001/2020
Unidade Executora Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
Unidade: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Osvaldo Brandão Faria de Miranda
Tipo de Despesa: Custeio



Aviso de lanÇamento

G3382512371399151
25/10/2020 16:20:12

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

Data 06/10/2020 Valor R\$ 1.839,82 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 168, lanÇado a d bito* 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 trinta e nove reais e oitenta e dois centavos)

* Este aviso de lanÇamento não   v lido 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 25/10/2020 16:20:12

Convênio n  0107/2017
Termo Aditivo n  001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria de 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
Setembro de 2020

2153 PATRICIA ADRIANA FERREIRA
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	122,56	122,56	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	103,55	263,15	
998	I.N.S.S.	8,16		152,60
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.992,42	152,60
			Valor Líquido	1.839,82
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 19428-X Agência: 448 - 0				
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.397,71	1.869,86	1.869,86	149,58	1.717,26
			Fatura 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
Setembro de 2020

2153 PATRICIA ADRIANA FERREIRA
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	122,56	122,56	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	103,55	263,15	
998	I.N.S.S.	8,16		152,60
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.992,42	152,60
			Valor Líquido	1.839,82
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 19428-X Agência: 448 - 0				
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.397,71	1.869,86	1.869,86	149,58	1.717,26
			Fatura 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 050106 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio



Aviso de lanÇamento

G3382512371399151
25/10/2020 16:20:12

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

Data 06/10/2020 Valor R\$ 1.585,55 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 168, lanÇado a d bito* 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 cinq enta e cinco centavos)

* Este aviso de lanÇamento não   v lido 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 25/10/2020 16:20:12

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		CC: UTI MIRANDOPOLIS		Folha Mensal	
CNPJ: 45.349.461/0008-89		Mensalista		Setembro de 2020	
Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Fórmula	
2164	PATRICIA NICHELE DE ALMEIDA	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	107,76	107,76		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00		
998	I.N.S.S.	8,02		128,92	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.714,47	128,92	
BANCO DO BRASIL 1			Valor Líquido	1.585,55	
conta corrente: 7812-3					
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		Setembro de 2020	
Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Fórmula	
2164	PATRICIA NICHELE DE ALMEIDA	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	107,76	107,76		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00		
998	I.N.S.S.	8,02		128,92	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.714,47	128,92	
BANCO DO BRASIL 1			Valor Líquido	1.585,55	
conta corrente: 7812-3					
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

G3382512371399151
25/10/2020 16:20:12

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

Data 06/10/2020 Valor R\$ 2.634,81 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 168, lanÇado a d bito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

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

* Este aviso de lanÇamento não   v lido 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 25/10/2020 16:20:12

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		CC: UTI MIRANDOPOLIS		Folha Mensal	
CNPJ: 45.349.461/0008-89		Mensalista		Setembro de 2020	
Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Faltas	
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	F.G.T.S 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		Setembro de 2020	
Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Faltas	
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	F.G.T.S 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

G3382512371399151
25/10/2020 16:20:12

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

Data 06/10/2020 Valor R\$ 1.637,18 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 168, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

(Um mil e seiscentos e trinta e sete reais e dezoito centavos)

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

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

Documento emitido por: JOAO P M P AFFONSO em 25/10/2020 16:20:12

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGF - 090196 - Hospital Estadual
Dr. Geraldo Brandi Faria de Macielopólis
1º de Despesa: Custos

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

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Setembro de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Faltas
2128	REGINA LEIA PARRO RODRIGUES DE SOUSA 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	110,49	110,49		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	120,00	259,96		
998	I.N.S.S.	8,06		133,76	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.770,94	133,76	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 19429-8			Valor Líquido ➡	1.637,18	
Agência: 448 - 0					
Salário Base	Sal Contr. INSS	Base Calc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.191,49	1.660,45	1.660,45	132,83	1.337,10	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Assinatura do Empregador

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

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Setembro de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Faltas
2128	REGINA LEIA PARRO RODRIGUES DE SOUSA 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	110,49	110,49		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	120,00	259,96		
998	I.N.S.S.	8,06		133,76	
			Convênio nº 0107/2017 Termo Aditivo nº 001/2020 Fonte Recurso Estadual Secretaria do Estado da Saúde UGE: 090196 - Hospital Estadual Dr. Oswaldo Brandi Faria de Miranda Pontes Unidade de Despesa: Custo		
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.770,94	133,76	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 19429-8			Valor Líquido	1.637,18	
Agência: 448 - 0					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.191,49	1.660,45	1.660,45	132,83	1.337,10	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Assinatura do Empregador

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



G3382512371399151
25/10/2020 16:20:12

Aviso de lanÇamento

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

Data 06/10/2020 Valor R\$ 1.841,45 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 168, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

(Um mil e oitocentos e quarenta e um reais e quarenta 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 25/10/2020 16:20:12

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		CC: UTI MIRANDOPOLIS		Folha Mensal	
CNPJ: 45.349.461/0008-89		Mensalista		Setembro de 2020	
Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Faltas	
2157	RICARDO DE CARVALHO	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	123,16	123,16		
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	
			1.994,16	152,71	
BANCO DO BRASIL 1			Valor Líquido	1.841,45	
conta corrente: 19423-9			Agência: 448 - 0		
Salário Base		Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	P.O.T.S. 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		CC: UTI MIRANDOPOLIS		Folha Mensal	
CNPJ: 45.349.461/0008-89		Mensalista		Setembro de 2020	
Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Faltas	
2157	RICARDO DE CARVALHO	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	123,16	123,16		
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	
			1.994,16	152,71	
BANCO DO BRASIL 1			Valor Líquido	1.841,45	
conta corrente: 19423-9			Agência: 448 - 0		
Salário Base		Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	P.O.T.S. do Mês	Base Calc. IRRF
1.397,71		1.871,00	1.871,00	149,68	1.718,29
					Faixa IRRF
					0,00

Convênio nº 0107 2017
 Termo Aditivo nº 001 2020
 Fonte Recurso Estadual
 Secretaria do Estado da Saúde
 UGE: 040196 - Hospital Estadual
 Dr. Oswaldo Brandi Faria de Miranda
 Tipo de Despesa: Custo

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data



Aviso de lanÇamento

G3382512371399151
25/10/2020 16:20:12

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

Data 06/10/2020 Valor R\$ 740.49 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 168, lanÇado a d bito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

(Setecentos e quarenta reais e quarenta e nove centavos)

* Este aviso de lanÇamento não   v lido 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 25/10/2020 16:20:12

Convênio n  0107/2017
Termo Aditivo n  001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UNB: 0.0005 - Hospital Estadual
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Marandopolis
Tipo de Despesa: Custeio

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

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Setembro de 2020

33 THAIS BOARETO DA SILVA
ENFERMEIRO (A) DE TERAPIA INTENSIVA

223525 600 1
Admissão: 15/09/2014

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
294	PARCELA DIFERENCA DISSIDIO	185,02	185,02		
245	AJUDA DE CUSTO	277,58	277,58		
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	241,22	241,22		
8112	DIFERENÇA DE 1/3 DE FERIAS	29,49	29,49		
8190	DIFERENCA MEDIA VALOR FERIAS	88,46	88,46		
805	MEDIA VALOR FERIAS	943,63	943,63		
806	MEDIA HORAS FERIAS	7,46	7,46		
807	VANTAGENS FERIAS	209,00	209,00		
931	1/3 DAS FERIAS	33,33	1.348,98		
8783	DIAS FERIAS	30,00	2.886,86		
937	ADIANTAMENTO DE FERIAS	0,00		4.336,00	
812	INSS FERIAS	11,39		614,36	
821	INSS DIFERENCA FERIAS	0,00		37,74	
998	I.N.S.S.	7,50		43,54	
942	IRRF FERIAS	27,50		445,57	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			6.217,70	5.477,21	
BANCO DO BRASIL 1 conta poupança: 197087-9			Valor Líquido ➡	740,49	
Agência: 6921 - 3					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
2.886,86	5.976,48	5.976,48	478,11	499,27	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
Setembro de 2020

33 THAIS BOARETO DA SILVA
ENFERMEIRO (A) DE TERAPIA INTENSIVA

223525 600 1
Admissão: 15/09/2014

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
294	PARCELA DIFERENCA DISSIDIO	185,02	185,02		
245	AJUDA DE CUSTO	277,58	277,58		
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	241,22	241,22		
8112	DIFERENCA DE 1/3 DE FERIAS	29,49	29,49		
8190	DIFERENCA MEDIA VALOR FERIAS	88,46	88,46		
805	MEDIA VALOR FERIAS	943,63	943,63		
806	MEDIA HORAS FERIAS	7,46	7,46		
807	VANTAGENS FERIAS	209,00	209,00		
931	1/3 DAS FERIAS	33,33	1.348,98		
8783	DIAS FERIAS	30,00	2.886,86		
937	ADIANTAMENTO DE FERIAS	0,00		4.336,00	
812	INSS FERIAS	11,39		614,36	
821	INSS DIFERENCA FERIAS	0,00		37,74	
998	I.N.S.S.	7,50		43,54	
942	IRRF FERIAS	27,50		445,57	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			6.217,70	5.477,21	
BANCO DO BRASIL 1 conta poupança: 197087-9			Valor Líquido	740,49	
Agência: 6921 - 3					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
2.886,86	5.976,48	5.976,48	478,11	499,27	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Convênio nº 0107/2017
Sistema Adicional nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UFPA - Hospital - Hospital Estadual
Dr. Otonário Moura Faria de Miranda
Tupã de Lencóia, Guadalupe



Aviso de lanÇamento

G3382512371399151
25/10/2020 16:20:12

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

Data 06/10/2020 Valor R\$ 1.496,30 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 168, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

(Um mil e quatrocentos e noventa e seis reais e trinta centavos)

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

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

Documento emitido por: JOAO P M P AFFONSO em 25/10/2020 16:20:12

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
SUS - 1102196 - Hospital Estadual
Dr. Clóvis de Almeida Faria de Marandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

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

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Setembro de 2020

2799 VALERIA CRISTINA DE SOUZA DA CRUZ
TEC. ENFERMAGEM

322205 600 1
Admissão: 11/06/2019

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	20,00	931,81		
8870	DIAS AFAST. P/DOENÇA C/DIR.INTEGRAIS	10,00	465,91		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	139,33		
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	69,67		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	8,00	20,33		
998	I.N.S.S.	8,04		130,75	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.627,05	130,75	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 19514-6			Valor Líquido ➡	1.496,30	
Agência: 448 - 0					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,72	1.627,05	1.627,05	130,16	1.117,12	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

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

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Setembro de 2020

2799 VALERIA CRISTINA DE SOUZA DA CRUZ
TEC. ENFERMAGEM

322205 600 1
Admissão: 11/06/2019

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	20,00	931,81		
8870	DIAS AFAST. P/DOENÇA C/DIR.INTEGRAIS	10,00	465,91		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	139,33		
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	69,67		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	8,00	20,33		
998	I.N.S.S.	8,04		130,75	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.627,05	130,75	
BANCO DO BRASIL 1			Valor Líquido	1.496,30	
conta corrente: 19514-6					
Agência: 448 - 0					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,72	1.627,05	1.627,05	130,16	1.117,12	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
Instituto de Saúde - Hospital Estadual
Dr. Osvaldo Cruz - Fone: 3441-1000
Tipo de Recurso: Contorno

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
02/11/2020 - AUTOATENDIMENTO - 18.43.45
6790306790 SEGUNDA VIA 0004

COMPROVANTE DE PAGAMENTO

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

Convenio FGTS ARREC GRFGTS-UNICO
Codigo de Barras 85830000020-3 85360451202-5
01007000000-7 12411981335-5
Data do pagamento 06/10/2020
Identificador 00000012411981335
Data de Vencimento 07/10/2020
Valor Total 2.085,36

DOCUMENTO: 100601
AUTENTICACAO SISBB: 9.2C4.45E.5B7.8D9.4D7

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



GRFGTS - GUIA DE RECOLHIMENTO DO FGTS

RECOLHEDOR ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		DATA DE VENCIMENTO 07/10/2020
CPF/CNPJ 45.349.461/0008-89	IDENTIFICADOR 000.000.124.119.813-35	TOTAL A RECOLHER 2.085,36

85830000020-3

85360451202-5

01007000000-7

12411981335-5

PARCELAMENTO MP 927/2020

PARCELAS

Número da Parcela 4

VALORES

Depósito	2.085,36
Depósito 13 ^o	0,00
Encargos Legais*	250,38
Isenção MP 927/2020*	-250,38
Encargos de Atraso na Parcela*	0,00
Total da Fatura	2.085,36



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Guia nº 8167/2017
Tomo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGSE 830196 - Hospital Estadual
Dr. Ulysses Brande Faria de Miranda
Unidade de Despesa: Custeio

VIA CLIENTE

VIA BANCO



GRFGTS - GUIA DE RECOLHIMENTO DO FGTS

IDENTIFICADOR 000.000.124.119.813-35	CPF/CNPJ 45.349.461/0008-89	TOTAL A RECOLHER 2.085,36
Atenção: não receber após o vencimento		DATA DE VENCIMENTO 07/10/2020

85830000020-3

85360451202-5

01007000000-7

12411981335-5



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

06/10/2020
211

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
02/11/2020 - AUTOATENDIMENTO - 18.43.45
6790306790 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO

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

Convenio FGTS ARRECADACAO GRF
Codigo de Barras 85870000061-8 28210179201-5
00764505084-6 53494610008-6
Data do pagamento 06/10/2020
CNPJ/CEI/CPF 45349461/0008-89
COMPETENCIA 09/2020
CODIGO RECOLHIMENTO 115
VENCIMENTO 07/10/2020
VALOR DEPOSITO 6.128,21
Valor Total 6.128,21

DOCUMENTO: 100602
AUTENTICACAO SISBB: E.61F.41F.78D.D26.B8E

Convênio nº 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



FUNDO DE GARANTIA DO TEMPO DE SERVIÇO

GFIP - SEFIP 8.40

GRF - GUIA DE RECOLHIMENTO DO FGTS

GERADA EM 05/10/2020 - 18:00:33

01-RAZÃO SOCIAL/NOME ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA				02-DDD/TELEFONE (0011)39056104
03-FPAS 639	04-SIMPLES 1	05-REMUNERAÇÃO 76.602,66	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 09/2020	12-DATA DE VALIDADE 07/10/2020

13-DEPÓSITO + CONTRIB SOCIAL 6.128,21	14-ENCARGOS 0,00	15-TOTAL A RECOLHER 6.128,21
--	---------------------	---------------------------------

VALOR FGTS A RECOLHER ATÉ O DIA 07/10/2020

858700000618 282101792015 007645050846 534946100086

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



FUNDO DE GARANTIA DO TEMPO DE SERVIÇO

GFIP - SEFIP 8.40

GRF - GUIA DE RECOLHIMENTO DO FGTS

GERADA EM 05/10/2020 - 18:00:33

01-RAZÃO SOCIAL/NOME ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA				02-DDD/TELEFONE (0011)39056104
03-FPAS 639	04-SIMPLES 1	05-REMUNERAÇÃO 76.602,66	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 09/2020	12-DATA DE VALIDADE 07/10/2020

13-DEPÓSITO + CONTRIB SOCIAL 6.128,21	14-ENCARGOS 0,00	15-TOTAL A RECOLHER 6.128,21
--	---------------------	---------------------------------

VALOR FGTS A RECOLHER ATÉ O DIA 07/10/2020

Convenio 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

858700000618 282101792015 007645050846 534946100086

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



06/10/2020
211

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

858700000618 282101792015 007645050846 53494610008

EMPRESA: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA
COMP: 09/2020 COD REC:115 COD GPS: 2305 FPAS: 639 OUTRAS ENT: SIMPLES: 1 RAT: 2,0 INSCRIÇÃO: 45.349.461/0008-89
TOMADOR/OBRA: FAP: 0,50 RAT AJUSTADO: 1,00 INSCRIÇÃO:

NOME TRABALHADOR	REM SEM 13º SAL	REM 13ºSAL	PIS/PASEP/CI BASE CÁL 13ºSAL PREV SOC BASE CÁL PREV SOCIAL	ADMISSÃO CONTRIB SEG DEVIDA	CAT	OCOR	DATA/COD MOVIMENTAÇÃO DEPÓSITO	CBO JAM
SONIA DOS SANTOS ROCHA			116.26217.35-6	17/09/2019	01		04/08/2020 P2	03222
642,78	0,00	0,00	48,20			51,43		0,00
SONIA DOS SANTOS ROCHA			116.26217.35-6	17/09/2019	01		18/09/2020 Z5	03222
GILSON FERREIRA GUEDES DOS SANTOS			129.46805.26-5	04/05/2020	01		21/09/2020 J	03222
1.124,70	671,58	671,58	135,90			143,71		0,00
LAIS MARANI SILVA			129.46882.17-0	03/05/2019	01		29/06/2020 Q1	02234
3.257,41	0,00	0,00	314,97			260,60		0,00
ANA PAULA DOS SANTOS SILVA			160.99087.56-8	23/07/2018	01		17/09/2020 P3	03222
1.909,25	0,00	0,00	156,15			152,75		0,00
ANA PAULA DOS SANTOS SILVA			160.99087.56-8	23/07/2018	01		18/09/2020 Z5	03222
ANA AUGUSTA FELICIANI NOGUEIRA			180.90148.36-6	04/10/2017	01		09/09/2020 P3	03222
1.647,37	0,00	0,00	132,58			131,78		0,00
ANA AUGUSTA FELICIANI NOGUEIRA			180.90148.36-6	04/10/2017	01		22/09/2020 Z5	03222
VALERIA CRISTINA DE SOUZA DA CRUZ			190.08698.55-5	11/06/2019	01		09/09/2020 P3	03222
1.627,05	0,00	0,00	130,75			130,16		0,00
VALERIA CRISTINA DE SOUZA DA CRUZ			190.08698.55-5	11/06/2019	01		19/09/2020 Z5	03222
NATALIA XAVIER NASCIMENTO OLIVEIRA			203.20306.87-3	04/10/2017	01		17/07/2020 P1	02235
1.452,85	0,00	0,00	115,07			116,22		0,00
NATALIA XAVIER NASCIMENTO OLIVEIRA			203.20306.87-3	04/10/2017	01		15/09/2020 Z5	02235
DEBORA CRISTINA LOCHE			203.38786.55-9	04/10/2017	01		06/09/2020 P3	04110
1.643,12	0,00	0,00	132,20			131,44		0,00
DEBORA CRISTINA LOCHE			203.38786.55-9	04/10/2017	01		07/09/2020 Z5	04110
DENISE PRISCILA ANCILOTTO LISBOA DE SOUZ			204.40341.55-2	04/10/2017	01		30/08/2020 P2	03222
1.025,02	0,00	0,00	76,87			82,00		0,00

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

MINISTÉRIO DA FAZENDA - ME

DATA: 05/10/2020
HORA: 18:00:33
PÁG : 0002/0008

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

858700000618 282101792015 007645050846 534946100086

EMPRESA: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA

COMP: 09/2020 COD REC:115 COD GPS: 2305 FPAS: 639 OUTRAS ENT:

SIMPLES: 1

RAT: 2.0

INSCRIÇÃO: 45.349.461/0008-89

FAP: 0.50 RAT AJUSTADO: 1.00

TOMADOR/OBRA:

INSCRIÇÃO:

NOME TRABALHADOR	REM SEM 13° SAL	REM 13°SAL	PIS/PASEP/CI BASE CÁL 13°SAL PREV SOC BASE CÁL PREV SOCIAL	ADMISSÃO CONTRIB SEG DEVIDA	CAT	OCOR	DATA/COD MOVIMENTAÇÃO DEPÓSITO	CBO JAM
DENISE PRISCILA ANCILOTTO LISBOA DE SOUZ			204.40341.55-2	04/10/2017	01		12/09/2020 25	03222
ELIANA CRISTINA RODRIGUES			209.15162.89-4	19/02/2020	01		10/09/2020 P3	03222
1.647,62	0,00		0,00	132,60			131,80	0,00
ELIANA CRISTINA RODRIGUES			209.15162.89-4	19/02/2020	01		11/09/2020 25	03222

Carteira nº 9167-2017
Verme Antônio n. 18412008
Fundo Recurso Estrutural
Serviço de Saúde da Família
URB. 000136 - Parque Estrela
Rua do Comércio, 100 - Vila da Vitória
Bairro da Vitória - Curitiba

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

MINISTÉRIO DA FAZENDA - MF

DATA: 05/10/2020
HORA: 18:00:33
PÁG : 0003/0008

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

858700000618 282101792015 007645050846 534946100086

EMPRESA: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA
COMP: 09/2020 COD REC:115 COD GPS: 2305 FPAS: 639 OUTRAS ENT: SIMPLES:1 RAT: 2.0 INSCRIÇÃO: 45.349.461/0008-89
TOMADOR/OBRA: FAP: 0.50 RAT AJUSTADO: 1.00
INSCRIÇÃO:

NOME TRABALHADOR	REM SEM 13° SAL	REM 13°SAL	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
ALESSANDRA AGUIAR SALESSE FARIAS	6.738,94	2.605,99	125.20024.54-4 2.605,99	20/10/2018 947,42	01		25/09/2020 I1 0,00	02235 0,00

DATA: 05/10/2020
HORA: 18:00:33
PÁG : 0004/0008

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

858700000618 282101792015 007645050846 534946100086

EMPRESA: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA
 COMP: 09/2020 COD REC:115 COD GPS: 2305 FPAS: 639 OUTRAS ENT: SIMPLES: 1 RAT: 2.0
 TOMADOR/OBRA:

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

NOME TRABALHADOR		PIS/PASEP/CI	ADMISSÃO	CAT	OCOR	DATA/COD MOVIMENTAÇÃO	CBO
REM SEM 13º SAL	REM 13ºSAL	BASE CÁL 13ºSAL PREV SOC	CONTRIB SEG DEVIDA			DEPÓSITO	JAM
		BASE CÁL PREV SOCIAL					
ALCIONE BOGAZ		128.78920.15-7	16/01/2018	01			03222
1.891,33	0,00	0,00	154,53			151,31	0,00
ALESSANDRA DE CASSIA MARDEGAN		133.59258.89-3	04/10/2017	01			02235
3.202,22	0,00	0,00	307,24			256,18	0,00
ANA PAULA AZEVEDO ZANATTA		125.41159.51-1	04/10/2017	01			03222
1.871,00	0,00	0,00	152,71			149,69	0,00
BIANCA CAETANO COSTA		128.98626.17-3	17/01/2018	01			02235
2.964,22	0,00	0,00	277,33			237,14	0,00
BRUNA BERALDO FERRANTE		209.83236.77-6	20/12/2019	01			02235
2.905,68	0,00	0,00	270,30			232,45	0,00
CATIA FERNANDA FERRAZ		129.80319.17-3	04/10/2017	01			03222
1.849,53	0,00	0,00	150,77			147,97	0,00
CRISTIANE PASCOALETO VENDRAME		128.09298.18-3	22/03/2019	01			03222
1.627,04	0,00	0,00	130,75			130,17	0,00
DANIELA DOS SANTOS DE OLIVEIRA		125.02011.74-6	03/05/2019	01			03222
1.891,35	0,00	0,00	154,54			151,31	0,00
EDILAINÉ MUNHOZ MAQUEA		124.85513.93-9	04/10/2017	01			03222
2.561,27	0,00	0,00	228,98			204,91	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
1.627,04	0,00	0,00	130,75			130,17	0,00
GISLAINE MACHADO MORABITO		132.60974.45-7	04/10/2017	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
1.417,82	0,00	0,00	111,92			113,42	0,00
IZABEL CRISTINA DE SOUZA		169.20547.00-8	04/10/2017	01			04110
1.417,82	0,00	0,00	111,92			113,42	0,00
JOSE LOPES DE OLIVEIRA		122.35412.21-3	04/10/2017	01			03222
1.871,00	0,00	0,00	152,71			149,69	0,00

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

MINISTÉRIO DA FAZENDA - MF

DATA: 05/10/2020
HORA: 18:00:33
PÁG: 0005/0008

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

858700000618 282101792015 007645050846 534946100086

EMPRESA: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA
COMP: 09/2020 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 13º SAL	PIS/PASEP/CI BASE CÁL 13º SAL PREV SOC BASE CÁL PREV SOCIAL	ADMISSÃO CONTRIB SEG DEVIDA	CAT	OCOR	DATA/COD MOVIMENTAÇÃO DEPÓSITO	CBO JAM
KELLY CRISTINA RAMOS ROCHA		164.11866.81-4	04/10/2017	01			03222
1.647,37	0,00	0,00	132,58			131,78	0,00
LETICIA MAIARA DOS SANTOS FERRAZ		204.92505.78-5	04/10/2017	01			03222
1.728,69	0,00	0,00	139,90			138,29	0,00
LUCAS CARVALHO DOS SANTOS		163.67215.87-6	04/10/2017	01			03222
2.542,05	0,00	0,00	226,67			203,36	0,00
MAIRA TEIXEIRA DE CASTRO		203.30629.68-3	04/10/2017	01			03222
1.606,71	0,00	0,00	128,92			128,53	0,00
MARCIA MAIARA POSSENTI		204.89256.27-3	04/10/2017	01			04110
1.451,33	0,00	0,00	114,93			116,10	0,00
MAURO CELSO CHIAVELLI		203.20305.12-5	01/04/2020	01			02234
3.257,41	0,00	0,00	314,97			260,59	0,00
NATALIA PAZINATO DA SILVA		204.97661.73-4	25/01/2019	01			03222
1.667,70	0,00	0,00	134,41			133,41	0,00
PATRICIA ADRIANA FERREIRA		190.47976.86-2	04/10/2017	01			03222
1.869,86	0,00	0,00	152,60			149,58	0,00
PATRICIA MICHELE DE ALMEIDA		236.45761.69-8	04/10/2017	01			03222
1.606,71	0,00	0,00	128,92			128,53	0,00
PRISCILA SANTOS LEITE DE ALMEIDA		127.24425.16-4	04/10/2017	01			02235
2.757,41	0,00	0,00	252,51			220,60	0,00
REGINA LEIA PARRO RODRIGUES DE SOUSA		126.82653.15-6	04/10/2017	01			04110
1.660,45	0,00	0,00	133,76			132,84	0,00
RICARDO DE CARVALHO		125.51156.27-2	04/10/2017	01			03222
1.871,00	0,00	0,00	152,71			149,69	0,00
THAIS BOARETO DA SILVA		134.51447.81-8	15/09/2014	01	03		02235
5.976,48	0,00	0,00	695,64			478,12	0,00

TOTAIS DA EMPRESA/TOMADOR
82.670,02

3.277,57

3.277,57

7.623,52

6.128,21

0,00

Cadastro nº 012/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fórmula Recurso: 1.000,00
Secretaria do Estado da Saúde
UG: 090.96 - Fundação de Amparo à Pesquisa
do Estado de Goiás - FAPES
Instituto de Diagnóstico e Referência Epidemiológica - IDRE

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

MINISTÉRIO DA FAZENDA - MF

DATA: 05/10/2020
HORA: 18:00:33
PÁG : 0006/0008

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

858700000618 282101792015 007645050846 534946100086

EMPRESA: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA
COMP: 09/2020 COD REC:115 COD GPS: 2305 FPAS: 639 OUTRAS ENT: SIMPLES: 1 RAT: 2.0
TOMADOR/OBRA:

Nº DE CONTROLE: C8LcYE18PMe0000-0

Nº ARQUIVO: J7RbWEs5S1C0000-3
INSCRIÇÃO: 45.349.461/0008-89
FAP: 0.50 RAT AJUSTADO: 1.00
INSCRIÇÃO:

LOGRADOURO: AVENIDA PAULO DE BARROS 326

BAIRRO: CENTRO

CNAE PREPONDERANTE: 8610102

CIDADE: MIRANDOPOLIS

UF: SP

CEP: 17230-000

CNAE: 8610102

CAT	QUANT	REMUNERAÇÃO SEM 13º	REMUNERAÇÃO 13º	BASE CÁL PREV SOC	BASE CÁL 13º PREV SOC
01	39	75.931,08	671,58	82.670,02	3.277,57
TOTAIS:	39	75.931,08	671,58	82.670,02	3.277,57

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

MINISTÉRIO DA FAZENDA - MF

DATA: 05/10/2020
HORA: 18:00:33
PÁG : 0007/0008

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

858700000618 282101792015 007645050846 534946100086

EMPRESA: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA
COMP: 09/2020 COD REC: 115 COD GPS: 2305 FPAS: 639 OUTRAS ENT: SIMPLES: 1 RAT: 2.0
TOMADOR/OBRA:

Nº DE CONTROLE: C8LcYEi8PMe0000-0

Nº ARQUIVO: J7RbWEs5S1C0000-3
INSCRIÇÃO: 45.349.461/0008-89
FAP: 0.50 RAT AJUSTADO: 1.00
INSCRIÇÃO:

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

BAIRRO: CENTRO

CNAE PREPONDERANTE: 8610102
CNAE: 8610102

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

FGTS - 8%

REMUNERAÇÃO SEM 13º SALÁRIO
REMUNERAÇÃO 13º SALARIO

75.931,08
671,58

QUANTIDADE TRABALHADORES

38

VALORES DO FGTS

DATA DE RECOLHIMENTO ATÉ 07/10/2020

DEPÓSITO FGTS	ENCARGOS FGTS	CONTRIB SOCIAL	ENCARGOS CONTRIB SOCIAL	TOTAL RECOLHER
6.128,21	0,00	0,00	0,00	6.128,21

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

MINISTÉRIO DA FAZENDA - MF

DATA: 05/10/2020
HORA: 18:00:33
PÁG : 0008/0008

RESUMO DAS INFORMAÇÕES À PREVIDÊNCIA SOCIAL CONSTANTES NO ARQUIVO SEFIP
EMPRESA

EMPRESA: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA	Nº DE CONTROLE: C8LcYEi8PMc0000-0	Nº ARQUIVO: J7RbWEs5S1C0000-3
COMP: 09/2020 COD REC:115 COD GPS: 2305	FPAS: 639 OUTRAS ENT: SIMPLES: 1 RAT: 2.0	INSCRIÇÃO: 45.349.461/0008-89
TOMADOR/OBRA:		FAP: 0.50 RAT AJUSTADO: 1.00
		INSCRIÇÃO:
LOGRADOURO: AVENIDA PAULO DE BARROS 326	BAIRRO: CENTRO	CNAE PREPONDERANTE: 8610102
CIDADE: MIRANDOPOLIS UF: SP CEP: 17230-000	TELEFONE: 0011 3905 6104	CNAE: 8610102
VALOR DEV PREV SOC CALCULADO SEFIP:	4.366.11 CONTRIB SEGURADOS - DEVIDA:	7.623.52
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: 5.976.48	25 ANOS: 0.00
QUANTIDADE: 0	QUANTIDADE: 1	QUANTIDADE: 0

QUANTIDADE DE MOVIMENTAÇÕES / CÓDIGOS

H :	0	I1:	1	I2:	0	I3:	0	I4:	0	J :	1	K :	0	L :	0	M :	0	N1:	0
N2:	0	N3:	0	O1:	0	O2:	0	O3:	0	P1:	1	P2:	2	P3:	5	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:	8

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
02/11/2020 - AUTOATENDIMENTO - 18.43.45
6790306790 SEGUNDA VIA 0002

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL

AGENCIA: 6790-3 CONTA: 211-9

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA

REMETENTE : ASSOCIACAO H B DO BRASIL

BANCO: 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\$ 1.515,02

DEBITO EM: 07/10/2020

DOCUMENTO: 100701

AUTENTICACAO SISBB: F.60A.DEF.31B.F9E.184

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		CC: UTI MIRANDOPOLIS		Folha Mensal	
CNPJ: 45.349.461/0008-89		Mensalista		Setembro de 2020	
2992 ELIANA CRISTINA RODRIGUES		CSO	Departamento	Folha	
TEC. ENFERMAGEM		322205	600	1	
		Admissão:		19/02/2020	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	29,00	1.351,35		
8870	DIAS AFAST. P/DOENÇA C/DIR.INTEGRAIS	1,00	46,60		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	202,03		
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	6,97		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	16,00	40,67		
998	I.N.S.S.	8,05		132,60	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.647,62	132,60	
			Valor Líquido ➡	1.515,02	
Salário Base	Sal. Contrib. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,95	1.647,62	1.647,62	131,80	1.325,43	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		Setembro de 2020	
2992 ELIANA CRISTINA RODRIGUES		CSO	Departamento	Folha	
TEC. ENFERMAGEM		322205	600	1	
		Admissão:		19/02/2020	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	29,00	1.351,35		
8870	DIAS AFAST. P/DOENÇA C/DIR.INTEGRAIS	1,00	46,60		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	202,03		
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	6,97		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	16,00	40,67		
998	I.N.S.S.	8,05		132,60	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.647,62	132,60	
			Valor Líquido ➡	1.515,02	
Salário Base	Sal. Contrib. INSS	Base Calc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,95	1.647,62	1.647,62	131,80	1.325,43	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 Miranda
 Tipo de Despesa: Custeio

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
02/11/2020 - AUTOATENDIMENTO - 18.43.45
6790306790 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL

AGENCIA: 6790-3 CONTA: 211-9

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA

REMETENTE : ASSOCIACAO H B DO BRASIL

BANCO: 237 - BANCO BRADESCO S.A.

AGENCIA: 0167-8 - LAVINIA

CONTA: 10.980-0

FAVORECIDO: MAURO CELSO CHIAVELLI

CPF/CNPJ: 365.760.718-84

VALOR: R\$ 2.991,04

DEBITO EM: 07/10/2020

DOCUMENTO: 100702

AUTENTICACAO SISBB: 3.32A.163.1CE.8E2.5F4

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL				CC: UTI MIRANDOPOLIS		Folha Mensal	
CNPJ: 45.349.461/0008-89				Mensalista		Setembro de 2020	
Código	Nome do Funcionário	CEO	Departamento	Folha			
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	135,17	135,17				
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			
			3.392,58	401,54			
			Valor Líquido ➡	2.991,04			
Salário Base		Sal Contr INSS	Base Calc FGTS	F.G.T.S de Mês	Base Calc IRRF	Falta IRRF	
2.548,41		3.257,41	3.257,41	260,59	2.942,44	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		Setembro de 2020	
Código	Nome do Funcionário			CEO	Departamento	Folha	
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	135,17	135,17				
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			
			3.392,58	401,54			
			Valor Líquido	2.991,04			
Salário Base		Sal. Contr. INSS	Base Calc FGTS	F.G.T.S de Mês	Base Calc IRRF	Falta IRRF	
2.548,41		3.257,41	3.257,41	260,59	2.942,44	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: Corrente

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
02/11/2020 - AUTOATENDIMENTO - 18.43.45
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: 104 - CAIXA ECONOMICA FEDERAL

AGENCIA: 1354-4 - CIDADE DE MIRANDOPOLIS

CONTA: 37.895-0

FAVORECIDO: SONIA DOS SANTOS ROCHA

CPF/CNPJ: 304.418.188-70

VALOR: R\$ 989,58

DEBITO EM: 07/10/2020

=====

DOCUMENTO: 100703

AUTENTICACAO SISBB: F.109.87E.EF3.7F9.855

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	12,00	559,18		
8785	DIAS AFAST.INSS (P/DOENCA)	18,00	838,77		
316	VALE REFEIÇÃO	245,00	245,00		
9382	VALE ALIMENTACAO	150,00	150,00		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	83,60		
8013	INSALUB 20% DOENCA	20,00	125,40		
8801	DESCONTO DIAS AFASTADOS	18,00		964,17	
998	I.N.S.S.	7,50		48,20	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			2.001,95	1.012,37	
BANCO DO BRASIL 1 conta salário: 88417-X Agência: 0295 - X			Valor Líquido ➡	989,58	
Salário Base		Sal. Contr. INSS	Base Calc FGTS	FGTS do Mês	Base Calc IRRF
1.397,95		642,78	642,78	51,42	594,58
					Fórmula 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		Setembro de 2020	
Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Folha	
2839	SONIA DOS SANTOS ROCHA TEC. ENFERMAGEM	322205	600	1	
		Admissão: 17/09/2019			

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	12,00	559,18		
8785	DIAS AFAST.INSS (P/DOENCA)	18,00	838,77		
316	VALE REFEIÇÃO	245,00	245,00		
9382	VALE ALIMENTACAO	150,00	150,00		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	83,60		
8013	INSALUB 20% DOENCA	20,00	125,40		
8801	DESCONTO DIAS AFASTADOS	18,00		964,17	
998	I.N.S.S.	7,50		48,20	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			2.001,95	1.012,37	
BANCO DO BRASIL 1 conta salário: 88417-X Agência: 0295 - X			Valor Líquido ➡	989,58	
Salário Base		Sal. Contr. INSS	Base Calc FGTS	FGTS do Mês	Base Calc IRRF
1.397,95		642,78	642,78	51,42	594,58
					Fórmula IRRF
					0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

02/11/2020 - BANCO DO BRASIL - 18:43:45
679006790 0003

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

03399484570130000095542495401046784020000066372

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 100.801
DATA DE VENCIMENTO 08/10/2020
DATA DO PAGAMENTO 08/10/2020
VALOR DO DOCUMENTO 663,72
VALOR COBRADO 663,72

NR.AUTENTICACAO B.A75.8F0.EAF.492.D1D

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.

DATA DE RECEBIMENTO

IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

Nº 117583
SÉRIE 1



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

Avenida Tower Automotiva - Galpao 26,
300 - Laranja Azeda - ARUJA, SP,
CEP:07430350, Fone:0000-0000-0000

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA

1

Nº 117583
SÉRIE 1
FOLHA 1/1



CHAVE DE ACESSO

3520 0911 2060 9900 0441 5500 1000 1175 8310 0096 3986

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

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

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO

135200797143426 10/09/2020 14:14:12

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

10/09/2020

ENDEREÇO
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03

BAIRRO/DISTRITO
JARDIM ARIANO

CEP
16400-400

DATA ENTRADA/SAÍDA
10/09/2020

MUNICÍPIO
LINS

FONE/FAX
1435325198

UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA

FATURA / DUPLICATA

001 08/10/2020 663,72

CALCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	663,72	VALOR DO ICMS	79,65	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	0,00	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	0,00	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS	663,72
VALOR DO FRETE	0,00	VALOR DO SEGURO	0,00	DESCONTO		OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	0,00	VALOR TOTAL DO IPI	0,00
								VALOR TOTAL DA NOTA	663,72

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL ATIVA DISTRIBUICAO E LOGISTICA LTDA	FRETE POR CONTA 0 - DO EMITENTE	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEICULO	UF	CNPJ/CPF 01125797000701
ENDEREÇO RUA SALVADOR RODRIGUES PRADO, 200	MUNICÍPIO SAO PAULO	UF SP	INSCRIÇÃO ESTADUAL 149529966118		
QUANTIDADE 6	ESPECIE CAIXA	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO 25,90	PESO LÍQUIDO 25,90

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
28374	SERINGA DESC.10ML SLIP C/450-INJEX LT 168-8/19 (2) 10/2024 (Fornecedor: 138, Lote: 1688/19, Qtde: 2, Data Fab: 03/10/2019, Data Val: 03/10/2024)	90183119	000	5102	CX	2	109.0050	218,01	218,01	26,16		12,00	
24404	SERINGA DESC.20ML SLIP BL C/300-INJEX LT 1497/19 (4) 07/2024 (Fornecedor: 138, Lote: 1497/19, Qtde: 4, Data Fab: 24/07/2019, Data Val: 23/07/2024)	90183119	000	5102	CX	4	111.4275	445,71	445,71	53,49		12,00	

Convenio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte: Insumo Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGF 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brancí Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custo

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

#R3V611
Pedido: 117709
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
Nota....: 3 Cubagem: 0,23

RESERVADO AO FISCO

08/10/2020
211

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
02/11/2020 - AUTOATENDIMENTO - 18.43.45
6790306790 SEGUNDA VIA 0006
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE
TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL
CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL
AGENCIA: 6790-3 CONTA: 211-9

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : ASSOCIACAO H B DO BRASIL
BANCO: 341 - ITAU UNIBANCO S.A.
AGENCIA: 0049-3 - SAO CARLOS SP
CONTA: 42.122-5

FAVORECIDO: WINTER - GESTAO E CONSULTORIA MEDIC
CPF/CNPJ: 26.392.666/0001-26
VALOR: R\$ 100.794,90
DEBITO EM: 09/10/2020

DOCUMENTO: 100901
AUTENTICACAO SISBB: B.504.624.B59.170.1E1



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO CARLOS
SECRETARIA MUNICIPAL DE FAZENDA
NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇO - NFS-e

Número da
NFS-e
347



Data e Hora da Emissão	08/10/2020 10:43:42	Competência	8/10/2020	Código de Verificação	V7FH0WIKR
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: 60

Referente Setembro de 2020

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

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.

08/10/20
211

02/11/2020 - BANCO DO BRASIL - 18:43:45
679006790 0002

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

10495569605600010004200000345801984020000032000

BENEFICIARIO:

MEDICALMED COMERCIO DE EQUIPAMENTOS

NOME FANTASIA:

MEDICALMED COMERCIO DE EQUIPAMENTOS

CNPJ: 08.145.250/0001-21

PAGADOR:

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE D

CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO 100.902
DATA DE VENCIMENTO 08/10/2020
DATA DO PAGAMENTO 09/10/2020
VALOR DO DOCUMENTO 320,00
JUROS/MULTA 6,91
VALOR COBRADO 326,91

NR. AUTENTICACAO D.B55.ADB.29E.60D.755

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
UGF: 090195 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

DANFE
Documento Auxiliar da Nota
Fiscal Eletrônica



MEDICAL MED COMERCIO DE EQUIPAMENTOS MEDICOS LTDA
AVENIDA PARA, 1125
SAO GERALDO - 90240-592
PORTO ALEGRE - RS Fone/Fax: 30265636

0 - ENTRADA
1 - SAIDA

1

Nº. 000.008.391
Série 001
Folha 1

CHAVE DE ACESSO

4320 0908 1452 5000 0121 5500 1000 0083 9110 0128 0492

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

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

143200166841669 - 17/09/2020 12:00:16

NATUREZA DA OPERAÇÃO

VENDA DE MERCADORIA

PAIS DE ORIGEM

00963135449

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT

CNPJ

08.145.250/0001-21

DESTINATÁRIO / REMETENTE

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ - CPF

45.349.461/0001-02

DATA DA EMISSÃO

17/09/2020

CONSUM. FINAL

SIM

ENDEREÇO

AVENIDA JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 - SALA 03

BAIRRO - DISTRITO

JARDIM ARIANO

CEP

16400-400

MUNICÍPIO

UF

RS

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA/ENTRADA

LINS

SP

1435325198

NATUREZA DA OPERAÇÃO

001

08/10/2020

RS 320,00

CALCULO DO IMPOSTO

BASE DE CALC. DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CALC. ICMS ST	VALOR DO ICMS ST	V. IMP. IMPORTAÇÃO	V. ICMS UF REMET	VALOR DO ICP	VALOR DO PIS	V. TOTAL PROD. IPI
320,00	38,40	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,08	320,00
VALOR DO IPI	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS	VALOR TOTAL IPI	V. ICMS UF DEST	V. TOT. TRIB.	VALOR DA COFINS	TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	19,20		9,60	320,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME - RAZÃO SOCIAL

TRANSPORTADORA MINUANO LTDA

FRETE POR CONTA
(0) Emitente

CODIGO ANTI

PLACA DO VEICULO

UF

CNPJ - CPF

87.183.570/0001-42

ENDEREÇO

AVENIDA SERTORIO, 2155

MUNICÍPIO

PORTO ALEGRE

UF

RS

INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE

ESPECIE

MARCA

NUMERAÇÃO

PESO BRUTO

PESO LÍQUIDO

1

CAIXAS

0,650

0,650

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

QUANT. DE PRODUTOS	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NÚMERO	Q. CST	Q. IMP. IPI	QUANT.	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL	B. CALC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	Val Imp. Acres.	ALIQ. ICMS	ALIQ. IPI
1	PAPEL PARA ECG MAC 800 10X140X350FIS LOTT 020120	48234009	000	0002	5,000	64,0000	320,00	320,00	38,40			12,00	

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

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Int. base LOCAL DE ENTREGA: DR RAUL DA CUNHA BUENO, NO 585, CENTRO, CEP 16800000, MIRANDÓPOLIS - SP 131 MIRANDÓPOLIS CONVÊNIO 0107/2017

RESERVADO AO FISCAL

Mirandópolis
126.91

02/11/2020 - BANCO DO BRASIL - 18:43:45
679006790 0005

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO CITIBANK S.A.

=====

74593180151154701700100730279791184040000082288

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 101.301

DATA DE VENCIMENTO 10/10/2020

DATA DO PAGAMENTO 13/10/2020

VALOR DO DOCUMENTO 822,88

VALOR COBRADO 822,88

=====

NR. AUTENTICACAO 9.4FA.241.F8C.394.CD2

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
UGF: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio



PREFEITURA MUNICIPAL DE CRICIÚMA
SECRETARIA DO SISTEMA ECONÔMICO
NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇO - NFS-e

Número do RPS	Número da nota
1245559	1286717
Data da emissão da nota	
18/09/2020 07:44:16	
Data do fato gerador	
17/09/2020 13:16:21	
Código de verificação	
6J3L-YGCII	

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: Nª Sra. da Salete CEP: 88813325
Município: CRICIÚMA UF: SC
E-mail: faturamento@dominiosistemas.com.br Site: www.dominiosistemas.com.br

TOMADOR DE SERVIÇOS

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

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

	Valor Unitário	Qtd	Valor Serviço	Base de cálculo	(%)	ISS
Domínio WEB 2.0 cont. contrato(s): 190860 comp.: 9/2020.	822,88	1	822,88	822,88 x	2,00 =	16,46

VENCIMENTOS: (10/10/2020 - 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\$)	Base de Cálculo(R\$)	Aliquota(%)	Valor ISS(R\$)
0,00	822,88	2,00	16,46

OUTRAS INFORMAÇÕES

Convênio nº 0107/2017
Forma Adicional nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGF 046196 - Hospital Estadual
Dr. Osvaldo Braith Faria de Miranda
Igreja de Deus - Cuiabá

18/10/20
Mirandopolis

02/11/2020 - BANCO DO BRASIL - 18:43:46
679006790 0002

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

BANCO DO BRASIL

00190615552555743347800001526110484050000256875

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 101.302

NOSSO NUMERO 6155255574

CONVENIO 00000000

DATA DE VENCIMENTO 11/10/2020

DATA DO PAGAMENTO 13/10/2020

VALOR DO DOCUMENTO 2.568,75

VALOR COBRADO 2.568,75

NR.AUTENTICACAO D.76B.D4F.948.D1B.44B

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 Miranda
Tipo de Despesa: Custeio

DATA DE RECEBIMENTO

IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

N. 000246251

SÉRIE 1



Sanitronic Indústria e Comércio Ltda

Rua Venda da Esperança, 363
Sorocaba - SP - 13506-100
CNPJ: 08.947.613-000
Inscr. Est.: 13.206.899.784-45

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

PROTEÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

135200689978445 12.08.2020 11:32:02-03:00

INSCRIÇÃO ESTADUAL

13.206.899.784-45

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO DESTINATÁRIO

CNPJ

58.426.628-9001-33

DESTINATÁRIO PRESTADOR

NOME RAZÃO SOCIAL

FABRIL DO BENEFICENTE DO BRASIL

ENDEREÇO

RUA JOSÉ ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 01

CNPJ/CPF

45.349.461-0001-02

DATA DE EMISSÃO

12.08.2020

DATA ENTRADA SAÍDA

BARRIO DISTRITO

CENTRO

CEP

16400-400

HORA ENTRADA SAÍDA

MUNICÍPIO

UFMS

INSCRIÇÃO ESTADUAL

INSCRIÇÃO ESTADUAL

INSCRIÇÃO ESTADUAL

INSCRIÇÃO ESTADUAL

INSCRIÇÃO ESTADUAL

INSCRIÇÃO ESTADUAL

INSCRIÇÃO ESTADUAL

INSCRIÇÃO ESTADUAL

INSCRIÇÃO ESTADUAL

INSCRIÇÃO ESTADUAL

INSCRIÇÃO ESTADUAL

INSCRIÇÃO ESTADUAL

INSCRIÇÃO ESTADUAL

INSCRIÇÃO ESTADUAL

INSCRIÇÃO ESTADUAL

INSCRIÇÃO ESTADUAL

INSCRIÇÃO ESTADUAL

INSCRIÇÃO ESTADUAL

INSCRIÇÃO ESTADUAL

INSCRIÇÃO ESTADUAL

INSCRIÇÃO ESTADUAL

INSCRIÇÃO ESTADUAL

INSCRIÇÃO ESTADUAL

INSCRIÇÃO ESTADUAL

INSCRIÇÃO ESTADUAL

INSCRIÇÃO ESTADUAL

INSCRIÇÃO ESTADUAL

INSCRIÇÃO ESTADUAL

INSCRIÇÃO ESTADUAL

INSCRIÇÃO ESTADUAL

INSCRIÇÃO ESTADUAL

INSCRIÇÃO ESTADUAL

INSCRIÇÃO ESTADUAL

INSCRIÇÃO ESTADUAL

INSCRIÇÃO ESTADUAL

INSCRIÇÃO ESTADUAL

INSCRIÇÃO ESTADUAL

INSCRIÇÃO ESTADUAL

INSCRIÇÃO ESTADUAL

INSCRIÇÃO ESTADUAL

INSCRIÇÃO ESTADUAL

INSCRIÇÃO ESTADUAL

INSCRIÇÃO ESTADUAL

INSCRIÇÃO ESTADUAL

INSCRIÇÃO ESTADUAL

INSCRIÇÃO ESTADUAL

INSCRIÇÃO ESTADUAL

INSCRIÇÃO ESTADUAL

INSCRIÇÃO ESTADUAL

INSCRIÇÃO ESTADUAL

INSCRIÇÃO ESTADUAL

INSCRIÇÃO ESTADUAL

INSCRIÇÃO ESTADUAL

INSCRIÇÃO ESTADUAL

INSCRIÇÃO ESTADUAL

INSCRIÇÃO ESTADUAL

INSCRIÇÃO ESTADUAL

INSCRIÇÃO ESTADUAL

INSCRIÇÃO ESTADUAL

INSCRIÇÃO ESTADUAL

INSCRIÇÃO ESTADUAL

INSCRIÇÃO ESTADUAL

INSCRIÇÃO ESTADUAL

INSCRIÇÃO ESTADUAL

INSCRIÇÃO ESTADUAL

INSCRIÇÃO ESTADUAL

INSCRIÇÃO ESTADUAL

INSCRIÇÃO ESTADUAL

INSCRIÇÃO ESTADUAL

INSCRIÇÃO ESTADUAL

CALCULO DO ISSQN

INSCRIÇÃO MUNICIPAL

00011827

VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS

BASE DE CALCULO DO ISSQN

VALOR DO ISSQN

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Protocolo: 135200689978445

ENTREGAR DE RAÍ DA CUNHA DE ENO 985, MIRANDÓPOLIS-SP ADICIONAIS DA NOTA - UTI
MIRANDÓPOLIS - CONVÊNIO 0107 2017 ALIQUOTA DO IPTU REDUZIDO A 0 CONFORME
DECRETO Nº 8950 DE 2016 MATERIAL HOSPITALAR CONJUNTO DESCARTÁVEL DE CIRCULAÇÃO
ASSISTIDA EQUIPO E EXTENSORES ISENÇÃO DE ICMS CONFORME item 54 do Convênio
E MIN 01-99 PRORROGAÇÃO PELO CONVÊNIO 133 2019 ATE 31 10 2020 INCISO XLVII
CLÁUSULA SEGUNDA ALIQUOTA ZERO DE PIS E COFINS DE ACORDO COM DECRETO 6426/2008
E 11.0664 2004 ARTIGO 28 INCISO XXXV Endereço de entrega: ... *** Pedido de
venda: 157833 *** Cotação Número: G6171 Valor Aproximado dos Tributos: R\$
1.933.362,21 (60%) Fonte: IBPT

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS

RECEBIDO 14/10/2020

ASS. *Isabel C. de Souza*

Convênio nº 0107-2017

Termo Aditivo nº 001/2020

Fonte Recurso: Estadual

Secretaria de Estado da Saúde

UNGE - UNITE - Hospital Estadual

Dr. Oswaldo Brandão Faria de Miranda

Unidade de Despesa: Custeio

Convênio nº 0107-2017

Termo Aditivo nº 001/2020

Fonte Recurso: Estadual

Secretaria de Estado da Saúde

UNGE - UNITE - Hospital Estadual

Dr. Oswaldo Brandão Faria de Miranda

Unidade de Despesa: Custeio

02/11/2020 - BANCO DO BRASIL - 18:43:46
679006790 0003

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

ITAU UNIBANCO S.A.

34191090080725301271512711770003984060000180530

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 101.303

DATA DE VENCIMENTO 12/10/2020

DATA DO PAGAMENTO 13/10/2020

VALOR DO DOCUMENTO 1.805,30

VALOR COBRADO 1.805,30
=====

NR.AUTENTICACAO 5.AE8.9EA.288.9AF.85D
=====

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.

 BELIVE IDENTIFICAÇÃO DO EMISSOR BELIVE COMERCIO DE PRODUTOS HOSPITALARES LTDA RUA LAURO VANSUCCI, 330 Bairro: FAZ. STA CANDIDA 13087-548 Campinas - SP Fone: (19)3256-0500 Fax: (19)3256-0500	DANFE DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA	CONTROLE FISCAL  CHAVE DE ACESSO J520.0814.3355.4400.0119.5500.0000.0671.3510.1190.1578 Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora Número da NF-e: 135200751352701 - 28/08/2020 13:08:00
	0 - ENTRADA 1 - SAÍDA Nº 67.135 SÉRIE: 0 FOLHA: 1/2	1

NATUREZA DA OPERAÇÃO
 5102 VENDA DE MER ADQ REC'D TERC

795.194.063.113	INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO	14.335.544/0001-19
-----------------	-------------------------------------	--------------------

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME - RAZÃO SOCIAL ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		CNPJ 45.349.461/0001-02	DATA EMISSÃO 28/08/2020
ENDEREÇO AVENIDA JOSE ARIANO RODRIGUES, 620 SL 05		BAIRRO/DISTRITO CENTRO	DATA DA SAÍDA 28/08/2020
MUNICÍPIO Lins	UF SP	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DA SAÍDA 13:07:58

INFORMAÇÕES DO LOCAL DE ENTREGA

NOME - RAZÃO SOCIAL		CNPJ	INSCRIÇÃO ESTADUAL
ENDEREÇO		BAIRRO/DISTRITO	UF
MUNICÍPIO		UF	FONE/FAX

NATUREZA DA OPERAÇÃO

67135/1 - 12/10/20 - 1.805,30

CÁLCULO DO IMPOSTO

VALOR DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS ST	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
1.805,30	283,16	0,00	0,00	1.805,30
VALOR DO IPI	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
VALOR TOTAL DA NOTA				1.805,30

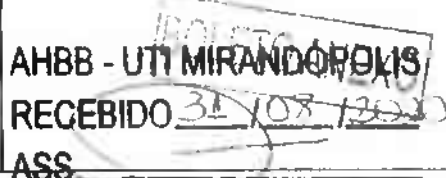
TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME - RAZÃO SOCIAL		PREÇO POR CONTA 0 - EMISSOR 1 - DESTINATÁRIO	CODIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
ENDEREÇO		MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL		
QUANTIDADE	ESPECIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO	
13	CAIXAS			192,8000	192,8000	

DADOS DOS PRODUTOS/SERVIÇOS

CODIGO PRODUTO NCM	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	CST CFOP	UNID	QTD	VALOR UNITARIO	VAL. DESC. UNIT. PERC.	VALOR TOTAL	BASE CÁLC. ICMS	VALOR ICMS ST Unidade	VALOR IPI	ALIQ. ICMS
2819	FISIOLÓGICO 0,2% 100ML AZUL 1007B CX50BOLS BAXTER Lote PR11114 - 20/12/2021 Qtd: 8.000 Número da FCI: B903C-HE-D291-4DA6-A9AC- AFDFC9452D2A-CES1-13.004.00	500 5102	CX	8.000	138,6000	0,0000 0,0000%	1.108,80	1.108,80	199,58 0,00	0,00	18,00
2819	FISIOLÓGICO 0,2% 250ML AZUL 1322C CX50BOLS BAXTER Lote PR108N3 - 13/05/2022 Qtd: 1.000 Número da FCI: D5651472-9CEB-446A-822A-53B11B-481C24 CES1-13.004.00	500 5102	CX	1.000	99,0000	0,0000 0,0000%	99,00	99,00	15,64 0,00	0,00	12,00
2819	FISIOLÓGICO 0,2% 500ML AZUL 1423 CX10BOLS BAXTER Lote PR108N3 - 08/05/2022 Qtd: 1.000 Número da FCI: E18C643F-ED1C-493F-A639-40F84586D08D CES1-13.004.00	500 5102	CX	1.000	69,0000	0,0000 0,0000%	69,00	69,00	8,28 0,00	0,00	12,00
2819	GLICOSE 5% 100ML AZUL 007C CX10BOLS BAXTER Lote PR11955 - 21/12/2021 Qtd: 1.000 Número da FCI: E18C643F-ED1C-493F-A639-40F84586D08D CES1-13.004.00	500 5102	CX	1.000	163,8000	0,0000 0,0000%	163,80	163,80	19,14 0,00	0,00	12,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES 11 Mirandópolis - Convenio 0107/2017 - Entregar: Dr. Raul da Cunha Bueno 585, Mirandópolis / REGIMIN ESPECIAL - 13/06/2012 - DISTRIBUIDORA HOSPITALAR PROCESSO - UA 34820-378893-2012	RESERVADO AO FISCO 
---	--

OUROWEB® - WWW.OUROWEB.COM.BR

Convenio nº 0107/2017
 Termo Aditivo nº 001/2020
 Unidade Recipiente Estabelecido
 Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo
 UGE - 090196 - Hospital Estadual
 Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
 Tipo de Despesa: Custeio

13/10/2020

RECEBEMOS DE BELIVE COMERCIO DE PRODUTOS HOSPITALARES LTDA OS PRODUTOS DA NOTA FISCAL Nº 67.135, SÉRIE: 0, DATA DE EMISSÃO: 28/08/2020		DESTINATÁRIO: ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL			
DATA DE RECEBIMENTO:	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR:		ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE	NF-e	
			Total NF: 1.805,30	Volume: 15	Nº: 67135 SÉRIE: 0
			Número Pedido: 1190150		FOLHA: 2/2

	IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	DANFE DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA	CONTROLE FINCO
	BELIVE COMERCIO DE PRODUTOS HOSPITALARES LTDA		
	RUA LAURO VANNUCCI, 330 Bairro: FAZ. STA CANDIDA 13087-548 Campinas - SP		0 - ENTRADA 1 - SAIDA
	Fone: (19)3256-0500 Fax: (19)3256-0500		Nº 67.135 SÉRIE: 0 FOLHA: 2/2
			CHAVE DE ACESSO
			3520.0814.3355.4488.0119.5500.0000.0671.3510.1190.1578
			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

NATUREZA DA OPERAÇÃO												
5102 VENDA DE MER ADQ REC D TERC												
INSCRIÇÃO ESTADUAL			INSC. ESTADUAL DO SUBS. TRIBUTARIO			CNPJ						
795.194.063.113						14.335.544/0001-19						
Q80 EXC. 10010099	GLICOSE 5% 1000ML AZB0064 CX16BOLS BAXTER Lote: PR30956 - 25/11/2021 Qde: 1,00 Número da FCI: B02C7443-F4C1-441E-A2B0-7A88B80F0961	500 5102	CX	1,0000	50,2000	0,0000 0,0000%	59,20	59,20	7,10 0,00	0,00	12,00	0,00
Q58 EXC. 10010099	GLICOSE 5% 250ML AZB0062C CX5BOLS BAXTER Lote: PR31056 - 12/12/2021 Qde: 1,00 Número da FCI: F667B73C-B1DD-4EF4-A60B-3B8809AAC0B4	500 5102	CX	1,0000	107,5000	0,0000 0,0000%	107,50	107,50	12,90 0,00	0,00	12,00	0,00

Convênio nº 0107/2017
Térmo 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

DADOS ADICIONAIS	RESERVADO AO FISCO
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	
U11 Mirandópolis - Convênio 0107/2017 - Entregar: Dr. Raul da Cunha Bueno 585 Mirandópolis / "REGIME ESPECIAL 136/2012 - DISTRIBUIDORA HOSPITALAR PROCESSO - UA 11820-378893/2012"	

Prestação de Contas

Outubro
2020
2/2

Mirandópolis

www.ahbb.org.br

contato@ahbb.org.br

14 3532 5198

Av. José Ariano Rodrigues, 303

Jardim Ariano - Lins - SP

Cep 16400 400

02/11/2020 - BANCO DO BRASIL - 18:43:46
679006790 0005

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

BANCO DO BRASIL

00190000090171153600100841216179584080000166454

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 101.304

NOSSO NUMERO 17115360000841216

CONVENIO 01711536

DATA DE VENCIMENTO 14/10/2020

DATA DO PAGAMENTO 13/10/2020

VALOR DO DOCUMENTO 1.664,54

VALOR COBRADO 1.664,54

NR.AUTENTICACAO E.B7F.5B0.23D.8B6.374

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
UCIE 040196 - Hospital Estadual
"Dr. Oswaldo Brandão Faria" de Marandópolis
Tipo de Despesa: Custo

Identificação do documento

Rioclarensense

COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO

VENDA DENTRO ESTADO

INSCRIÇÃO ESTADUAL

395060142110

INSCR EST SUBS TRIBUTARIO

(CNPJ)

67.729.178/0004-91

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

135200769793858 02/09/2020 15:44:43

DADOS DOS PRODUTOS/SERVIÇOS

QUANT	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL	VALOR ICMS	VALOR IPI	VALOR OUTROS
14,00	8,0652	112,9128	23,1117	0,0000	0,0000
NDSDA ALIMENTAÇÃO ENTERAL - GUJA N°12 (NOLIMPO) 1 - 1225 Q - 15.0000 F - 01/08/20 V - 10/08/2022 *Isenção conf Anexo I, Art. 14, RICMS 2000-SP (Conv. 01/99)					

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 Miranda
Tipo de Despesa: Custeio

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 Miranda
Tipo de Despesa: Custeio

02/11/2020 = BANCO DO BRASIL = 18:43:46
679006790 0006

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO DO BRASIL

00190000090171153600100841155179184080000246600

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 101.305

NOSSO NUMERO 17115360000841155

CONVENIO 01711536

DATA DE VENCIMENTO 14/10/2020

DATA DO PAGAMENTO 13/10/2020

VALOR DO DOCUMENTO 2.466,00

VALOR COBRADO 2.466,00

NR.AUTENTICACAO 2.768.772.180.A83.AAA

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
UGF: 080196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

02/11/2020 18:43:46
679006790 0003

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

BANCO DO BRASIL

00190000090171153600100841201171384080000200585

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 101.306

NOSSO NUMERO 17115360000841201

CONVENIO 01711536

DATA DE VENCIMENTO 14/10/2020

DATA DO PAGAMENTO 13/10/2020

VALOR DO DOCUMENTO 2.005,85

VALOR COBRADO 2.005,85

NR.AUTENTICACAO 5.324.B88.1E1.257.9ED

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 - 040196 - Hospital Estadual
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Maranduba
Tipo de Despesa: Custeio

Identificação do emissor

Rioclarensense

COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA

CNPJ 07.052.000/0001-00 E.O. RENDIMENTO: DOCTOS DOCTOS DOCTOS

Nº 00000000000000000000

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	EST	CFOP	UN	QUANT	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL	ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTAS ICMS IPI
889	CLINDAMICINA 600MG, FOSFATO (HIPOLABOR) (ITEM GE- NÉRICO) L. AA-017-20 Q. 100.0000 L. 10.06.20 V. 10.05.2022 BFCI HD7A77BA-119F-4A1D-9E2E-081D9295AF16	30032999	500	5102	AP	100,00	2,08	208,00	208,00	12,16	0,00	12,16 0,00
344	UNOXAPARINA SODR A 20MG/0,25ML (CRISTALIAS) L. A123 00A2 Q. 50.0000 L. 21.06.19 V. 31.05.2021	30049060	200	5102	SE	50,00	15,85	792,50	792,50	143,66	0,00	143,66 0,00
344	CLOROXIDINA 0,12% 250ML (VIC PHARMA) L. (0252 Q. 12.0000 L. 10.06.20 V. 10.06.2022	33069000	000	5102	FR	12,00	7,1487	85,78	85,78	17,44	0,00	17,44 0,00
344	ESPIRONOLACTONA 25MG (ASPEN) L. B620007 Q. 200,00 001 07.05.20 V. 07.05.2021	10043220	000	5102	CP	200,00	0,2039	40,78	40,78	7,34	0,00	48,12 0,00

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA
NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA

1 - SAÍDA

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

Carimbo nº 05072017
Término Aditivo nº 051/2020
Fonte Recurso 2.000.000
Secretaria do Trabalho do Estado
UGF 00
Dr. Oswaldo Brandt Filho
Tipo de Despesa 3.000.000

02/11/2020 BANCO DO BRASIL 18:43:46
679006790 0003

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

0339967614658000000500039501010284090000950000

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 101.307

DATA DE VENCIMENTO 15/10/2020

DATA DO PAGAMENTO 13/10/2020

VALOR DO DOCUMENTO 9.500,00

VALOR COBRADO 9.500,00

NR.AUTENTICACAO F.E67.A2E.E3D.177.73E

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
UGF: 040106 - Hospital Estadual
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

Mirandópolis

 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 Serviços Tecnicos Medicos Hospitalares Ltda Ecq Avenida Portugal, 001740 - CONJ. A - Santa Cruz do Jose 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 02/10/2020 15:02:16	Código de Verificação de Autenticidade BF 78 4A
Número do RPS	Serie do RPS	Data de Emissão do RPS	Número da Nota Fiscal 27
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	Barro Centro
CEP 16210-000	Cidade / UF Bilac / SP	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, Restauração de Aparelhos Odontológicos,...	Alíquota 2,79	Item da LC116/2003 1401	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: Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto - SP
Secretaria Municipal da Saúde
UGF: 090196 - Hospital Estadual Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

13/10/20

02/11/2020 - BANCO DO BRASIL - 18:43:46
679006790 0005

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

0339915456795000000913775801015184090000007000

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 101.308

DATA DE VENCIMENTO 15/10/2020

DATA DO PAGAMENTO 13/10/2020

VALOR DO DOCUMENTO 70,00

VALOR COBRADO 70,00

=====

NR.AUTENTICACAO 7.D59.AAD.227.ED4.C41

=====

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 040196 - Hospital Estadual
"Dr. Oswaldo Brant Faria" de Marabá
Tipo de Despesa: Custeio



PREFEITURA MUNICIPAL DE BAURU
Secretaria Municipal de Economia e Finanças
Divisão de Receitas Mobiliárias

Nota Fiscal Eletrônica de Serviços

Número da Nota: 000000003973-1			Data de Emissão: 01/07/2020		
PRESTADOR DE SERVIÇOS					
Nome/Razão Social: RELOGIO DE PONTO BAURU LTDA					
CPF/CNPJ: 44.705.580/0001-98		Inscrição Municipal: 1027		Tipo: ME	
CEP: 17015-021		Endereço: RUA CUSSY JUNIOR, 07-7		Cidade: BAURU/SP	
Fone: (14) 3879-2953		E-Mail: rpb.vendas@uol.com.br			
Documento Emitido por Optante do Simples Nacional, de acordo com a L.C. 123/2006.					
TOMADOR DE SERVIÇOS					
Nome/Razão Social: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL					
CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02		CEP: 01640-040		Cidade: LINS/SP	
Endereço: AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303					
E-Mail: clsato@ahbb.org.br					
DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS					
01 - SERVIÇO DE LOCAÇÃO DE SISTEMA DE TRATAMENTO DE PONTO RHID (REFERENTE: 07/2020 A 12/2020)					
ASSOCIAÇÃO HOSP. BENEFICENTE DO BRASIL (AHBB) - MIRANDOPOLIS					
Atividade: CONCERTO MANUT CONSERV REPAR DE MAQUINAS E EQUIPAMENTOS					
Código do Serviço: 14.01 - LUBRIFICAÇÃO, LIMPEZA, LUSTRAÇÃO, REVISÃO, CARGA E RECARGA, CONCERTO, RESTAURAÇÃO, BLINDAGEM, MANUTENÇÃO E CONSERVAÇÃO DE MÁQUINAS, VEÍCULOS, APARELHOS, EQUIPAMENTOS, MOTORES, ELEVADORES OU DE QUALQUER OBJETO					
Local da Prestação: BAURU			Situação de Tributação: Tributada no Prestador		
I.N.S.S. (R\$) 0,00	I.R. (R\$) 0,00	PIS (R\$) 0,00	COFINS (R\$) 0,00	C.S.L.L. (R\$) 0,00	
Os valores acima referem-se as retenções de tributos administrados pela União, sendo de responsabilidade do Prestador e não implicam na alteração da base de cálculo deduzindo apenas do total líquido				Valor Aprox. Tributos 0,00	
Deduções de Materiais 0,00	Base de Cálculo (R\$) 420,00	Alíquota (%) 3,31	Valor do ISS (R\$) 13,90	Valor Total da Nota (R\$) 420,00	
Consulte a autenticidade desta Nota Fiscal através do site oficial da Prefeitura Municipal de Bauru.			Valor líquido da nota (R\$) 420,00		

Chave de autenticação: A83F7E732476C72CB6FAADDA294DB0EA

02/11/2020 - BANCO DO BRASIL 18:43:46
679006790 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

BANCO BRADESCO S.A.

23790110069000000517498007252806984090000317987

BENEFICIARIO:

LABORATORIO SAO PAULO

NOME FANTASIA:

LABORATORIO SAO PAULO

CNPJ: 51.100.840/0001-67

BENEFICIARIO FINAL:

LABORATORIO SAO PAULO ANAL.CLINICAS

CNPJ: 51.100.840/0001-67

PAGADOR:

ASSOC. HOSPITALAR BENEFICIENTE DO B

CNPJ: 45.349.461/0001-02

=====

NR. DOCUMENTO	101.309
DATA DE VENCIMENTO	15/10/2020
DATA DO PAGAMENTO	13/10/2020
VALOR DO DOCUMENTO	3.179,87
VALOR COBRADO	3.179,87

NR.AUTENTICACAO 0.D5E.5F6.3C2.9F9.F2F

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 Documento: Custeio

**PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAÇATUBA****Secretaria Municipal da Fazenda**
Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-eNúmero da Nota
51798Data de Emissão
25/09/2020Data e Hora da
Competência
25/09/2020 às 11:05:24Código de Verificação
0000-0006-0020

Laboratório São Paulo



Situação

Telefone

E-Mail

PRESTADOR DE SERVIÇOSCNPJ 51.100.840/0001-67 Cód. Mobiliário 1069 Insc. Mun. 1069
Nome LABORATORIO SAO PAULO ANALISES CLINICAS LTDA
Logradouro RUA-TIRADENTES Número 1086
Bairro VILA MENDONÇA CEP 16015-020
Município ARAÇATUBA UF SP

Autenticação



Não Optante do Simples Nacional

(18)3623-2649 ; (18)3117-7010

nfe@laboratoriosapaulo.com.br ; fernando@escritorionacional.com.br ; legalizacao@escritorionacional.com.br

TOMADOR DE SERVIÇOSC.P.E./CNPJ 45.349.461/0001-02 IE ISENTA
Inscrição Mun. Cód. Mobiliário 0
Nome ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
E-mail acpinotti@gmail.com Telefone
Inf. Comp.
Logradouro RUA-AVENIDA JOSE ARIANO RODRIGUES Número 303
Bairro JARDIM ARIANO CEP 16400-400
Município LINS UF SP
Complemento N/A País BRASIL**INFORMAÇÕES DA IMPORTAÇÃO**Data e Hora 25/09/2020 às 11:05:32 Lote 60020
Número do RPS 0000-0006-0020 Sequência 60020**DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

Serviço	Descrição	Vir. Unitário	Qtd	Desconto	Aliq. Tributo (IRPJ)	Total
2069	PRESTACAO DE SERVICOS DE MEDICINA E DIAGNOSE REF. 09/2020	3.388,2400	1,00	0,00	0,00	3.388,24

Valor Total dos Serviços = R\$ 3.388,24

INFORMAÇÕES REFERENTES A DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

PRESTACAO DE SERVICOS DE MEDICINA E DIAGNOSE REF. 09/2020

TRIBUTOSPIS (R\$) 22,02 COFINS (R\$) 101,65 INSS (R\$) IR (R\$) 50,82 CSLL (R\$) 33,88 Outras Retenções (R\$) Outras Tributos (R\$)
CIDE (R\$) IOF (R\$) IPI (R\$) ICMS (R\$)Convênio nº 0167/2017
Término Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde

UGF: 16015-020 - Araçatuba - SP

Dr. Oswaldo Brandt Filho - Marandópolis
Tipo de Despesa: Custeio**VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 3.388,24**Atividade
8540202-LABORATORIOS CLINICOSOperação
Sem Lançamentos de Materiais/EquipamentosSituação da Nota Fiscal
Normal

Dedução de Materiais/Equipamentos

Não

Local do Serviço

Dentro do Município

Responsável pelo imposto

Prestador dos Serviços

Alíquota (%) Base de Calc. (R\$) Vir. Total das Deduções (R\$) Vir. Total Retido (R\$) Vir. do ISS (R\$)
3,0000 3.388,24 0,00 208,37 101,65**VALOR LÍQUIDO DA NOTA = R\$ 3.179,87****OUTRAS INFORMAÇÕES (RESERVADO AO FISCO)**

O crédito gerado estará disponível somente após o recolhimento do ISS desta NF-e.

Recebemos 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 51798 emitida em 25/09/2020 às 11:05:24 - Cód Verif 0000-0006-0020

Condições de Pagamento: Vencimento: 25/09/2020 Valor Total R\$ 3.388,24 Valor Líquido R\$ 3.179,87

Ass. _____ em _____

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

marandopolis

02/11/2020 - BANCO DO BRASIL - 18:43:46
679006790 0003

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

BANCO DO BRASIL

00190615899171443359500002034312584090000416547

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	101.310
NOSSO NUMERO	6158917144
CONVENIO	00000000
DATA DE VENCIMENTO	15/10/2020
DATA DO PAGAMENTO	13/10/2020
VALOR DO DOCUMENTO	4.165,47
VALOR COBRADO	4.165,47

NR.AUTENTICACAO 4.6A5.7D9.703.466.9D9

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
URGE 030196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio



**DUPATRI HOSPITALAR
COMERCIO IMPORTACAO E
EXPORTACAO LTDA**

AVENIDA PEDRO PASCOAL DOS
SANTOS, 310 - GALPAO002 MD 3 E 5 -
RESIDENCIAL REAL PARQUE SUMARE
- SUMARE, SP, CEP 13178561.
Fone 13-3228-8700

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRONICA

Q-ENTRADA
1-SAIDA

1

Nº 97157
SERIE 1
FOLHA 1/2



CHAVE DE ACESSO

3520 0904 0278 9400 0750 5500 1000 0971 5710 0000 1336

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

PROTOCOLO AUTORIZACAO DE USO

135200816149039 15/09/2020 21:30:21

NATUREZA DA OPERACAO

VENDA MERC ADQ REC TERCEIROS

CPF: 02.680.115

NSC: ESTADUAL (NFS-EST) (RIBUTARIO)

CEP: 04.027.894-0007-50

DESTINATARIO - REMETENTE

ASS: HOSPITALAR BENEF DO BRASIL (8149)

CPF: 45.349.461-0001-02

DATA DE EMISSAO
15/09/2020

END: JOSE ARIANO RODRIGUES, 303

BARRIO DISTRITO
JARDIM ARIANO

CEP: 16-100-400

DATA DE ENTRADA SA
15/09/2020

ISS

FIXE-TAX
1435325198

UF

INSCRIÇAO ESTADUAL

DATA DE SA
21/27

VALOR DUPLICATA

10,76

002

14/11/2020

4.165,47

VALOR DO IMPOSTO

VALOR DO ICMS

6,17,22

BASE DE CALCULO DO ICMS ST

0,00

VALOR DO ICMS SUBSTITUICAO

0,00

VALOR TOTAL DOS PRODUTOS

4.165,47

VALOR DO SEGURO

DESCONTO

OUTRAS DESPESAS ACESSORIAS

0,00

VALOR TOTAL DO F

0,00

VALOR TOTAL DA NOTA

4.165,47

TRANSPORTADOR - VOLUMES TRANSPORTADOS

DATA DE EMISSAO

01/10/2020

FRETE POR COLETA

0 - DO EMITENTE

CODIGO ANTT

PLACA DO VEICULO

UF

RECEITA DE

MUNICIPAL

MUNICIPIO

SANTOS

UF

RECEITA DE

ESPORTE

MAIÇA

NUMERO

PESO BRUTO

PESO LÍQUIDO

LISTA DOS PRODUTOS - SERVIÇOS

DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇOS	NCM/CH	QST	CFOP	LND	QNTD	V UNIT	V TOTAL	ICMS	ICMS ST	ICMS IPI	ICMS PIS	ICMS COFINS
ACTILYSF 50MG - BOEHRINGER (Lote: 0035-76, Qtd: 2, Dt Val: 30/11/2022, Data Fab: 01/11/2019)	30049019	240	5102	CX	2	1.982.6700	3.965.34					
PULVISCOFOLAMINA 20MG 100/1MG GEN FARMACE (Lote: H20G030, Qtd: 1, Dt Val: 11/07/2023, Data Fab: 01/07/2020)	30039099	000	5102	CX	1	130.0000	130.00	130.00	15.60			12.00
PIPERAZON 4,50 C/25 GEN - NOVAFARMA (Lote: 78PK1982, Qtd: 3, Dt Val: 31/05/2022, Data Fab: 01/05/2020) Lote: 78PK1981, Qtd: 2, Dt Val: 11/05/2022, Data Fab: 01/05/2020	30041019	000	5102	CX	5	547.3000	2.736.50	2.736.50	328.38			17.00
CEFTRIOMA IV 1G C/50F/A-NOVAFARMATRASCO AMOLIA (Lote: 78PD1617, Qtd: 2, Dt Val: 30/04/2022, Data Fab: 01/04/2020)	30042059	000	5102	CX	2	556.5000	1.113.00	1.113.00	200.34			18.00
XYLESTESIN 2% GELIA 30GR C/10-CRI-SKSTERRIS-COM APLICADOR (Lote: 20010288, Qtd: 1, Dt Val: 31/01/2022, Data Fab: 01/01/2020)	30049019	000	5102	CX	1	46.1000	46.10	46.10	8.30			18.00

DADOS ADICIONAIS

RESERVADO AO FISCO

MAXIMO DE 10% PARA A ENTREDA PARA FISCALIZAR A

RECEBIDO

ASS.

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO
ASS.

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGF: 040106 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandli Faria de Mirandópolis
Tipo de Uspespa: Custeio

13/10/

du ntri

AVENIDA PEDRO PASCOAL DOS
SANTOS, 410 - GALPA0002 MD 4 E 5 -
RESIDENCIAL REAL PARQUE SUMARÉ
- SUMARÉ, SP, CEP 13178561.
Fone: 13-3228-8700

0-ENTRADA
1-SAÍDA

Nº 97157
SERIE 1
FOLHA 2/2

CHAVE DE ACESSO

3520 0904 0278 9400 0750 5500 1000 0971 5710 0000 1336

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

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO

135200816149039 15/09/2020 21:30:21

VENDA MERCADO REC TERCEIROS

Atividade: 6 - ATIVIDADE
CNPJ: 092 680 115

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO

CNPJ:
04 027 894-0007-50

DADOS DOS PRODUTOS - SERVIÇOS

CD	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇOS	NCM CH	CF	CFOP	UNID	QUANT	V UNIT	V TOTAL	UF ICMS	V ICMS	V IPI	AL	AL. IPI
95085	SERINGA CASOMETRIA A-LINE 3ML LL - BD 165060MD 365060 (Lote: 005- 0941, Qtde: 100, Dt Val: 28/02/2022 , Data Fab: 01/02/2020)	90183119	200	5102	CX	100	2 1000	210,00	210,00	25,20		12,00	
	SONDA FOLEY 2V N.16 805CC C/10-SOLIDOR (Lote: 08520031, Qtde: 1, Dt Val: 31/0- 3/2025 ,Data Fab: 01/03/2020)	90183921	200	5102	CX	1	30 8000	30,80	30,80	4,54		18,14	
90155	MASCARA DESC.TRIPLA C/ELASTICO C/50 EVA AMERICA MEDICAL (Lote: 02910, Qtde: 4, Dt Val: 10/09/2025 ,Data Fab: 10/09/2020)	63079010	000	5102	CX	4	24 8000	99,20	99,20	17,86		18,01	

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

02/11/2020 - BANCO DO BRASIL - 18:43:46
679006790 0003

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

03399484570130000095560611401047284080000179723

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 101.311

DATA DE VENCIMENTO 14/10/2020

DATA DO PAGAMENTO 13/10/2020

VALOR DO DOCUMENTO 1.797,23

VALOR COBRADO 1.797,23

NR.AUTENTICACAO A.1ED.A79.B7E.226.C0F

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
UGF 080196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandão Faria de Marandópolis
Tipo de Despesa: Custeio



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

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

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA

0-ENTRADA 1
1-SAIDA 1

Nº 119527
SERIE 1
FOLHA 1/2



CHAVE DE ACESSO

3520 0911 2060 9900 0441 5500 1000 1195 2710 0097 4341

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

135200819494881 16/09/2020 14:55:42

VALOR DA CONTRATAÇÃO

Venda de Merc. Adq. de Terço

INSCRIÇÃO ESTADUAL
198.070.970.117

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO

CNPJ

11.206.099/0004-41

DESTINATÁRIO REMETENTE

FOSP BENEFICENTE DO BRASIL (3467)

CNPJ CPF

45.349.461.0001-02

DATA DE EMISSÃO

16/09/2020

ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03

JARDIM ARIANO

CEP: 16400-400

DATA DE RECEBIMENTO
16 SET 2020

FORMA DE PAGAMENTO
1435325198

INSCRIÇÃO ESTADUAL

RECEITA DA SAÍDA

COPIA DUPLICATA

16/09/2020 14:55:42 002 28/10/2020 1:37:22

VALOR DO IMPOSTO

VALOR DO ICMS

BASE DE CÁLCULO DO ICMS

VALOR DO ICMS SUBSTITUÍDO

VALOR TOTAL DO ICMS

VALOR DO IPI

DESCONTO

OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS

VALOR TOTAL IPI

VALOR TOTAL DA NOTA

CONTADOR VOLUMES TRANSPORTADOS

FRETE POR CONTA

CODIGO ANTT

PLACA DO VEICULO

UF

CNPJ CPF

01125797000701

AVADOR RODRIGUES PRADO, 200

MUNICIPIO

SAO PAULO

INSCRIÇÃO ESTADUAL

149529566118

VALOR

NUMERO

PESO BRUTO

PESO LÍQUIDO

PRODUTOS E SERVIÇOS

PRODUTOS E SERVIÇOS	QTD	UNID	VALOR UNIT	VALOR TOTAL	BC ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	VALOR TOTAL
INTEROPH 10001 15AM 10ML 50/1V-ADREN PHARMA - A B LT 0720002974 (5) 04/2022 Fornecedor: 58 - Lote: BP00003974 - Qtd: 5 Data Fab: 01/05/2020, Data Val: 10/04/20-	30043100	300	5102	FR	5	20.6740	104.37	104.37
HEPARINEX 50 50MG 02 SERVICOS IV/SC-CRIS FARMACEUTICA (5) 05/2021 Fornecedor: 727, Lote: A723066, Qtd: 15, Data Fab: 21/06/- Data Val: 11/04/2021	30049099	500	5102	CX	15	73.6860	1105.29	1105.29
STATINA-OR, ZINCO 100 MG 600 GEN-CINEX LT FARMACEUTICA (5) 11/2021 Fornecedor: 1666, Lote: 1622947, Qtd: 6, Data Fab: 28/11/201- Data Val: 28/11/2021	30049099	500	5102	TD	5	5.1933	31.16	31.16
MEDICINA 100 MG 100MG 1ML GEN-MASTER FARMA FARMACEUTICA (5) 03/2024 Fornecedor: 076, Lote: 0152020, Qtd: 3, Data Fab: 01/03/- Data Val: 11/03/2024	30049045	000	5102	CX	3	55.0733	165.22	165.22

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 12/09/2020
ASS.

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

**URGENTE
PERECÍVEL**

Convênio nº 0107/2017
Tomo Aditivo nº 001/2020
Fórmula Recebido Fornecedor
Secretaria do Estado da Saúde
DE: 000196 - Hospital Estadual
Dr. Otonário Brandão Faria de Mirandópolis
Inq. de Despesa: Custeio

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

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

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA

ENTRADA
SAIDA

Nº 119527
SERIE 1
FOLHA 2/2



CHAVE DE ACESSO

3520 0911 2060 9900 0441 5500 1000 1195 2710 0097 4341

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

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO

135200819494881 16/09/2020 14:55:42

NSC ESTADUAL DO SUPR. TRIBUTÁRIO

CMF

1206 099.0004 41

PRODUTOS E SERVIÇOS

PRODUTOS E SERVIÇOS	REM.S	CST	CFOP	UN.	QTD	V.UNIT	TOTAL	BC ICMS	VICMS	V.IPI	AL ICMS	AL IPI
HEXAPINX SD 200MG 10 SERINGAS IV/SC-CRIS LT A1207A2 01/02/2021 (Fornecedor: 727, Lote: A1207A2, Qtd: 5 ,Data Fab: 01/01/- 2020, Data Val: 26/02/2021)	30049099	500	5102	CX	5	63.7500	218.75	119.375	10.31		18.28	
HEXAPINX SD 200MG 10 SERINGAS IV/SC-CRIS LT A1207A2 01/02/2021 (Fornecedor: 727, Lote: A1207A2, Qtd: 5 ,Data Fab: 01/01/- 2020, Data Val: 26/02/2021)	30049099	200	5102	CX	5	172.5940	862.97	453.307	55.32		16.28	
HEXAPINX SD 40MG 10 SERINGAS IV/SC-CRIS LT A1207A2 01/02/2021 (Fornecedor: 727, Lote: A1207A2, Qtd: 5 ,Data Fab: 01/01/- 2020, Data Val: 26/02/2021)	30049099	500	5102	CX	5	201.3400	1.006.70	523.350	181.21		18.28	

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

02/11/2020 - BANCO DO BRASIL - 18:43:46
679006790 0002

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

03399484570130000095560614901043284080000094746

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 101.312

DATA DE VENCIMENTO 14/10/2020

DATA DO PAGAMENTO 13/10/2020

VALOR DO DOCUMENTO 947,46

VALOR COBRADO 947,46

NR.AUTENTICACAO 1.CF0.9A2.ADD.D53.F27

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
Estado: Mato Grosso do Sul
Secretaria de Educação e Saúde
1004- 040196 - Avenida Federal
Dr. Oswaldo Brant Faria de Marandópolis
Tipo de Despesa: Custeio



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

Rua Projetada, s/n, Itam - CAMBUI, MG.
CEP 37600000. Fone 31-4934-1700

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA



ENTRADA
SERIE 1
FOLHA 1/2

CHAVE DE ACESSO

3120 0911 2060 9900 0107 5500 1000 4693 2410 0080 3262

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

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO

131203822925766 16/09/2020 13:56:19

NOTA FISCAL OPERAÇÃO
DE CONTRIBUINTE

ESTADO DO RIO DE JANEIRO
INSCRIÇÃO ESTADUAL
11.771.148/0296

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO
813.020.011.119

INSCRIÇÃO ESTADUAL
11.206.099/0001-07

REMITENTE

ASSOC. HOSP. BENEFICENTE DO BRASIL (3467)

INSCRIÇÃO ESTADUAL
45.349.461/0001-02

DATA DE EMISSÃO
16/09/2020

AV. JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03

ENDEREÇO DO DESTINATÁRIO
JARDIM ARIANO

CEP
13400-400

DATA DE RECEBIMENTO

16 SET 2020

INSCRIÇÃO ESTADUAL

INSCRIÇÃO ESTADUAL
1435325198

UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

ATRIPLA - DUPLICATA

14/10/2020 937.46

002

28/10/2020 937.46

BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DO ICMS
894.92	22.29	917.21	917.21
VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DO ICMS	VALOR TOTAL DA NOTA
0.00	0.00	0.00	917.21
TRANSPORTADOR - VOLUMES TRANSPORTADOS	VALOR TOTAL DO ICMS	VALOR TOTAL DA NOTA	
ATAVIA DISTRIBUIÇÃO E LOGÍSTICA LTDA	0.00	917.21	
AVENIDA PREFEITO OLAVO GOMES DE OLIVEIRA, 6730	0.00	917.21	
POUSO ALEGRE	0.00	917.21	
PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO	PESO LÍQUIDO	
3.00	3.00	3.00	

DADOS DOS PRODUTOS - SERVIÇOS

QUANT	VALOR UNIT	VALOR TOTAL	BC ICMS	VICMS	VIRPI	AL ICMS	AL IRPJ
3038	145.00	445.00	145.00	53.40		12.00	
12930	4.82	4.82	4.82	0.58		12.00	
16122	182.50	182.50	182.50	21.90		12.00	
9584	11.3533	34.06	34.06	4.09		12.00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

RESERVAÇÃO FISCAL

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS

RECEBIDO 18/09/2020

ASS.

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

02/11/2020 BANCO DO BRASIL 18:43:46
679006790 0004

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

BANCO BRADESCO S.A.

23790601029026500000147000107707184100000068000

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	101.313
DATA DE VENCIMENTO	16/10/2020
DATA DO PAGAMENTO	13/10/2020
VALOR DO DOCUMENTO	680,00
VALOR COBRADO	680,00

=====

NR.AUTENTICACAO 2.365.598.304.43E.339

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.

02/11/2020 - BANCO DO BRASIL 18:43:46
679006790 0005

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

BANCO DO BRASIL

00190615895927493347800001526110284090000254400

BENEFICIARIO:

SAMTRONIC I COMERCIO LTDA

NOME FANTASIA:

SAMTRONIC INDUSTRIA E COMERCIO LIM

CNPJ: 58.426.628/0001-33

PAGADOR:

ASSOCIACAO BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO 101.314
NOSSO NUMERO 6158592749
CONVENIO 00000000
DATA DE VENCIMENTO 15/10/2020
DATA DO PAGAMENTO 13/10/2020
VALOR DO DOCUMENTO 2.544,00
VALOR COBRADO 2.544,00

NR.AUTENTICACAO 9.C9E.5AB.386.92E.E57

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

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS

RECEBIDO 17/07/2017

Série 0001
Série 0001



Samtronic Industria e Comercio Ltda

Rua Venda da Esperanca, 162
Socorro Cep:04763-040
Sao Paulo/SP
Fone: 551122447751

ASS
DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA
NOTA FISCAL ELETRÔNICA
ENTRADA
1 SAIDA

N. 000249362
SÉRIE 1
FOLHA 01 01



CHAVE DE ACESSO DA NFE
3520 0958 4266 2800 0133 5500 1000 2493 6211 0018 7926

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

Protocolo de Autorização de Uso
Protocolo de Autorização de Uso
Protocolo de Autorização de Uso

INSCRIÇÃO DE IMPOSTOS
INSCRIÇÃO DE IMPOSTOS
INSCRIÇÃO DE IMPOSTOS

VALOR DO SEGURO
DIFERENÇA
OUTRAS DESPESAS ACESORIAS
VALOR DO IPI

TRANSPORTADOR/CLIE/INTERMEDIADOR
TRANSPORTADOR/CLIE/INTERMEDIADOR
TRANSPORTADOR/CLIE/INTERMEDIADOR

QUANTIDADE	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	UNIDADE	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
1	Medicamento para uso hospitalar	Caixa	100,0000	10,96000000	10,96000000	10,96000000	10,96000000	10,96000000	10,96000000	10,96000000
1	Medicamento para uso hospitalar	Caixa	100,0000	10,96000000	10,96000000	10,96000000	10,96000000	10,96000000	10,96000000	10,96000000

VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS
BASE DE CÁLCULO DO ISSQN
VALOR DO ISSQN

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
RESERVA ADO ESPECÍFICA

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

02/11/2020 - BANCO DO BRASIL - 18:43:46
679006790 0004

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

BANCO DO BRASIL

00190615899178143359300002034312384090000032570

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 101.315
NOSSO NUMERO 6158917814
CONVENIO 00000000
DATA DE VENCIMENTO 15/10/2020
DATA DO PAGAMENTO 13/10/2020
VALOR DO DOCUMENTO 325,70
VALOR COBRADO 325,70

NR.AUTENTICACAO B.D37.492.643.926.F68

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

DUPATRI HOSPITALAR COM
IMP EXT LTDA

Av. Dr. Ovídio Brandi Faria, 1000 - Jd. Santa
Cruz - Mirandópolis - SP - 13130-000

CEP: 13130-000

Telefone: (11) 3333-3333

Fax: (11) 3333-3333

E-mail: contato@dupatri.com.br

Site: www.dupatri.com.br

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAÍDA

1

Nº 1123748
SERIE 1
FOLHA 1/1



CHAVE DE ACESSO

5220 0904 0278 9400 0326 5500 1001 1237 4810 0110 7866

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

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE EMISSÃO

152203420126667 15/09/2020 20:51:38

CONTROLO

809.010 530 112

EMPRESA

04.027.894/0003-26

EMITENTE

AR AR BENEF DO BRASIL (R149)

CNPJ 145.349.461/0001-02

DATA EMISSÃO 15/09/2020

SR. ARIANO RODRIGUES 303

JAHOIM ARIANO

16406-400

DATA ENTREGA 15/09/2020

INSCRIÇÃO
143532519F

1

16406-400

1

ATUADA DUPLICATA

375,70 002 14/11/2020 325,70

CALCULO DO IMPOSTO

VALOR	VALOR	BASE DE CÁLCULO DO IMPOSTO	VALOR DO IMPOSTO
325,70	65,14	325,70	0,00
VALOR	VALOR	VALOR	VALOR
325,70	0,00	325,70	0,00

TRANSPORTADOR VOLUMES TRANSPORTADOS

PLACA DO VEICULO	MODELO DO VEICULO	PLACA DO VEICULO
0402/894000326	0-DO EMITENTE	0402/894000326
AV. DA J. SEVERINO, 3530	MUNICÍPIO	CEP
CATALAO	CATALAO	13044-300

PRODUTOS E SERVIÇOS

QUANT	DESCRIÇÃO	NOME	QNT	QNT	QNT	QNT	QNT	QNT	QNT	QNT	QNT	QNT	QNT	QNT
1000	ALGODAO HIDROP. 500GR - CRENER (Lote: 1671-52030, Qtde: 2, Dt Val: 11/07/2020, Data Fab: 01/07/2020)	20059050	020	0108	RL	10	1000	20,00	16,67	2,33	12,00	12,00	12,00	12,00
487	DERMASTAP GLEO 200MG - PHARMASTAR (Lote: 011, Qtde: 24, Dt Val: 11/07/2020, Data Fab: 01/07/2020)	15121919	020	0108	PR	24	3,7000	28,80	74,00	9,88	19,00	19,00	19,00	19,00
1	PISA ONCADA PLUS C/50 - MEDLEVENSONN (Lote: 150012, Qtde: 10, Dt Val: 24/01/2022, Data Fab: 25/03/2020)	58220796	770	0108	PR	10	26,4000	264,00	219,00	20,40	12,00	12,00	12,00	12,00
1	ELETRODO DESC. C/50 (IN) REF. BRQ 2107/2107 - JM (Lote: 2006300227, Qtde: 20, Dt Val: 31/03/2022, Data Fab: 01/03/2020)	90181990	020	0108	PCT	20	13,9300	278,60	232,16	27,86	12,00	12,00	12,00	12,00

ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

OS PRODUTOS DE MERCADORIAS COM NO MAXIMO DE 480GRAS APÓS A ENTREGA PAVOP REALIZAR A ENTREGA DE PRODUTO NO ANO
O PRODUTO DE 1000 0107/2017 ATÉ LAIS ENTREGAR DE PAUL DA CUNHA BUENO 845 JD SANTA

RESERVADO ACHADO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO
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

02/11/2020 - BANCO DO BRASIL - 18:43:46
679006790 0003

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

03399484570130000095560612201040584080000240750

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 101.316

DATA DE VENCIMENTO 14/10/2020

DATA DO PAGAMENTO 13/10/2020

VALOR DO DOCUMENTO 2.407,50

VALOR COBRADO 2.407,50

NR.AUTENTICACAO 0.DF3.7FS.012.7E9.BD3

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.

Nº 119556
SÉRIE 1

[illegible]

HELIXAS 42454

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
 RECEBIDO 18/10/2023
 ASS. _____

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

Convênio nº 0107/2011
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
HIGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria - Cuiabá
Tipo de Despesa: Custeio

Convênio nº 0107/2017
Término Aditivo nº 001/2020
Fundo e Recursos Especiais
Secretaria do Estado de Saúde
UGF 040196 - Hospital Estadual
Dr. Osvaldo Brandão de Miranda
Tipo de Despesa: Custeio

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

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

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA

0 ENTRADA
1 SAÍDA

Nº 119556
SERIE 1
FOLHA 3/3



CHAVE DE ACESSO

3520 0911 2060 9900 0441 5500 1000 1195 5610 0000 0535

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

Ado le Terc. Venda de Merc.Aq.de Terc.S:

PROTEÇÃO AUTENTICAÇÃO USE:

135200819930770 16 09 2020 16:06:01

IPSC ESTADUAL DO SUBS. TRIBUTÁRIO

ICPJ

11.206.099.0004 #1

PRODUTOS E SERVIÇOS

QUANTIDADE	UNIDADE	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	DESCONTO	VALOR LÍQUIDO	VALOR DESCONTO	VALOR LÍQUIDO	VALOR DESCONTO	VALOR LÍQUIDO	VALOR DESCONTO	VALOR LÍQUIDO	VALOR DESCONTO	VALOR LÍQUIDO
INSCRIÇÃO DOS PRESTADORES DE SERVIÇOS													
1	UN	90183110	24,00	24,00	24,00	0,00	24,00	0,00	24,00	0,00	24,00	0,00	24,00
INFORMAÇÕES DO PRESTADOR DE SERVIÇOS													
INFORMAÇÕES DO PRESTADOR DE SERVIÇOS													
1	UN	90189010	24,00	24,00	24,00	0,00	24,00	0,00	24,00	0,00	24,00	0,00	24,00
INFORMAÇÕES DO PRESTADOR DE SERVIÇOS													
1	UN	30051090	81,00	81,00	81,00	0,00	81,00	0,00	81,00	0,00	81,00	0,00	81,00
INFORMAÇÕES DO PRESTADOR DE SERVIÇOS													
1	UN	30059080	162,85	162,85	162,85	0,00	162,85	0,00	162,85	0,00	162,85	0,00	162,85

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

14/10/2020 - BANCO DO BRASIL - 15:16:38
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 14/10/2020
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 4.8DB.1AF.DE3.DDF.B7B

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGS 030196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandes 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
2143

Data de Emissão
01/10/2020

Data e Hora da
Competência
01/10/2020 às 10:53:53

Código de Verificação
0463-2131-3979

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

Optante do Simples Nacional

(14) 3532-3506



TOMADOR DE SERVIÇOS

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	Val. Unitário	Qtd	Desconto	Aliq. Tributo (IBPJ)	Total
58	SERVIÇOS DE SST	934,0000	1,00	0,00	0,00	934,00

Valor Total dos Serviços - R\$934,00

INFORMAÇÕES REFERENTES A DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

REFERENTE AO SERVIÇO DA UTI DE MIRANDOPOLIS

VENCIMENTO:

20/10/2020

CONTA PARA DEPOSITO

BANCO DO BRASIL

AG:0058-2

C/C:59599-3

Convênio nº 0307/2017
Torneio Aditivo nº 001/2020
Fundo Hospitalar Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGE - 030196 - Hospital Estadual
"Dr. Dinálio Brandi Faria" de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

TRIBUTOS

PIS (R\$)	COFINS (R\$)	INSS (R\$)	IR (R\$)	CSEL (R\$)	Outras Retenções (R\$)	Outros Tributos (R\$)
CIDE (R\$)	IOF (R\$)	IMI (R\$)	ICMS (R\$)			

VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 934,00

Atividade

3314710-Manutenção e reparação de máquinas e equipamentos para uso geral não especificados anteriormente

Item da Lista / LCI 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 (R\$)

Val. Total das Deduções (R\$)

Val. Total Retido (R\$)

Val. do ISS (R\$)

5,0000

934,00

0,00

0,00

46,70

VALOR LÍQUIDO DA NOTA = R\$ 934,00

OUTRAS INFORMAÇÕES (RESERVADO AO FISCO)

A situação "ISENTA/IMUNE" se refere à condição da empresa emitente da NFS-e perante o município de Lins-SP, município onde está estabelecida. Aplicam-se as regras de incidência do ISSQN relativas ao município onde o imposto municipal é devido, nos casos em que seja devido no local da prestação, conforme dispõe a Lei Complementar Federal nº 116/2003 e as normas municipais respectivas. A autenticidade deste documento poderá ser verificada no endereço www.lins.sp.gov.br

Recebemos 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 nº 2143 emitida em 01/10/2020 às 10:53:53 - Cód Verif 0463-2131-3979

Condições de Pagamento: Vencimento, 01/10/2020 Valor Total R\$ 934,00 Valor Líquido R\$ 934,00

Ass. _____ em _____

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

02/11/2020 - BANCO DO BRASIL - 18:43:46
679006790 0004

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

BANCO COOPERATIVO SICREDI S.A.

74891116205358563021202213581073484140000018990

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	101.401
DATA DE VENCIMENTO	20/10/2020
DATA DO PAGAMENTO	14/10/2020
VALOR DO DOCUMENTO	189,90
DESCONTO/ABATIMENTO	10,00
VALOR COBRADO	179,90

NR.AUTENTICACAO 4.EC1.A0E.D93.2CF.92A

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

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 94

Nº 000000010

Emissão: 01/10/2020

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 ISENTA

Base do Cálculo do ICMS	ICMS	Isenta e Não Tributada	Outros	Valor Total
0,00	0,00	189,90	0,00	189,90

Chave de Codificação Digital

3d56.538a.8c48.4c6c.c8f6.989e.2328.6430

Situação do documento fiscal

SEQ.	DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS / PRODUTOS	VALOR TOTAL	BASE DE CÁLCULO ICMS	ALÍQUOTA ICMS
1	FNET FIBRA EMPRESARIAL 600 (DW400/UP200)	189,90	0,00	0,00
Convênio nº 0107/2017 Termo Aditivo nº 001/2020 Fonte Recurso Estadual Secretaria do Estado da Saúde UGE: 090196. - Hospital Estadual "Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis Tipo de Despesa: Custeio				

02/11/2020 - BANCO DO BRASIL - 18:43:46
679006790 0007

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

10496492379800010004400000200931284140000178000

BENEFICIARIO:

PROMEDIRP MATERIAIS, PRODUTOS E SER

NOME FANTASIA:

PROMEDIRP MATERIAIS, PRODUTOS E SER

CNPJ: 21.403.138/0001-01

PAGADOR:

ASSOC HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA

CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO 101.402
DATA DE VENCIMENTO 20/10/2020
DATA DO PAGAMENTO 14/10/2020
VALOR DO DOCUMENTO 1.780,00
VALOR COBRADO 1.780,00

NR.AUTENTICACAO 8.61B.EF5.7D9.995.411

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
Térmo Aditivo nº 0010/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGGE 040196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandão Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

RECEBEMOS DE Promedirp Materiais, Produtos e Serviços LTDA OS PRODUTOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO

NF-e
Nº 002009
Série 1

Data de recebimento

Identificação e assinatura do receptor



Promedirp Materiais, Produtos e Serviços LTDA
Rua Soares Castilho, 105, Alto da Boa Vista
14.025-309 - Ribeirão Preto - SP
Fone (16) 3443-8021 - promedirp@gmail.com

DANFE

Documento Auxiliar
da Nota Fiscal
Eletrônica0-Entrada
1-Saída

Nº 002009

SÉRIE 1
Página: 1 de 1

Controle do Fisco



Chave de acesso

3520 0921 4031 3600 0101 5500 1000 0020 0916 4459 4169

Consulte 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 mercadorias

Protocolo de autorização de uso
135200841685076 22/09/2020 16:11:51

Inscrição Estadual
797092268110

Inscrit. do sublinh

CNPJ

21.403.138/0001-01

Destinatário/Remetente

Nome / Razão Social
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ/CPF
45.349.461/0001-02

Inscrição Estadual
ISENTO

Data emissão

22/09/2020

Endereço

Avenida Jose Ariano Rodrigues, 303 - Sala 03

Bairro

Jardim Anano

CEP

16.400-400

Data saída

22/09/2020

Município

Lins

Fone/Fax

(14) 3532-5198

UF

SP

Hora saída

16:11:50

Faturas

Número	Vencimento	Valor	Número	Vencimento	Valor	Número	Vencimento	Valor
001	20/10/2020	1.780,00						

Cálculo do imposto

Base de cálculo do ICMS	Valor do ICMS	Base de cálculo do ICMS Subst.	Valor do ICMS Subst.	Valor do FCP ST	Valor total dos produtos
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1.780,00
Valor do frete	Valor do seguro	Desconto	Outras despesas acessórias	Valor do IPI	Valor total da nota
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1.780,00

Transportador/Volumes transportados

Nome	Frete por conta	Código ANTT	Placa do veículo	UF	CNPJ/CPF
	0 - Contratação do Frete por conta do Remetente (CIF)				
Endereço	Município	UF	Inscrição Estadual		
Quantidade	Especie	Marca	Numeração	Peso bruto	Peso líquido
1	CAIXA			2,800	2,500

Itens da nota fiscal

Código	Descrição do produto/serviço	NCM/SH	CSOSN	CFOP	UN	Qtd	Preço un.	Preço total	BC ICMS	Vlr. ICMS	Vlr. IPI	%ICMS	%IPI
CFOP5102	LAMINA DE LARINGO N 02 CURVA	90189099	0102	5 102	UN	2,00	125,00	250,00	0,00	0,00	0,00	0,0000	0,00
CFOP5102	LAMINA DE LARINGO N 03 CURVA	90189099	0102	5 102	UN	3,00	125,00	375,00	0,00	0,00	0,00	0,0000	0,00
CFOP5102	LAMINA DE LARINGO N 04 CURVA	90189099	0102	5 102	UN	2,00	125,00	250,00	0,00	0,00	0,00	0,0000	0,00
CFOP5102	LAMINA DE LARINGO N 05 CURVA	90189099	0102	5 102	UN	1,00	125,00	125,00	0,00	0,00	0,00	0,0000	0,00
CFOP5102	ICABO DE LARINGO ADULTO MORIYA	90189099	0102	5 102	UN	1,00	135,00	135,00	0,00	0,00	0,00	0,0000	0,00
CFOP5102	REANIMADOR MANUAL SILICONE TAMANHO ADULTO	90183219	0102	5 102	UN	3,00	215,00	645,00	0,00	0,00	0,00	0,0000	0,00

Cálculo do ISSQN

Inscrição Municipal	Valor total dos serviços	Base de cálculo do ISSQN	Valor do ISSQN
	0,00	0,00	0,00

Dados adicionais

Observações	Reservado ao fisco
Promedirp, empresa optante pelo simples nacional	
DEPOSITO EM CONTA BANCO CAIXA ECONOMICA FEDERAL OP. 003 AG 2949	
C/C 2085-0	
Total aproximado de tributos, R\$ 153,96 (8,65%)	
UTI MIRANDÓPOLIS - CONVÊNIO 0107/2017 - A/C MAURO (18) 99141-4734	
ENDEREÇO DE ENTREGA: UTI - ALMOX - MIRANDÓPOLIS	

22/09/2020 16:11:59

AMBR - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO
ASS.

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGS - 000156 - Hospital Estadual
"Dr. Oswaldo Brandão Faria" de Mirandópolis
Tigo de Despesa: Custeio

02/11/2020 BANCO DO BRASIL 18:43:46
679006790 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

BANCO DO BRASIL

00190615893339453359100002034312584180000124260

BENEFICIARIO:

DUPATRI H C I EXPORTACAO LTDA

NCME 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 101.403
NOSSO NUMERO 6158333945
CONVENIO 00000000
DATA DE VENCIMENTO 24/10/2020
DATA DO PAGAMENTO 14/10/2020
VALOR DO DOCUMENTO 1.242,60
VALOR COBRADO 1.242,60

NR. AUTENTICACAO C.35C.597.DEC.6DC.91E

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



duatri
HOSPITALAR COM IMP EXT LTDA

IMP. RI HOSPITALAR COM
IMP EXT LTDA

AV. JOSE SEVERINO, 3530

CATALAO, GO

CEP: 73.500-000

TELEFONES
ESTOQUE CATALAO: (64) 3442-3051
ADM SANTOS: (13) 3228-8700

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA

ENTRADA
1-SA DA

Nº 1122354
SERIE 1
FOLHA 1/1



CHAVE DE ACESSO

5220 0904 0278 9400 0326 5500 1001 1223 5410 0050 8353

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

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USTI

152203404915579 09/09/2020 20:35:49

NATUREZA DA OPERAÇÃO
VENDA CONTRIB

INSCRIÇÃO ESTADUAL
10.444.430-4

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO
809.010.530.117

CPF

04.027.804/0003-26

DESTINATÁRIO/REMETENTE

RAZÃO SOCIAL
ASSOC HOSPITALAR BENEF DO BRASIL (8149)

CNPJ/CPF

45.349.461/0001-02

DATA DE EMISSÃO

09/09/2020

ENDEREÇO
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303

Bairro/Distrito

JARDIM ARIANO

CEP

14.100-400

DATA DE ENTREGA

09/09/2020

LINS

INSCRIÇÃO ESTADUAL
1435325198

UF

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

DATA

20/26

FATURA - DUPLICATA

DATA 24/10/2020 1.242,60

CALCULO DO IMPOSTO

VALOR DO ICMS

242,60

VALOR DO ICMS

49,70

BASE DE CALCULO DO ICMS ST

VALOR DO ICMS SUBSTITUÍDO

0,00

VALOR DO ICMS SUBSTITUÍDO

0,00

VALOR TOTAL DA NOTA

VALOR DO ICMS

242,60

VALOR DO ICMS

49,70

VALOR DO ICMS

0,00

VALOR DO ICMS

0,00

VALOR DO ICMS

0,00

VALOR DO ICMS

0,00

VALOR DO ICMS

0,00

VALOR DO ICMS

0,00

VEICULO PROPRIETARIO VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL
VEICULO PROPRIETARIO (90)

TIPO DE VEICULO

D - DO EMITENTE

CODIGO ANTT

PLACA DO VEICULO

UF

CNPJ/CPF

04027894000326

AVENIDA JOSE SEVERINO, 3530

MUNICIPIO

CATALAO

INSCRIÇÃO ESTADUAL

104444304

AVENIDA

ESPECIE

CAIXAS

NUMERO

PESO BRUTO

2,20

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

PROD.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NOME	CST	CFCF	PROD	QUANT	VLUNIT	VTOTAL	ICMS	VLICMS	ICMS ST	VLICMS ST
01010	PIPER.TAZOB.4,50 C/10 GEN - AUROBINDO (Lot: PT0420066A. Qtde: 6. Dt Val: 10/04/2022 .Data Fab: 01/05/2020)	30041019	200	6108	CX	6	207,1000	1.242,60	1.242,60	49,70		

DADOS ADICIONAIS

Nº 1122354-0001-02

RECEBEMOS DE MERCADORIAS COM NO MAXIMO DE 48 HORAS APÓS A ENTREGA FAVOR REALIZAR A CONFIRMAÇÃO DO PEDIDO NO ATO

CONV. 09/09/2020 - UTI MIRANDÓPOLIS AC LAISGUA de saúde da família número 585 de saúde com

convênio 09/09/2020

CONV. 09/09/2020 - UTI MIRANDÓPOLIS AC LAISGUA de saúde da família número 585 de saúde com

CONV. 09/09/2020 - UTI MIRANDÓPOLIS AC LAISGUA de saúde da família número 585 de saúde com

CONV. 09/09/2020 - UTI MIRANDÓPOLIS AC LAISGUA de saúde da família número 585 de saúde com

CONV. 09/09/2020 - UTI MIRANDÓPOLIS AC LAISGUA de saúde da família número 585 de saúde com

CONV. 09/09/2020 - UTI MIRANDÓPOLIS AC LAISGUA de saúde da família número 585 de saúde com

CONV. 09/09/2020 - UTI MIRANDÓPOLIS AC LAISGUA de saúde da família número 585 de saúde com

CONV. 09/09/2020

CONV. 09/09/2020 - REGIÃO NOROCCIDENTAL

CONV. 09/09/2020 - REGIÃO NOROCCIDENTAL

CONV. 09/09/2020 - REGIÃO NOROCCIDENTAL

RESERVADO AO USUÁRIO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 20/10/2020
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

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
02/11/2020 - AUTOATENDIMENTO - 18.43.46
6790306790 SEGUNDA VIA 0005
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	09/2020
IDENTIFICADOR	45349461000889
DATA DO PAGAMENTO	16/10/2020
VALOR DO INSS	4.366,11
VALOR OUTRAS ENTIDADES	0,00
VALOR ATM/JUROS/MULTA	0,00
VALOR TOTAL	4.366,11

DOCUMENTO: 101601
AUTENTICACAO SISBB: 8.FB7.C05.FDD.ED2.24B

***** VIA EMPREGADOR *****

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
02/11/2020 - AUTOATENDIMENTO - 18.43.46
6790306790 SEGUNDA VIA 0005
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	09/2020
IDENTIFICADOR	45349461000889
DATA DO PAGAMENTO	16/10/2020
VALOR DO INSS	4.366,11
VALOR OUTRAS ENTIDADES	0,00
VALOR ATM/JUROS/MULTA	0,00
VALOR TOTAL	4.366,11

DOCUMENTO: 101601
AUTENTICACAO SISBB: 8.FB7.C05.FDD.ED2.24B

***** VIA CONTRIBUINTE *****

PREVIDENCIA SOCIAL **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		09/2020
5 - IDENTIFICADOR		45.349.461/0008-89
6 - VALOR DO INSS		4.366,11
7 -		
8 -		
2 - VENCIMENTO (Uso exclusivo INSS)	20/10/2020	9 - VALOR OUTRAS ENTIDADES
10 - ATM-MULTA E JUROS		0,00
11 - TOTAL		4.366,11

1 - NOME OU RAZÃO SOCIAL / FONE / ENDEREÇO
 CNPJ 45.349.461/0008-89
 ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
 AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303 SALA 08
 JARDIM ARIANO
 LINS SP
 CEP 16400-400

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.

AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA

PREVIDENCIA SOCIAL **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		09/2020
5 - IDENTIFICADOR		45.349.461/0008-89
6 - VALOR DO INSS		4.366,11
7 -		
8 -		
2 - VENCIMENTO (Uso exclusivo INSS)	20/10/2020	9 - VALOR OUTRAS ENTIDADES
10 - ATM-MULTA E JUROS		0,00
11 - TOTAL		4.366,11

1 - NOME OU RAZÃO SOCIAL / FONE / ENDEREÇO
 CNPJ 45.349.461/0008-89
 ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
 AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303 SALA 08
 JARDIM ARIANO
 LINS SP
 CEP 16400-400

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.

AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA

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

16/10/2020
 211

RELAÇÃO DE BASES DO INSS

Código	Nome do empregado	Base cálculo	Excedente	Ded.sal.mat.13	Deduções	Taxa	Valor	
EMPREGADOS								
2329	ALCIONE BOGAZ	1.891,33	0,00	0,00	0,00	8,17	154,53	
2478	ALESSANDRA AGUIAR SALESSE FARIAS	8.707,05	637,88	0,00	0,00	10,58	947,42	
2163	ALESSANDRA DE CASSIA MARDEGAN	3.202,22	0,00	0,00	0,00	9,59	307,24	
2122	ANA AUGUSTA FELICIANI NOGUEIRA	1.647,37	0,00	0,00	0,00	8,05	132,58	
2123	ANA PAULA AZEVEDO ZANATTA	1.871,00	0,00	0,00	0,00	8,16	152,71	
2445	ANA PAULA DOS SANTOS SILVA	1.909,25	0,00	0,00	0,00	8,18	156,15	
2336	BIANCA CAETANO COSTA	2.964,22	0,00	0,00	0,00	9,36	277,33	
2977	BRUNA BERALDO FERRANTE	2.905,68	0,00	0,00	0,00	9,30	270,30	
2125	CATIA FERNANDA FERRAZ	1.849,53	0,00	0,00	0,00	8,15	150,77	
2752	CRISTIANE PASCOALETO VENDRAME	1.627,04	0,00	0,00	0,00	8,04	130,75	
2772	DANIELA DOS SANTOS DE OLIVEIRA	1.891,35	0,00	0,00	0,00	8,17	154,54	
2126	DEBORA CRISTINA LOCHE	1.643,12	0,00	0,00	0,00	8,05	132,20	
2132	DENISE PRISCILA ANCILOTTO LISBOA DE SOUZA	1.025,02	0,00	0,00	0,00	7,50	76,87	
2134	EDILAINE MUNHOZ MAQUEA	2.561,27	0,00	0,00	0,00	8,94	228,98	
2135	EDILENE MANOEL	1.606,71	0,00	0,00	0,00	8,02	128,92	
2136	ELAINE CRISTINA DIAS BORGES	1.627,04	0,00	0,00	0,00	8,04	130,75	
2992	ELIANA CRISTINA RODRIGUES	1.647,62	0,00	0,00	0,00	8,05	132,60	
3207	GILSON FERREIRA GUEDES DOS SANTOS	1.796,28	0,00	0,00	0,00	7,61	135,90	
2137	GISLAINE MACHADO MORABITO	1.606,71	0,00	0,00	0,00	8,02	128,92	
2127	ISADORA MORAIS DE CASTRO SANTOS	1.417,82	0,00	0,00	0,00	7,89	111,92	
2130	IZABEL CRISTINA DE SOUZA	1.417,82	0,00	0,00	0,00	7,89	111,92	
2139	JOSE LOPES DE OLIVEIRA	1.871,00	0,00	0,00	0,00	8,16	152,71	
2146	KELLY CRISTINA RAMOS ROCHA	1.647,37	0,00	0,00	0,00	8,05	132,58	
2771	LAIS MARANI SILVA	3.257,41	0,00	0,00	3.257,41	9,67	314,97	
2147	LETICIA MAIARA DOS SANTOS FERRAZ	1.728,69	0,00	0,00	0,00	8,09	139,90	
2148	LUCAS CARVALHO DOS SANTOS	2.542,05	0,00	0,00	0,00	8,92	226,67	
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	1.667,70	0,00	0,00	0,00	8,06	134,41	
2154	NATALIA XAVIER NASCIMENTO OLIVEIRA	1.452,85	0,00	0,00	0,00	7,92	115,07	
2153	PATRICIA ADRIANA FERREIRA	1.869,86	0,00	0,00	0,00	8,16	152,60	
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	1.660,45	0,00	0,00	0,00	8,06	133,76	
2157	RICARDO DE CARVALHO	1.871,00	0,00	0,00	0,00	8,16	152,71	
2839	SONIA DOS SANTOS ROCHA	642,78	0,00	0,00	0,00	7,50	48,20	
33	THAIS BOARETO DA SILVA	5.976,48	0,00	0,00	0,00	11,64	695,64	
2799	VALERIA CRISTINA DE SOUZA DA CRUZ	1.627,05	0,00	0,00	0,00	8,04	130,75	
Empregados:		39	Total:	85.309,71	637,88	0,00	3.257,41	7.623,52
Contribuintes:		0	Total:	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Total:		39	Total:	85.309,71	637,88	0,00	3.257,41	7.623,52

Resumo Geral das bases de INSS

	Base cálculo	Excedente	Segurados	Contribuintes	RAT	Empresa	Deduções	Terceiros	Total
Total	85.309,71	637,88	7.623,52	0,00	0,00	0,00	3.257,41	0,00	4.366,11

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
02/11/2020 - AUTOATENDIMENTO - 18.43.46
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	85610000051 40390064029
	41453494610 00159520274
DATA DO PAGAMENTO	16/10/2020
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	5.140,39

DOCUMENTO: 101602
AUTENTICACAO SISBB: 3.0F9.6FC.EB2.1DA.524

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

Aprovado pela IN/RFB nº 736/07

1ª via

 MINISTÉRIO DA FAZENDA SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL Documento de Arrecadação de Receitas Federais DARF	02 PERÍODO DE APURAÇÃO	30/09/2020
	03 NÚMERO DO CPF OU CNPJ	45.349.461/0001-02
	04 CÓDIGO DA RECEITA	5952
	05 NÚMERO DE REFERÊNCIA	
	06 DATA DE VENCIMENTO	20/10/2020
	07 VALOR PRINCIPAL	5.140,39
01 NOME / TELEFONE ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA DARF válido para pagamento até 20/10/2020 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	5.140,39
	11 AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1ª e 2ª vias)	
	SicafWeb versão 1.7.71.6643 14/10/2020 21:45:33	

85610000051-7 40390064029-9 41453494610-1 00159520274-6



Aprovado pela IN/RFB nº 736/07

2ª via

 MINISTÉRIO DA FAZENDA SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL Documento de Arrecadação de Receitas Federais DARF	02 PERÍODO DE APURAÇÃO	30/09/2020
	03 NÚMERO DO CPF OU CNPJ	45.349.461/0001-02
	04 CÓDIGO DA RECEITA	5952
	05 NÚMERO DE REFERÊNCIA	
	06 DATA DE VENCIMENTO	20/10/2020
	07 VALOR PRINCIPAL	5.140,39
01 NOME / TELEFONE ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA DARF válido para pagamento até 20/10/2020 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	5.140,39
	11 AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1ª e 2ª vias)	
	SicafWeb versão 1.7.71.6643 14/10/2020 21:45:33	

85610000051-7 40390064029-9 41453494610-1 00159520274-6



Convênio nº 0107/2017
 Termo Aditivo nº 001/2020
 Fonte Recurso Estadual
 Secretaria do Estado da Saúde
 UGE- 040196 - 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	CREADOR	IRRF	ISS	IRRF	PCC		TOTAL IMP	TOT. LIQUIDO
25/08/2020	50765	Laboratorio São Paulo Analises Clinicas Ltda	R\$ 3.145,98	R\$ *	R\$ 47,19	R\$ 146,29		R\$ 193,48	R\$ 2.952,50
21/09/2020	335	Winter - Gestão e Consultoria Medica	R\$ 107.400,00	R\$ *	R\$ 1.611,00	R\$ 4.994,10		R\$ 6.605,10	R\$ 100.794,90
			R\$ *	R\$ *	R\$ *	R\$ *		R\$ *	R\$ *
TOTAL:			R\$ 110.545,98	R\$ -	R\$ 1.658,19	R\$ 5.140,39	R\$ -	R\$ 6.798,58	R\$ 103.747,40

Convênio nº 010.1.2017
 Termo Aditivo nº 001.2020
 Fonte Recurso Estadual
 Secretaria do Estado da Saúde
 UGE 000196 - Hospital Estadual
 Dr. Osvaldo Brazão Faria de Morandópolis
 Tipo de Despesa: Custeio

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
02/11/2020 - AUTOATENDIMENTO - 18.43.47
6790306790 SEGUNDA VIA 0003

COMPROVANTE DE PAGAMENTO

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

AG. ARRECADADOR
CNC 001 - 6790 - BILAC SP
CODIGO DE BARRAS 85680000016 58190064029
41453494610 00117080274
DATA DO PAGAMENTO 16/10/2020
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 1.658,19

DOCUMENTO: 101603
AUTENTICACAO SISBB: C.DE1.B1B.40E.20E.91F

Aprovado pela IN/RFB nº 736/07

1ª via

 MINISTÉRIO DA FAZENDA SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL Documento de Arrecadação de Receitas Federais DARF	02 PERÍODO DE APURAÇÃO	30/09/2020
	03 NÚMERO DO CPF OU CNPJ	45.349.461/0001-02
	04 CÓDIGO DA RECEITA	1708
	05 NÚMERO DE REFERÊNCIA	
	06 DATA DE VENCIMENTO	20/10/2020
	07 VALOR PRINCIPAL	1.658,19
01 NOME / TELEFONE ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA DARF válido para pagamento até 20/10/2020 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	1.658,19
	11 AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1ª e 2ª vias)	
	SicalcWeb versão 1.7.71.6643 14/10/2020 21:27:17	

85680000016-3 58190064029-2 41453494610-1 00117080274-6



Aprovado pela IN/RFB nº 736/07

2ª via

 MINISTÉRIO DA FAZENDA SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL Documento de Arrecadação de Receitas Federais DARF	02 PERÍODO DE APURAÇÃO	30/09/2020
	03 NÚMERO DO CPF OU CNPJ	45.349.461/0001-02
	04 CÓDIGO DA RECEITA	1708
	05 NÚMERO DE REFERÊNCIA	
	06 DATA DE VENCIMENTO	20/10/2020
	07 VALOR PRINCIPAL	1.658,19
01 NOME / TELEFONE ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA DARF válido para pagamento até 20/10/2020 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	1.658,19
	11 AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1ª e 2ª vias)	
	SicalcWeb versão 1.7.71.6643 14/10/2020 21:27:17	

85680000016-3 58190064029-2 41453494610-1 00117080274-6



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

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
25/08/2020	50765	Laboratorio São Paulo Analises Clínicas Ltda	R\$ 3.145,98	R\$	R\$ 47,19	R\$ 146,29		R\$ 193,48	R\$ 2.952,50
21/09/2020	335	Winter - Gestão e Consultoria Médica	R\$ 107.400,00	R\$	R\$ 1.611,00	R\$ 4.994,10		R\$ 6.605,10	R\$ 100.794,90
			R\$	R\$	R\$	R\$		R\$	R\$
TOTAL			R\$ 110.545,98	R\$ -	R\$ 1.658,19	R\$ 5.140,39	R\$ -	R\$ 6.798,58	R\$ 103.747,40

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
02/11/2020 - AUTOATENDIMENTO - 18.43.47
6790306790 SEGUNDA VIA 0004

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 85610000009 37640064029

41453494610 00105610274

DATA DO PAGAMENTO 16/10/2020

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 937,64

DOCUMENTO: 101604

AUTENTICACAO SISBB: 1.BD6.D8F.DC2.5E5.1D7

 MINISTÉRIO DA FAZENDA SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL Documento de Arrecadação de Receitas Federais DARF	02 PERÍODO DE APURAÇÃO	30/09/2020
	03 NÚMERO DO CPF OU CNPJ	45.349.461/0001-02
	04 CÓDIGO DA RECEITA	0561
	05 NÚMERO DE REFERÊNCIA	
	06 DATA DE VENCIMENTO	20/10/2020
01 NOME / TELEFONE ASSOC HOSP BENEFICENTE DO BRASIL 16 3374-8438 DARF IRRF 09 2020 UTI MIR ANDOPOLIS DARF válido para pagamento até 20/10/2020 Domicílio tributário do contribuinte LINS NÃO RECEBER COM RASURAS Auto Atendimento Versão 5.57.69.6643 - opção 1 - DLL versão 1.4	07 VALOR DO PRINCIPAL	937,64
	08 VALOR DA MULTA	0,00
	09 VALOR DOS JUROS E / OU ENCARGOS DL - 1.025/69	0,00
	10 VALOR TOTAL	937,64

85610000009-5 37640064029-2 41453494610-1 00105610274-0

11 AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1ª e 2ª vias)



cortar nesta linha

 MINISTÉRIO DA FAZENDA SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL Documento de Arrecadação de Receitas Federais DARF	02 PERÍODO DE APURAÇÃO	30/09/2020
	03 NÚMERO DO CPF OU CNPJ	45.349.461/0001-02
	04 CÓDIGO DA RECEITA	0561
	05 NÚMERO DE REFERÊNCIA	
	06 DATA DE VENCIMENTO	20/10/2020
01 NOME / TELEFONE ASSOC HOSP BENEFICENTE DO BRASIL 16 3374-8438 DARF IRRF 09 2020 UTI MIR ANDOPOLIS DARF válido para pagamento até 20/10/2020 Domicílio tributário do contribuinte LINS NÃO RECEBER COM RASURAS Auto Atendimento Versão 5.57.69.6643 - opção 1 - DLL versão 1.4	07 VALOR DO PRINCIPAL	937,64
	08 VALOR DA MULTA	0,00
	09 VALOR DOS JUROS E / OU ENCARGOS DL - 1.025/69	0,00
	10 VALOR TOTAL	937,64

85610000009-5 37640064029-2 41453494610-1 00105610274-0

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 de Estado da Saúde
 UGE 090196 - Hospital Estadual
 Dr. Oswaldo Brandli Faria de Mirandópolis
 Tipo de Despesa: Custeio

Empresa: 107 - ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA
 CNPJ: 45.349.461/0008-89
 Período: 01/09/2020 a 30/09/2020

Página: 1/1
 Emissão: 14/10/2020
 Horas: 12:32:57

RELAÇÃO DAS BASES DO IRRF

Código	Nome do empregado	Tipo	Base cálculo	Abatimentos	Dependentes	ND	Taxa	Dedução	Valor IRRF
Período: 01/09/2020 a 30/09/2020									
EMPREGADOS									
2478	ALESSANDRA AGUIAR SALESSE FARIAS	Mensal 08/20	3.202,22	307,24	379,18	2	7,50	142,80	45,89
2163	ALESSANDRA DE CASSIA MARDEGAN	Mensal 08/20	3.198,42	306,71	0,00	0	15,00	354,80	78,96
2336	BIANCA CAETANO COSTA	Mensal 08/20	2.759,26	252,73	189,59	1	7,50	142,80	30,97
2977	BRUNA BERALDO FERRANTE	Mensal 08/20	2.975,83	278,72	0,00	0	7,50	142,80	59,48
3207	GILSON FERREIRA GUEDES DOS SANTOS	Mensal 08/20	1.606,71	128,92	189,59	1	0,00	0,00	0,00
3207	GILSON FERREIRA GUEDES DOS SANTOS	Rescisão	1.124,70	85,54	0,00	0	7,50	142,80	31,75
2771	LAIS MARANI SILVA	Mensal 08/20	3.257,41	314,97	189,59	1	7,50	142,80	63,66
3021	MAURO CELSO CHIAVELLI	Mensal 08/20	3.257,41	314,97	0,00	0	15,00	354,80	86,57
2153	PATRICIA ADRIANA FERREIRA	Férias	2.467,56	217,73	0,00	0	7,50	142,80	25,94
2155	PRISCILA SANTOS LETTE DE ALMEIDA	Mensal 08/20	2.757,41	252,51	0,00	0	7,50	142,80	45,07
2155	PRISCILA SANTOS LETTE DE ALMEIDA	Férias	3.979,84	416,11	0,00	0	15,00	354,80	179,76
33	THAIS BOARETO DA SILVA	Mensal 08/20	4.620,04	505,73	0,00	0	22,50	636,13	289,59
Total:			35.206,81	3.381,88					937,64
Empregados:	12	Estagiários:	0	Contribuintes:	0	Total:	35.206,81	3.381,88	947,95
Total Geral:									
Empregados:	10	Estagiários:	0	Contribuintes:	0	Total:	35.206,81	3.381,88	947,95

Resumo Geral IRRF

Cód. de Recolhimento	Periodicidade	Valores Acum. Comp. Ant.	Valor a Recolher	Valor a Compensar	Valor a Pagar	Valor a Acumular
Todos	08/2020	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0561	Mensal 08/2020	0,00	45.136,21	0,00	45.136,21	0,00
0588	Mensal 08/2020	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Totalizador			45.136,21	0,00	45.136,21	0,00

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

02/11/2020 - BANCO DO BRASIL - 18:43:47
679006790 0007

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

=====

03399484570130000096313638301047884210000436841

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 102.601

DATA DE VENCIMENTO 27/10/2020

DATA DO PAGAMENTO 26/10/2020

VALOR DO DOCUMENTO 4.368,41

VALOR COBRADO 4.368,41

=====

NR.AUTENTICACAO 5.FD5.356.EEF.EAA.12A

=====

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 Automotiva - Galpao 28,
300 - Laranjeira - ARUJA, SP.
CEP:07430350. Fone: 11-4934-1700

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA



ENTRADA
SAIDA

CHAVE DE ACESSO

3520 0911 2060 9900 0441 5500 1000 1238 2910 0086 5663

Nº 123829
SERIE 1
POLHA 1/2

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

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO

135200867742827 29/09/2020 14:52:37

ESTADO: SP / INSC. ESTADUAL DO CONTRIBUÍVEL: 11.236.099/0004-41 / RIBUÁRIO: 70.970.117

DESTINATÁRIO: BENEFICENTE / ENDEREÇO: RUA BENEFICENTE DO BRASIL (3467) / CEP: 45.349.461-0001-02 / DATA DA EMISSÃO: 29/09/2020

ENDEREÇO: JARDIM ARIANO / CEP: 16400-400 / DATA DE RECEBIMENTO: 29 SET 2020

INSCRIÇÃO ESTADUAL: 1435325198 / NOME DO CONTRIBUÍVEL: JARDIM ARIANO

COPIA: COPIA

CALCULO DO IMPOSTO

VALOR DO IMPOSTO: 1.000,00 / VALOR DO IMPOSTO: 1.000,00 / VALOR DO IMPOSTO: 1.000,00

VALOR DO IMPOSTO: 1.000,00 / VALOR DO IMPOSTO: 1.000,00 / VALOR DO IMPOSTO: 1.000,00

VALOR DO IMPOSTO: 1.000,00 / VALOR DO IMPOSTO: 1.000,00 / VALOR DO IMPOSTO: 1.000,00

VALOR DO IMPOSTO: 1.000,00 / VALOR DO IMPOSTO: 1.000,00 / VALOR DO IMPOSTO: 1.000,00

VALOR DO IMPOSTO: 1.000,00 / VALOR DO IMPOSTO: 1.000,00 / VALOR DO IMPOSTO: 1.000,00

VALOR DO IMPOSTO: 1.000,00 / VALOR DO IMPOSTO: 1.000,00 / VALOR DO IMPOSTO: 1.000,00

VALOR DO IMPOSTO: 1.000,00 / VALOR DO IMPOSTO: 1.000,00 / VALOR DO IMPOSTO: 1.000,00

VALOR DO IMPOSTO: 1.000,00 / VALOR DO IMPOSTO: 1.000,00 / VALOR DO IMPOSTO: 1.000,00

VALOR DO IMPOSTO: 1.000,00 / VALOR DO IMPOSTO: 1.000,00 / VALOR DO IMPOSTO: 1.000,00

VALOR DO IMPOSTO: 1.000,00 / VALOR DO IMPOSTO: 1.000,00 / VALOR DO IMPOSTO: 1.000,00

VALOR DO IMPOSTO: 1.000,00 / VALOR DO IMPOSTO: 1.000,00 / VALOR DO IMPOSTO: 1.000,00

VALOR DO IMPOSTO: 1.000,00 / VALOR DO IMPOSTO: 1.000,00 / VALOR DO IMPOSTO: 1.000,00

VALOR DO IMPOSTO: 1.000,00 / VALOR DO IMPOSTO: 1.000,00 / VALOR DO IMPOSTO: 1.000,00

VALOR DO IMPOSTO: 1.000,00 / VALOR DO IMPOSTO: 1.000,00 / VALOR DO IMPOSTO: 1.000,00

VALOR DO IMPOSTO: 1.000,00 / VALOR DO IMPOSTO: 1.000,00 / VALOR DO IMPOSTO: 1.000,00

VALOR DO IMPOSTO: 1.000,00 / VALOR DO IMPOSTO: 1.000,00 / VALOR DO IMPOSTO: 1.000,00

VALOR DO IMPOSTO: 1.000,00 / VALOR DO IMPOSTO: 1.000,00 / VALOR DO IMPOSTO: 1.000,00

VALOR DO IMPOSTO: 1.000,00 / VALOR DO IMPOSTO: 1.000,00 / VALOR DO IMPOSTO: 1.000,00

VALOR DO IMPOSTO: 1.000,00 / VALOR DO IMPOSTO: 1.000,00 / VALOR DO IMPOSTO: 1.000,00

VALOR DO IMPOSTO: 1.000,00 / VALOR DO IMPOSTO: 1.000,00 / VALOR DO IMPOSTO: 1.000,00

VALOR DO IMPOSTO: 1.000,00 / VALOR DO IMPOSTO: 1.000,00 / VALOR DO IMPOSTO: 1.000,00

VALOR DO IMPOSTO: 1.000,00 / VALOR DO IMPOSTO: 1.000,00 / VALOR DO IMPOSTO: 1.000,00

VALOR DO IMPOSTO: 1.000,00 / VALOR DO IMPOSTO: 1.000,00 / VALOR DO IMPOSTO: 1.000,00

VALOR DO IMPOSTO: 1.000,00 / VALOR DO IMPOSTO: 1.000,00 / VALOR DO IMPOSTO: 1.000,00

VALOR DO IMPOSTO: 1.000,00 / VALOR DO IMPOSTO: 1.000,00 / VALOR DO IMPOSTO: 1.000,00

VALOR DO IMPOSTO: 1.000,00 / VALOR DO IMPOSTO: 1.000,00 / VALOR DO IMPOSTO: 1.000,00

VALOR DO IMPOSTO: 1.000,00 / VALOR DO IMPOSTO: 1.000,00 / VALOR DO IMPOSTO: 1.000,00

VALOR DO IMPOSTO: 1.000,00 / VALOR DO IMPOSTO: 1.000,00 / VALOR DO IMPOSTO: 1.000,00

VALOR DO IMPOSTO: 1.000,00 / VALOR DO IMPOSTO: 1.000,00 / VALOR DO IMPOSTO: 1.000,00

VALOR DO IMPOSTO: 1.000,00 / VALOR DO IMPOSTO: 1.000,00 / VALOR DO IMPOSTO: 1.000,00

VALOR DO IMPOSTO: 1.000,00 / VALOR DO IMPOSTO: 1.000,00 / VALOR DO IMPOSTO: 1.000,00

VALOR DO IMPOSTO: 1.000,00 / VALOR DO IMPOSTO: 1.000,00 / VALOR DO IMPOSTO: 1.000,00

VALOR DO IMPOSTO: 1.000,00 / VALOR DO IMPOSTO: 1.000,00 / VALOR DO IMPOSTO: 1.000,00

VALOR DO IMPOSTO: 1.000,00 / VALOR DO IMPOSTO: 1.000,00 / VALOR DO IMPOSTO: 1.000,00

MERCADORIA AVARIADAS E/OU
FALTAS SO SERAO REPOSTAS SE
FOREM RELACIONADAS NO
CONHECIMENTO DE TRANSPORTE.

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 29/09/2020
ASS. _____

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

26/10/20
24

Convenio nº 0107/2017
Término Aditivo nº 001.2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGS: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Otonário Brandão Faria de Marandipolis
Tipo de Despesa: Custeio

02/11/2020 - BANCO DO BRASIL - 18:43:47
679006790 0003

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

=====

03399484570130000096313637501043984210000406598

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 102.602

DATA DE VENCIMENTO 27/10/2020

DATA DO PAGAMENTO 26/10/2020

VALOR DO DOCUMENTO 4.065,98

VALOR COBRADO 4.065,98

NR.AUTENTICACAO B.CE4.E2E.633.CAF.383

=====

Central de Atendimento BR

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 Marantópolis
Tipo de Despesa: Custeio

AHBB - UTMIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 22/11/2023
ASS. _____

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado do Trabalho
UGF- 08073E - Hospital Estadual
Dr. Osvaldo Brant e Faria de Maracópoles
Tipo de Despesa - Custeio

OK

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

Avenida Tower Automotive - Galpao 28.
300 - Laranja Azeda - ARUJA, SP.
CEP:07430350, Fone:11-4934-1700

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA



0 ENTRADA
1 SAÍDA

1

CHAVE DE ACESSO

3520 0911 2060 9900 0441 5500 1000 1238 2810 0042 1920

Nº 123828
SÉRIE 1
FOLHA 2/2

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

PROTOCOLO DE AUTENTICAÇÃO DE NF-E

135200867742826 29 09 2020 14:52:37

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO

11 206 099-0004 41

005 PRODUTOS SERVIÇOS

QUANT	UNID	V.UNIT	V.TOTAL	BC ICMS	V ICMS	V IPI	AL ICMS	AL IPI
5		18.0000	90.00	90.00	18.70		18.00	
2		24.0000	48.00	48.00	18.00		18.00	
30		8.0000	810.00	810.00	145.80		18.00	
1		14.8300	14.83	14.83	18.00		18.00	
3		111.1000	340.30	340.30	40.93		12.00	
4		141.9800	541.90	541.90	43.00		18.00	

Convenção nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 0011/2020
Fonte Recurso Estadual

Secretaria do Estado da Saúde
Rua: 098106 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Menezes
Lugar de Despesa: Custeio

02/11/2020 - BANCO DO BRASIL - 18:43:47
679006790 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

03399484570130000096313642101045484210000092303

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 102.603

DATA DE VENCIMENTO 27/10/2020

DATA DO PAGAMENTO 26/10/2020

VALOR DO DOCUMENTO 923,03

VALOR COBRADO 923,03

=====

NR.AUTENTICACAO 1.2D9.0D8.EC8.F7A.FE0

=====

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
UGIE 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandli Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custo



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

Rua Projeteado, s/n, Itaim - CAMBUÍ, MG.
CEP 37600000, Fone 11-4934-1700

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA



0 ENTRADA
1 SAÍDA

1

Nº 472253
SERIE 1
FOLHA 1/1

CHAVE DE ACESSO

3120 0911 2060 9900 0107 5500 1000 4722 5310 0082 4128

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 a não contribuinte

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

131203839898665 29/09/2020 15:23:29

INSCRIÇÃO ESTADUAL
031 771 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

29/09/2020

ENDEREÇO

A/ JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03

BARRIO/DISTRITO

JARDIM ARIANO

CEP

16400-400

DATA ENTRADA/SAÍDA

0 SET 2020

UF

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

1435325198

UF

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

1435325198

DATA ENTRADA/SAÍDA

0 SET 2020

FECHA DE EMISSÃO

01/09/2020 923.03

CÁLCULO DO IMPOSTO

VALOR DO CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
923.03	41.93	0.00	0.00	923.03
VALOR DO FOLTE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI
0.00	0.00		0.00	0.00
VALOR TOTAL DA NOTA	923.03			

TRANSPORTADOR - VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME RAZÃO SOCIAL ATIVA DISTRIBUICAO E LOGISTICA LTDA			FRETE POR CONTA 0 DO EMITENTE	COODIG ANT	PLACA DO VEICULO	UF	CNPJ/CPF 01125797000540
ENDEREÇO AVENIDA PREFEITO OLAVO GOMES DE OLIVEIRA, 6730			MUNICÍPIO POUSO ALEGRE			UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL 5250920840306
QUANTIDADE	ESPECIE	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO		PESO LÍQUIDO	
2	CAIXA			20.44		2.4	

DADOS DOS PRODUTOS - SERVIÇOS

CODIGO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UNID	QDANT	V UNID	V TOTAL	BC IPI	V IPI	BC IPI	V IPI
21897	AG. OESC. 13 X 4,5 C/100-SR LT 314284 (2)07/25 (Fornecedor: 7777, Lote: 314284, Qtd: 2, Data Fab: 01/07/2020, Data Val: 31/07/2023)	90183219	400	6108	CX	2	6.2500	12.50	12.50	1.50		12.00
21898	LUVA 9/PROCE N. EST. VINIL P C/20-DESCARPA LT 314284 (2)06/24 (Fornecedor: 4, Lote: 314284, Qtd: 1, Data Fab: 07/08/2019, Data Val: 30/04/2024)	39262000	200	6108	CX	1	860.4200	860.42	860.42	34.42		4.00
16433	RE. TOTA. BIVISUAL FLOR. A/PCL. 8004-LON-KEDS LT 55193 (2)06/24 (Fornecedor: 9657, Lote: 55193, Qtd: 20, Data Fab: 01/06/2020, Data Val: 30/06/2024)	90189010	000	6108	PC	20	1.1100	22.20	22.20	2.66		12.00
23054	RE. TOTA. BIVISUAL FLOR. A/PCL. 8004-LON-KEDS LT 55193 (2)06/24 (Fornecedor: 9657, Lote: 55193, Qtd: 20, Data Fab: 01/06/2020, Data Val: 30/06/2024)	58030010	000	6108	PCT	4	6.9775	27.91	27.91	3.35		12.00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
1º) MIRANDÓPOLIS - CONVENIO 0107/2017 e R 43 & 5
2º) Aliquota para produtos importados (Resolução 13/2012 do Senado Federal).
3º) Aliquota constitucional 6% de IPI;
4º) Valor da partilha para UF de Destino: R\$ 123.45
5º) Valor: 440.12
6º) Entrega: AV DR. NAUL DA CUNHA BUENO, 585 - MIRANDÓPOLIS - 16400-000.
7º) MIRANDÓPOLIS-SP - Horário: COMERCIAL
8º) Empresa Registrada como D.O.U. Hospitalar nos termos do Inc. XVII do art. 222 do
9º) Nota de Confiança: 1114934-1669 / 4934-1673 / 4934-1672
10º) Em caso de irregularidade na entrega, entre imediatamente em contato com a
11º) Número: 11, 4934-1703
12º) Taxa de Subst.: 0,05

RESERVAÇÃO AO FISCAL

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO
ASS.

Merchandises avariadas, ou faltas
só serão repostas se forem relacionadas
ao conhecimento do transportes.

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

02/11/2020 - BANCO DO BRASIL 18:43:47
679006790 0003

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

ITAU UNIBANCO S.A.

34191124325115384293880127350009284220000191760

BENEFICIARIO:

CRISTALIA PROD QUIMICOS F LT

NOME FANTASIA:

CRISTALIA PROD QUIMICOS F LT

CNPJ: 44.734.671/0001-51

BENEFICIARIO FINAL:

CRISTALIA PRODS QUIM FARMACEUT

CNPJ: 44.734.671/0004-02

PAGADOR:

ASSOC HOSPIT BENEFICENTE DO BR

CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO 102.604

DATA DE VENCIMENTO 28/10/2020

DATA DO PAGAMENTO 26/10/2020

VALOR DO DOCUMENTO 1.917,60

VALOR COBRADO 1.917,60

NR.AUTENTICACAO 4.BCC.A57.BE6.201.792

Central de Atendimento BR

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.

CRISTÁLIA
FARMACIA PROD. QUIM. FARMACUT. TROSLITA

DANFE
DOCUMENTO AQUISIÇÃO DA
NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA
Nº 2753440 FL 1 - 1
SÉRIE 10



CHAVE DE ACESSO
3520 0944 7346 7100 0151 5501 0002 7534 4017 6293 5345
Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e
www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora

NATUREZA DA OPERAÇÃO
5.101 - VENDA DE PRODUTO
INSCRIÇÃO ESTADUAL
135200874599453
INSCRIÇÃO SUBS. TRIBUTÁRIO
135200874599453
UNPJ
135200874599453

ASSOC. CRISPIT BENEF. UNTE DO BRASIL (23292-0000001N-01)
45 349-461 0001-02
30/09/2020
AV. JOSÉ ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03
JARDIM ARIANO
CEP 16100-100
01/10/2020
LINS
135200874599453
CEP 135200874599453
INSCRIÇÃO ESTADUAL
135200874599453

FATURA DUPLIC	VENCIMENTO	VALOR	FATURA DUPLIC	VENCIMENTO	VALOR	FATURA DUPLIC	VENCIMENTO	VALOR
2753440-01	28/10/2020	1.917,60						

CÁLCULO DO IMPOSTO							
BASE DE CÁLCULO DO ICMS		VALOR DO ICMS		BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUTO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS	
1.917,60		345,16		0,00	0,00	1.917,60	
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	1.917,60		

MODALIDADE DE TRANSPORTE
0000 - RAZÃO SOCIAL
QUALITY TRANSPORTES E ENTREGAS RAPIDAS LTDA
FRETE POR CONTA
0 - Emitente
PLACA DO VEÍCULO
06 321 409 0007-81
CNPJ
06 321 409 0007-81

ENDEREÇO
ENTRADA AB NÍCPAI JOSÉ SEDANO 854
MUNICÍPIO
CAMPINAS
CEP
795549474111
QUANTIDADE
2
UNIDADE
CAMPINAS
MARCA
NÚMERO
PESO BRUTO
2,110
PESO LÍQUIDO
1,917

QUANT	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	ICMS	ICMS ST	ICMS IPI	ICMS IPI
1551	HEPARSON 20mg/0,2ml Sol Inj - 10 ser pre ench x 0,2ml - SIS - Lix POS - Trib aprox R\$ 113,16 Federal e 59,40 Estadual Fonte 1 IBPF empresa metro ca 020153 Lote A11297A1 - Qtd 3.0000	155,000	155,000	0,00	0,00	0,00
1551	HEPARSON 20mg/0,2ml Sol Inj - 10 ser pre ench x 0,2ml - SIS - Lix POS - Trib aprox R\$ 113,16 Federal e 59,40 Estadual Fonte 1 IBPF empresa metro ca 020153 Lote A11297A1 - Qtd 3.0000	155,000	155,000	0,00	0,00	0,00
1551	HEPARSON 20mg/0,2ml Sol Inj - 10 ser pre ench x 0,2ml - SIS - Lix POS - Trib aprox R\$ 113,16 Federal e 59,40 Estadual Fonte 1 IBPF empresa metro ca 020153 Lote A11297A1 - Qtd 3.0000	155,000	155,000	0,00	0,00	0,00
1551	HEPARSON 20mg/0,2ml Sol Inj - 10 ser pre ench x 0,2ml - SIS - Lix POS - Trib aprox R\$ 113,16 Federal e 59,40 Estadual Fonte 1 IBPF empresa metro ca 020153 Lote A11297A1 - Qtd 3.0000	155,000	155,000	0,00	0,00	0,00

VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS
0,00
BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST
0,00
VALOR DO ICMS ST
0,00

ADICIONAIS
TOTAL DE ENTREGA
RESERVA DE PREVIDÊNCIA

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
RECEBIDO
ASS
AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS

Convênio nº 0107/2017
Formo Aditivo nº 001/2020
Fundação Hospital Estabelecido
Serviço de Urgência e Emergência
USE 0107/2017 - Hospital Estabelecido
Dr. Oswaldo Brandão Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custo

02/11/2020 - BANCO DO BRASIL - 18:43:47
679006790 0004

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO DO BRASIL

=====

00190616052816253359100002034312584230000007500

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 102.605

NOSSO NUMERO 6160281625

CONVENIO 00000000

DATA DE VENCIMENTO 29/10/2020

DATA DO PAGAMENTO 26/10/2020

VALOR DO DOCUMENTO 75,00

VALOR COBRADO 75,00

=====

NR.AUTENTICACAO 9.97E.D00.A07.14E.066

=====

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

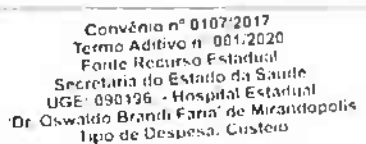
atendimento.

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala

0800 729 0088

Informacoes, reclamacoes, cancelamento de cartao,

outros produtos e servicos de Ouvidoria.



02/11/2020 BANCO DO BRASIL 18:43:47
679006790 0004

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

ITAU UNIBANCO S.A.

34191090080000308014052918290009184240000029880

BENEFICIARIO:

CENTER MAQ COMERCIO DE MAQUINA

NOME FANTASIA:

CENTER MAQ COMERCIO DE MAQUINA

CNPJ: 62.771.316/0001-34

BENEFICIARIO FINAL:

CENTER MAQ COMERCIO DE MAQUINA

CNPJ: 62.771.316/0001-34

PAGADOR:

ASSOC HOSPITALAR BENEF DO BR

CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO 102.606

DATA DE VENCIMENTO 30/10/2020

DATA DO PAGAMENTO 26/10/2020

VALOR DO DOCUMENTO 298,80

VALOR COBRADO 298,80

NR.AUTENTICACAO F.7AA.898.034.ASD.DFF

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.

	NOTA DE LOCAÇÃO FATURA Nº 000021300 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 000021300 Data Emissão 16/10/2020
--	---	---	---

Nº Fatura 000021300	Valor R\$ 298,80	Vencimento 30/10/2020
------------------------	---------------------	--------------------------

Pagador ASSOC. HOSPITALAR BENEF. DO BRASIL

Endereço AV JOSE A RODRIGUES 303

Município/UF LINS	CEP 16400-400	CNPJ 45.349.461/0001-02	Insc. Estadual ISENTO	Insc. Municipal
----------------------	------------------	----------------------------	--------------------------	-----------------

Endereço de cobrança e praça de pagamento

Valor por extenso DUZENTOS E NOVENTA E OITO REAIS E OITENTA CENTAVOS

Discriminação	Qtde.	Vr. Unit.	Desconto	Total R\$
LOCAÇÃO DE EQPTO REPROGRAFICO (MRL) PARCELA DE LOCAÇÃO DA MAQUINA COPIADORA PERIODO 16/09/202 0 A 16/10/2020, CONTRATO N.01178/2017-6414 EXCEDENTE DE 1980 COPIAS A R\$ 0,060 = R\$ 118,80	1	298,80		298,80
Valor total da nota R\$			0,00	298,80

Dispensada de emissão de nota fiscal conforme LC nº 116/2003(locação de equipamentos). Atividade não sujeita a retenção de CSLL, COFINS e PIS prevista no artigo 30 da lei 10833/04. Não sujeita a retenção do IR na fonte conforme artigo 647 do RIR 99.

 Banco Itaú S.A.	341-7	34191.09008 00003.080140 52918.290009 1 84240000029880
--	--------------	--

Local de Pagamento ATE O VENCIMENTO, PAGUE PREFERENCIALMENTE NO ITAÚ.	Vencimento 30/10/2020
--	---------------------------------

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 0145/29182-9
--	---

Data do Documento 16/10/2020	Número do Documento 000021300/1	Espécie Doc. DM	Aceite N	Data do Processamento 16/10/2020	Nosso Número 109/00000030-8
---------------------------------	------------------------------------	--------------------	-------------	-------------------------------------	--------------------------------

Uso do Banco	Carteira 109	Moeda R\$	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento 298,80
--------------	-----------------	--------------	------------	-------	---

Instruções (Texto de Responsabilidade do Beneficiário) Após vencimento cobrar multa de R\$ 5,98. Após vencimento cobrar juros de R\$ 0,40 ao dia. Protestar após 5 dias.	(-) 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 109/00000030-8
--	---

Pagador/Assinatura



Autenticação Mecânica - Ficha de Compensação

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

02/11/2020 BANCO DO BRASIL 18:43:47
679006790 0003

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

BANCO DO BRASIL

00190000090171153600100844899179784240000384600

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 102.607
NOSSO NUMERO 17115360000844899
CONVENIO 01711536
DATA DE VENCIMENTO 30/10/2020
DATA DO PAGAMENTO 26/10/2020
VALOR DO DOCUMENTO 3.846,00
VALOR COBRADO 3.846,00

NR.AUTENTICACAO 7.0A1.A90.9B8.24E.73C

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 emissor

Rioclarensense

COMERCIO CIRCULACAO RIOCLARENSE LTDA

DANTE
DOCUMENTO AUTENTICA DA
NOTA FISCAL ELETRONICA0 ENTRADA
1 SAIDANº 1346011 E 1 1
SÉRIE 1

CHAVE DE ACESSO

3520 0967 7291 7800 0491 5500 1001 3460 1113 2016 0377

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

135200815162143 15/09/2020 16:38:16

RECEITA DA OPERAÇÃO

VENDA DENTRO ESTADO

CNPJ DO EMISOR

095060142110

INSCRIÇÃO ESTADUAL

CNPJ

67.729.178.0004-91

NOME RAZÃO SOCIAL

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ

AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303

SANTOS

LINS

BARRIO DISTRITO

JARDIM ARIANO

FONE FAX

1836591243

UF

SP

CNPJ/CEP

45.349.461.0001-02

DATA DA EMISSÃO

15/09/2020

DATA DA ENTRADA SAÍDA

15/09/2020

HORA DE SAÍDA

TABELA DE PREÇOS

QUANTIDADE	VALOR UNITARIO	VALOR	QUANTIDADE	VALOR UNITARIO	VALOR	QUANTIDADE	VALOR UNITARIO	VALOR
100111	30,10	3.010,10						

VALOR DO IMPOSTO

BASE DE CALCULO DO ICMS

3.846,00

VALOR DO ICMS

692,28

BASE DE CALCULO DO IPI

0,00

VALOR DO IPI

0,00

VALOR TOTAL DOS PRODUTOS

3.846,00

VALOR DO ICMS

0,00

VALOR DO IPI

0,00

VALOR DO DESCONTO

0,00

OUTRAS DESPESAS

0,00

VALOR DO IPI

0,00

VALOR TOTAL DA NOTA

3.846,00

INFORMAÇÕES DO VEICULO

NOME RAZÃO SOCIAL

NIKKI Y RIO PRETO LOG. E TRANSP.

CNPJ

R MARIA CIRON VOLPE 2260

SANTOS

LINS

8,00

VOLUME(S)

MARCA

SAO JOSÉ DO RIO PRETO

NÚMERO

0,02354

PLACA DO VEICULO

CNPJ

15.066.184.0001-60

UF

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

647598751114

PESO LÍQUIDO

40,950

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
000000	AVENTAL CIRCULACAO (VENKUR) L T22601 Q 100,00	62101000	600	5102	PC	300,00	12,82	3.846,00	3.846,00	692,28	0,00	18,00	0,00
	0001 30.05.20 V 30.05.2023												

CÁLCULO DO ISSQN

RUA ALMEIDA NEPOMUCENO

VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS

550516029

BASE DE CÁLCULO DO ISSQN

0,00

VALOR DO ISSQN

0,00

0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

NOTA DE ENTREGA 463745-0001 AV DR RAUL DA CUNHA BUENO 888 Bairro Distrito CENTRO Município MIRANDÓPOLIS CEP 13520-000 SP Págs BRASIL PREZADO CLIENTE FAVOR COMETER NO ATO DA ENTREGA

EMISSÃO RECLAMAÇÕES APÓS 48hs DO RECEBIMENTO PEDIDO 5965 DATA ENTREGA 15/09/2020

O pagamento deverá ser realizado através do boleto anexo a

emissão em cartão através da emissão boleto ou através do telefone (19) 3522-0000 - Setor de

Atendimento - Alameda 22475-2-00 ASS 1901 - Validade 25/09/2021 MODAL RODoviário (IPI)

PRENSA FOMAL DE ENTREGA Endereço AV DR RAUL DA CUNHA BUENO 888 Bairro Distrito CENTRO

MIRANDÓPOLIS CEP 13520-000 SP Págs BRASIL Código Intere Beneficiário 4755 Nome Fantasia ASSOCIAÇÃO

BENEFICENTE DO BRASIL LOCAL DE ENTREGA AV DR RAUL DA CUNHA BUENO 888

Bairro Distrito CENTRO Município MIRANDÓPOLIS CEP 13520-000 SP Págs BRASIL

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS

RECEBIDO

ASS.

Convênio nº 0107/2017
Término Adicional nº 001/2020
Unidade Recurso Estímulo
Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo
1025 - 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandão Fatur de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

02/11/2020 - BANCO DO BRASIL 18:43:47
679006790 0002

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

BANCO BRADESCO S.A.

23790601029027600000816000107702784240000068000

BENEFICIARIO:

BIOMEDICAL

NOME FANTASIA:

BIOMEDICAL

CNPJ: 51.943.645/0001-07

BENEFICIARIO FINAL:

BIOMEDICAL

CNPJ: 51.943.645/0001-07

PAGADOR:

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEF DO BRAS

CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO 102.608
DATA DE VENCIMENTO 30/10/2020
DATA DO PAGAMENTO 26/10/2020
VALOR DO DOCUMENTO 680,00
VALOR COBRADO 680,00

NR.AUTENTICACAO 5.149.2EE.2B1.A96.A8F

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.

02/11/2020 - BANCO DO BRASIL - 18:43:47
679006790 0008

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

BANCO DO BRASIL

00190616051458033359000002034312184220000121327

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 102.609
NOSSO NUMERO 6160145803
CONVENIO 00000000
DATA DE VENCIMENTO 28/10/2020
DATA DO PAGAMENTO 26/10/2020
VALOR DO DOCUMENTO 1.213,27
VALOR COBRADO 1.213,27

NR.AUTENTICACAO C.67D.74C.457.B59.1DB

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 SUMARE
- SUMARE, SP, CEP:13178561,
Fone:13-3228-8700

DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA

Nº 101247
SERIE 1
FOLHA 1/1



CHAVE DE ACESSO

3520 0904 0278 9400 0750 5500 1000 1012 4710 0083 1810

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

NATUREZA DA OPERACAO
VENDA MERCADO REC TERCEIROS

PROTOCOLO AUTORIZACAO DE USO
135200864192179 28/09/2020 20:33:01

INSCRIÇÃO ESTADUAL
671 392 880 115

INSC ESTADUAL DO SUJTO TRIBUTARIO

CNPJ
04.027.594/0007-50

DESTINATARIO/REMETENTE

NOME RAZAO SOCIAL
ASSOC HOSPITALAR BENEF DO BRASIL (8149)

CNPJ/CPF
45.349.461/0001-02

DATA DA EMISSAO

28/09/2020

ENDEREÇO
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303

DISTRITO
JARDIM ARIANO

CEP
16400-400

DATA ENTRADA SAIDA
28/09/2020

MUNICÍPIO
LINS

UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAIDA
20 28

FATURA/DUPLICATA

001	28/10/2020	1213,27	002	27/11/2020	1213,26
-----	------------	---------	-----	------------	---------

CALCULO DO IMPOSTO

BASE DE CALCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CALCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUICAO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
2.126,53	329,05	0,00	0,00	426,58
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESKOUTO	OUTRAS DESPESAS ACESSORIAS	VALOR TOTAL DO IP
0,00	0,00		0,00	0,00

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME RAZAO SOCIAL O EMITENTE (43)	FRETE POR CONTA DO EMITENTE	CODIGO ANTI	PLACA DO VEICULO	UF	CNPJ/CPF
ENDEREÇO RUA SAO PAULO 31	MUNICÍPIO SANTOS	UF SP	INSCRIÇÃO ESTADUAL ISENTO		
QUANTIDADE	ESPECIE	MARCA	NUMERO	PESO BRUTO	PESO LIQUIDO
3	CAIXAS			8,00	8,00

DADOS DOS PRODUTOS/SERVIÇOS

CODIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇOS	NCM/CH	CST	CFOP	UNID	QUANT	VUNIT	V TOTAL	BC ICMS	V ICMS	V IP	AL ICMS	AL IP
36285	SERINGA GACOMETRIA A-LINE - UML LL - BD 365060BD 365060 (Lote: 005-0941, Qtde: 100, Dt Val: 28/02/2022, Data Fab: 01/02/2020)	90183119	200	5102	CX	100	2.1000	210,00	210,00	25,20		12,00	
26594	INSUMOR R 100UI C/IFA X 10ML (1) - ASPEN GEL GELADEIRA (Lote: BF2000004-4, Qtde: 4, Dt Val: 31/01/2022, Data Fab: 01/02/2020)	30043100	300	5102	AMP	4	19.3000	77,20	77,20	13,90		18,00	
33722	VANCOMICINA 500MG 25/10ML GEN - ABL (Lote: 108593C, Qtde: 4, Dt Val: 30/11/2021, Data Fab: 01/11/2019)	30042071	300	5102	CX	4	122.6700	490,68	490,68	58,68		12,00	
20445	SILVER-TABOB.4.50 C/25 GEN - NOVAFARMA (Lote: 78PE1982, Qtde: 2, Dt Val: 31/05/2022, Data Fab: 01/05/2020)	30041019	000	5102	CX	2	547.3000	1094,60	1094,60	131,35		12,00	
2314	NITROP 50MG 5/2ML - HYPOFARMA (Lote: 20060932, Qtde: 1, Dt Val: 30/06/2023, Data Fab: 01/06/2020)	30039099	000	5102	CX	1	61.1000	61,10	61,10	11,00		18,00	
11/05	AMPLOSPEC IV 10 C/507/A-BIOQUIMICO (Lote: 008976, Qtde: 1, Dt Val: 30/04/2023, Data Fab: 01/05/2020)	30042059	000	5102	CX	1	492.9500	492,95	492,95	88,72		18,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

PARA AMPLIAR DE MERCADORIAS COM MAXIMO DE 48 HORAS APÓS A ENTREGA FAVOE REALIZAR A
RECEBIMTO DO MEDICO NO ATO
FARMACIA DA CUNHA BUENO 595 JD SANTA ROSA MIRANDOPOLIS SP/UTI MIRANDOPOLIS
FORM 1 - 4 AGO 11 - CF LEI GERICOSSEF 18005/2015
FORM 1 - 11/01/2011 - Art. 5º inciso XV da Jlinea "D" do RICMS SP
FORM 1 - 11/01/2011 - PIS/COPINS DECRETO 6426/08 ANEXO III:
TENS 1 - 6 ALUGUOTA ZERO PIS/COPINS,CF,ART.2 DA LEI 10.147/00
VALOR APROX. TRIBUTOS, R\$ 329,05, Federal, R\$ 0,00, Estadual, R\$ 329,05
Tributos (11/05)
Representante: REGIÃO SUKE (VITOP)

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS

RECEBIDO 29/10/2020

ASS. J. de S. de S.

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

02/11/2020 - BANCO DO BRASIL - 18:43:47
679006790 0004

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO DO BRASIL

00190615899178183359400002034312184240000070000

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 102.610

NOSSO NUMERO 6158917818

CONVENIO 00000000

DATA DE VENCIMENTO 30/10/2020

DATA DO PAGAMENTO 26/10/2020

VALOR DO DOCUMENTO 700,00

VALOR COBRADO 700,00

=====

NR.AUTENTICACAO 4.9BC.270.643.794.5EF

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.



du atri

HOSPITALAR COM
IMP EX L'DA

AV JOSE SEVERINO 3530

CATALAO GO

CEP 75.709-415

TELEFONES

ESTOQUE CATALAO (64) 3442 8081

APM SANTOS (13) 3228 8700

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAÍDA

Nº 1123752
SERIE 1
FOLHA 1/1



CHAVE DE ACESSO

5220 0904 0278 9400 0326 5500 1001 1237 5210 0106 2350

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

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USE

152203420127630 15/09/2020 20:52:12

VALOR DA CONTRIBUIÇÃO
VENDA CONTRIB

DESTINATÁRIO/REMETENTE

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEF DO BRASIL (8149)

AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303

CNPJ

45.349.461/0001-02

DATA EMISSÃO

15/09/2020

MUNICÍPIO

JARDIM ARIANO

CEP

15400-100

DATA ENTRADA

15/09/2020

INS

INSCRIÇÃO

1435325198

UF

GO

INSCRIÇÃO ESTADUAL

04.07/894.0003-26

DATA RECEBIMENTO

15/09/2020

FATURA - DUPLICATA

VALOR TOTAL 700,00

ALÍQUOTA DO IMPOSTO

ALÍQUOTA DO IMPOSTO	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DO IMPOSTO
0,00	28,00	0,00	0,00	28,00

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS	FRETE POR CONTA DE QUEM	CODIGO ANTT	PLACA DO VEICULO	UF
VEICULO PROPRIO (90)	DO EMITENTE			GO
AVENIDA JOSE SEVERINO 3530	MUNICÍPIO CATALAO			GO
CAIXAS	SWAFRO			GO

DADOS DOS PRODUTOS/SERVIÇOS

PRODUTO/SERVIÇO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NOME	CST	CFOP	UNID	QUAN	VALOR UNIT	VALOR TOTAL	ICMS	ST
75926	HEPARAX-S 5000UI 257/A 5ML - BLAU Ilote: 20080396, Ode: 1, Dt Val: 31/08/2022 .Data Fab: 01/08/2020	30049099	300	6108	CX	1	700,0000	700,00	28,00	28

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

1- O CONTRATANTE É MERCADORIAL COM MAXIMO DE 480 DIAS ANOS A ANTIGUIDADE FAVOR REALIZAR A
2- O CONTRATANTE É MANTENEDOR DO ATOS
3- O CONTRATANTE É MANTENEDOR DO ATOS
4- O CONTRATANTE É MANTENEDOR DO ATOS
5- O CONTRATANTE É MANTENEDOR DO ATOS
6- O CONTRATANTE É MANTENEDOR DO ATOS
7- O CONTRATANTE É MANTENEDOR DO ATOS
8- O CONTRATANTE É MANTENEDOR DO ATOS
9- O CONTRATANTE É MANTENEDOR DO ATOS
10- O CONTRATANTE É MANTENEDOR DO ATOS

Valor da mercadoria para MP de Despesa: R\$ 58,00

Valor da taxa de emissão: R\$ 24,00, Federal: R\$ 0,00, Estadual: R\$ 24,00

Valor da taxa de emissão

Valor da taxa de emissão: R\$ 24,00, Federal: R\$ 0,00, Estadual: R\$ 24,00

Valor da taxa de emissão: R\$ 24,00, Federal: R\$ 0,00, Estadual: R\$ 24,00

Valor da taxa de emissão: R\$ 24,00, Federal: R\$ 0,00, Estadual: R\$ 24,00

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 15/09/2020
ASS. [Assinatura]

Convênio nº 8163/2017
Título Aditivo nº 08/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria da Saúde do Estado
HBB - Hospital Beneficente de Mirandópolis
Dr. Oswaldo Brande Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

02/11/2020 - BANCO DO BRASIL - 18:43:47
679006790 0003

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

03399484570130000096319715301040284220000240750

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 102.611
DATA DE VENCIMENTO 28/10/2020
DATA DO PAGAMENTO 26/10/2020
VALOR DO DOCUMENTO 2.407,50
VALOR COBRADO 2.407,50

NR.AUTENTICACAO F.DA8.3D3.E24.F47.D79

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
UGF: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Osvaldo Brandi Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

RECEBEMOS DE SUPERMED COM. E IMP. DE PROD. MED. E HOSPIT. LTDA. OS PRODUTOS OU SERVIÇOS DA NOTA FISCAL Nº 119556, SÉRIE 1.



Nº 119556
SÉRIE 1

IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

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

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

DANFE
DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA

ENTRADA 1
SAÍDA 1

Nº 119556
SÉRIE 1
FOLHA 1/3



CHAVE DE ACESSO

3520 0911 2060 9900 0441 5500 1000 1195 5610 0000 0535

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

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO

135200819930770 16.09.2020 16:06:01

Endereço: Av. Vinte e Nove de Março, 200 - Jd. Mirandópolis - São Paulo - SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO

CNPJ
11.206.099/0004-41

Beneficiário: BENEFICIÁRIO DO BRASIL (3467)

CNPJ/CPF
45.349.461.0001-02

DATA DE EMISSÃO
16.09.2020

Beneficiário: ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03

BANCO DESTINO
JARDIM ARIANO

16400-400

DATA DE ENTRADA EM USO
16 SET 2020

INSCRIÇÃO ESTADUAL
1435325198

INSCRIÇÃO ESTADUAL

PENSA DA SADA

QUANTIDADE

VALOR UNITÁRIO

2.407,50

002

28.10.2020

2.407,50

VALOR TOTAL

VALOR TOTAL

VALOR TOTAL

VALOR TOTAL

VALOR TOTAL

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

INSCRIÇÃO ESTADUAL

INSCRIÇÃO ESTADUAL

INSCRIÇÃO ESTADUAL

INSCRIÇÃO ESTADUAL

INSCRIÇÃO ESTADUAL

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

INSCRIÇÃO ESTADUAL

INSCRIÇÃO ESTADUAL

INSCRIÇÃO ESTADUAL

INSCRIÇÃO ESTADUAL

INSCRIÇÃO ESTADUAL

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS E LOGÍSTICA LTDA

PRODUTOS

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

ENTRADA
SAIDA

Nº 119556
SERIE 1
FOLHA 2/3



CHAVE DE ACESSO

3520 0911 2060 9900 0441 5500 1000 1195 5610 0000 0535

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

0907-1000 < 2610/AC-A> [C] U.S.

135200819930770 16 09 2020 16:06:01

C:NPJ

11 206 C95:0004 41

PRODUCTS SERVICES

[illegible]

Convenio nº 011/2012
Torneio Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Extraordinário
Secretaria do Estado da Saúde
RUA 04/0108 - BOMFIM ESTADUAL
Dr. Oswaldo Girard Farias de Macedo
Tipo de Despesa - Custeio

02/11/2020 - BANCO DO BRASIL - 18:43:47
679006790 0002

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

03399484570130000096319714501046184220000179723

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 102.612

DATA DE VENCIMENTO 28/10/2020

DATA DO PAGAMENTO 26/10/2020

VALOR DO DOCUMENTO 1.797,23

VALOR COBRADO 1.797,23
=====

NR.AUTENTICACAO D.830.211.323.E9A.C0A
=====

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 Marília/SP
Tipo de Despesa: Custeio

Avenida Tower Automotivo - Galpao 26.
300 Laranjeira Azeda - ARUJA, SP.
CEP: 07130350. Fone: 11-4934.1700

DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA

1 ENTRADA
1 SAIDA

Nº 119527
SERIE 1
FOLHA 2/2

CHARLIE ACLESSO

3520 0911 2060 9900 0441 5500 1000 1195 2710 0097 4341

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

135200819494881 16 09 2020 14:55:42

John, Anne & Eric

DISC ESTADUA: (K) GURST TRIBUTARY

CNP:

111 206 099.0004 4:

SECTOR SERVICES

[illegible]

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

02/11/2020 - BANCO DO BRASIL - 18:43:47
679006790 0004

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

=====

03399484570130000096319716101043584220000094746

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 102.613

DATA DE VENCIMENTO 28/10/2020

DATA DO PAGAMENTO 26/10/2020

VALOR DO DOCUMENTO 947,46

VALOR COBRADO 947,46

=====

NR.AUTENTICACAO 8.5A7.7EC.A2F.CF9.13F

=====

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.



G3361514000161121
15/11/2020 16:26:47

Aviso de lanÇamento

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

Data 27/10/2020 Valor R\$ 3.556,20 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 178, lanÇado a d bito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

(Três mil e quinhentos e cinq enta e seis reais e vinte centavos)

* Este aviso de lanÇamento não   v lido 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 15/11/2020 16:26:47

AVISO E RECIBO DE FÉRIAS

AVISO PRÉVIO DE FÉRIAS

NOTIFICAÇÃO

Nome do Interessado	Número Carteira Profissional	Série
LAIS MARANI SILVA	31047	00315

PERÍODOS

De	Até	De	Até
03/05/2019	A 02/05/2020	28/10/2019	A 24/11/2019 - 30 Dias

BASE PARA CÁLCULO		PROVENTOS E DESCONTOS	
Faltas não justificadas	00	Férias	3.132,41 P
Salário Base	2.448,41	1/3 das Férias	1.044,14 P
Média Mensal	0,00	Abono de Férias	0,00
Média Mensal	375,00	1/3 do Abono de Férias	0,00
Outras Vantagens	208,00	Adicional do Dobro das Férias	0,00
TOTAL BASE CÁLCULO	3.132,41	1/3 do Dobro das Férias	0,00
		Salário Família	0,00
		1ª Parcela 13º Salário	0,00
		Desconto da Previdência	443,85 D
		Desconto do Imposto de Renda	178,70 D
		TOTAL DOS PROVENTOS	4.176,55 P
		TOTAL DOS DESCONTOS	620,35 D
		TOTAL LÍQUIDO	3.556,20 P

Pelo presente comunicamos-lhe que, de acordo com a Lei, ser-lhe-ão concedidas férias relativas ao período acima descrito e a sua disponibilidade para a importância líquida de R\$ 3.556,20 (três mil quinhentos e cinquenta e seis reais e vinte centavos) a ser paga adiantadamente.

CIENTE

LAIS

LAIS MARANI SILVA

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR
BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ 45.349.461/0008-89

Data 26/09/2020

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

RECIBO DE FÉRIAS

Recebo da firma ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL, estabelecida a Avenida PAULO DE BARROS, 328 em MIRANDÓPOLIS, a importância de R\$ 3.556,20 (três mil quinhentos e cinquenta e seis reais e vinte 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 certeza e documento firmo o presente recibo dando plena e geral quitação.

Data 26/10/2020
MIRANDÓPOLIS

LAIS

LAIS MARANI SILVA

Convênio nº 001/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Financiada: Exequat
Secretaria de Saúde e Saúde
UGF: 050116 - N.º 001/2017
Em 05/10/2020, em 05/10/2020, em 05/10/2020
Tipo de Operação: Exequat



Aviso de lançamento

G3361514000161121
15/11/2020 16:28:17

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

Data 28/10/2020 Valor R\$ 1.776,64 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 180, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

(Um mil e setecentos e setenta e seis reais e sessenta e quatro centavos)

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

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

Documento emitido por: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO em 15/11/2020 16:28:17

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

AVISO E RECIBO DE FÉRIAS

AVISO PRÉVIO DE FÉRIAS

NOTIFICAÇÃO

MARCIA MAIARA POSSENTI

Matrícula Categorias Profissionais
068232

00315

PERÍODOS

De 04/10/2019 A 03/10/2020

De Queda das Férias
03/11/2020 A 02/12/2020 = 30 Dias

De 03/11/2020

BASE PARA CÁLCULO

Faltas não justificadas	00
Salário Base	R\$ 1.242,33
Média Horas	0,00
Média Valores	0,00
Outras Vantagens	209,00
TOTAL BASE CÁLCULO	1.451,33

PROVENTOS E DESCONTOS

Férias	1.451,33	P
1/3 das Férias	483,78	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	158,47	D
Desconto do Imposto de Renda	0,00	
TOTAL DOS PROVENTOS	1.935,11	P
TOTAL DOS DESCONTOS	158,47	D
TOTAL LÍQUIDO	1.776,64	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\$ 1.776,64 (um mil setecentos e setenta e seis reais e sessenta e quatro centavos) a ser paga adiantadamente.

CIENTE,

Marcia Maiara Possenti

MARCIA MAIARA POSSENTI

Data: 02/10/2020

ASSOCIACAO HOSPITALAR
BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ 08.549.814/0001-39

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\$ 1.776,64 (um mil setecentos e setenta e seis reais e sessenta e quatro 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 de meu ciente. Para clareza e documento firmo o presente recibo dando plena e geral quitação.

Data: 29/10/2020
MIRANDOPOLIS

Marcia Maiara Possenti

MARCIA MAIARA POSSENTI

Convenio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 081/2020
Fonte Recurso Especial
Secretaria do Estado do Rio de Janeiro
CNPJ 0001401-1 Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandão Faria de Miranda
Tipo da Despesa: Custeio

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
02/11/2020 - AUTOATENDIMENTO - 18.43.47
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: 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\$ 94,26
DEBITO EM: 28/10/2020
=====

DOCUMENTO: 102801
AUTENTICACAO SISBB: 5.749.BE9.D8C.887.86D



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA

NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFS-e

RPS Nº 641461503535 Série A, emitido em 01/10/2020

20201020/20617386000192

Número da Nota

00024381

Data e Hora de Emissão

01/10/2020 09:36:00

Código de Verificação

IW6T-ISPL

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%	46,29	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 641461503535 Série A, emitido em 01/10/2020; (3) Data de vencimento do ISS desta NFS-e: 10/11/2020.

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



G3361514000161121
15/11/2020 16:29:44

Aviso de lanÇamento

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

Data 29/10/2020 Valor R\$ 1.963,58 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 182, lanÇado a d bito* 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 novecentos e sessenta e três reais e cinq enta e oito centavos)

* Este aviso de lanÇamento não   v lido 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 15/11/2020 16:29:44

AVISO E RECIBO DE FÉRIAS

AVISO PRÉVIO DE FÉRIAS			
NOTIFICAÇÃO			
Nome do empregado		Matrícula / C.T. / Profissional	Série
PATRICIA MICHELE DE ALMEIDA		59107	00240
PERÍODOS			
De	De	Até	
04/10/2019 A 03/10/2020	01/11/2020 A 30/11/2020 = 30 Dias		
BASE PARA CÁLCULO		PROVENTOS E DESCONTOS	
Faltas não justificadas	02	Férias	1.606,71 P
Salário Base	1.397,71	1/3 das Férias	535,57 P
Meia Hora	0,00	Abono de Férias	0,00
Módulo Valores	0,00	1/3 do Abono de Férias	0,00
Outras Vantagens	209,00	Adicional do Dobro das Férias	0,00
TOTAL BASE CÁLCULO	1.606,71	1/3 do Dobro das Férias	0,00
		Salário Família	0,00
		1ª Parcela 13º Salário	0,00
		Desconto da Previdência	178,70 D
		Desconto do imposto de Renda	0,00
		TOTAL DOS PROVENTOS	2.142,28 P
		TOTAL DOS DESCONTOS	178,70 D
		TOTAL LÍQUIDO	1.963,58 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\$ 1.963,58 (um mil novecentos e sessenta e três reais e cinquenta e oito centavos) a ser paga adiantadamente.			
CIENTE <i>Patricia M. Almeida</i> PATRICIA MICHELE DE ALMEIDA		ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL CNPJ: 15.849.461/0008-89 ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL	

Data: 02/10/2020

RECIBO DE FÉRIAS	
Recebi da firma ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL, estabelecida a Avenida PAULO DE BARROS, 326 em MIRANDOPOLIS a importância de R\$ 1.963,58 (um mil novecentos e sessenta e três reais e cinquenta 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: 30/10/2020 MIRANDOPOLIS	<i>Patricia M. Almeida</i> PATRICIA MICHELE 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 Cruz - Faria de Mirandópolis
 Tipo de Despesa: Custeio

30/10/2020 - BANCO DO BRASIL - 17:50:39
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	30/10/2020
NR. DOCUMENTO	553.062.007.004.231
VALOR TOTAL	264.909,73

***** TRANSFERIDO PARA:

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

=====

NR.AUTENTICACAO	D.6F3.36D.1C2.3A7.568
-----------------	-----------------------

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

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

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	Trabalhada	Refeição	Total Net.	Total Faltas
21/08 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
22/08 sab	06:55	13:08	14:03	19:45	11:00	00:00	00:00	00:00
23/08 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
24/08 seg	06:55	13:55	15:23	19:13	10:50	00:00	00:00	00:00
25/08 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
26/08 qua	06:54	12:32	13:36	19:05	11:00	00:00	00:00	00:00
27/08 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
28/08 sex	06:58	13:53	14:50	19:02	11:00	00:00	00:00	00:00
29/08 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
30/08 dom	06:57	13:42	14:47	19:08	11:00	00:00	00:00	00:00
31/08 seg	11:16	14:21	15:15	18:42	06:32	00:00	00:00	00:00
01/09 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
02/09 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
03/09 qui	06:57	12:56	13:26	18:59	11:32	00:00	00:00	00:00
04/09 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
05/09 sab	06:54	13:40	14:40	19:02	11:00	00:00	00:00	00:00
06/09 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
07/09 seg	06:57	12:49	14:01	19:28	11:00	00:00	00:00	00:00
08/09 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
09/09 qua	06:58	13:43	14:38	19:04	11:00	00:00	00:00	00:00
10/09 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
11/09 sex	06:47	12:53	13:51	19:01	11:00	00:00	00:00	00:00
12/09 sab	06:43	14:30	15:31	18:58	11:00	00:00	00:00	00:00
13/09 dom	06:53	13:21	14:21	19:06	11:00	00:00	00:00	00:00
14/09 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
15/09 ter	06:50	13:08	14:35	18:59	10:42	00:00	00:00	00:00
16/09 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
17/09 qui	19:02	20:06	21:04	07:05	11:00	00:00	08:00	00:00
18/09 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
19/09 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
20/09 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
TOTAL: 15 dias, 16 folgas/feriados					160:36	00:00	08:00	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
LICE: 090196 - Hospital Estadual
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

Horário Model (v1): 07H AS 19H- Início de acordo com o
funcionário
7 dias x 07:00-12:00 13:00-19:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem


IZABEL CRISTINA DE SOUZA


ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

Empregador **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**
 Funcionário **KELLY CRISTINA RAMOS ROCHA**
 Departamento **UTI MIRANDOPOLIS**

Função **TEC DE ENFERMAGEM**

Data	Entrada 1	Saida 1	Entrada 2	Saida 2	Trabalhadas	Refeição	Total Not.	Total Faltas
21/08 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
22/08 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
23/08 dom	06:54	13:35	14:35	19:12	11:00	00:00	00:00	00:00
24/08 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
25/08 ter	07:00	12:18	13:20	19:07	11:00	00:00	00:00	00:00
26/08 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
27/08 qui	06:55	13:19	14:21	19:08	11:00	00:00	00:00	00:00
28/08 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
29/08 sab	06:57	12:31	13:29	19:06	11:00	00:00	00:00	00:00
30/08 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
31/08 seg	06:46	11:29			04:43	00:00	00:00	00:00
01/09 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
02/09 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
03/09 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
04/09 sex	06:54	12:21	13:23	18:58	11:00	00:00	00:00	00:00
05/09 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
06/09 dom	06:55	12:40	13:43	19:04	11:00	00:00	00:00	00:00
07/09 seg	18:48	19:31	20:29	07:05	11:00	00:00	08:00	00:00
08/09 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
09/09 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
10/09 qui	06:56	12:41	13:40	19:01	11:00	00:00	00:00	00:00
11/09 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
12/09 sab	07:01	12:25	13:32	19:03	10:55	00:00	00:00	00:00
13/09 dom	18:49	19:34	20:26	07:03	11:00	00:00	08:00	00:00
14/09 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
15/09 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
16/09 qua	06:50	12:15	13:11	19:03	11:00	00:00	00:00	00:00
17/09 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
18/09 sex	06:54	13:19	14:20	19:08	11:00	00:00	00:00	00:00
19/09 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
20/09 dom	07:09	12:32	13:32	19:05	10:56	00:00	00:00	00:00
TOTAL: 14 dias, 17 folgas/feriados					147:34	00:00	16:00	00:00

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS

Horário Movel (v1): 07H AS 19H- Início de acordo com o
 funcionário
 7 dias x 07 00-12:00 13:00-19:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem

Kelly Cristina Ramos Rocha
 KELLY CRISTINA RAMOS
 ROCHA

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

[Assinatura]
 ASS. HOSPITALAR BEN DO
 BRASIL

Empregador **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**
 Funcionário **LETICIA MAIARA DOS SANTOS FERRAZ**
 Departamento **UTI MIRANDÓPOLIS**

Função **TEC DE ENFERMAGEM**

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Entrada 3	Saída 3	Trabalhada	Refeição	Total Not.	Total Faltas
21/08 sex	07:09	14:56	15:53	15:56	19:03	19:10	07:50	00:00	00:00	00:00
22/08 sab	18:46	19:59	20:50	07:14			11:37	00:00	08:00	00:00
23/08 dom	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00
24/08 seg	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00
25/08 ter	07:01	13:41	14:43	19:06			11:00	00:00	00:00	00:00
26/08 qua	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00
27/08 qui	07:13	13:21	14:25	19:09			10:52	00:00	00:00	00:00
28/08 sex	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00
29/08 sab	07:07	13:34	14:36	19:05			10:56	00:00	00:00	00:00
30/08 dom	07:06	15:05	16:12	19:11			10:58	00:00	00:00	00:00
31/08 seg	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00
01/09 ter	18:41	20:02	20:56	07:00			11:00	00:00	08:00	00:00
02/09 qua	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00
03/09 qui	18:44	20:18	21:10	07:00			11:00	00:00	08:00	00:00
04/09 sex	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00
05/09 sab	18:44	19:36	20:21	07:01			11:32	00:00	08:00	00:00
06/09 dom	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00
07/09 seg	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00
08/09 ter	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00
09/09 qua	18:46	19:58	20:55	07:00			11:00	00:00	08:00	00:00
10/09 qui	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00
11/09 sex	18:50	19:34	20:26	06:01			10:19	00:00	08:00	00:00
12/09 sab	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00
13/09 dom	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00
14/09 seg	07:15	14:53	16:05	19:14			10:47	00:00	00:00	00:00
15/09 ter	07:04	13:38	14:48	19:13			10:59	00:00	00:00	00:00
16/09 qua	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00
17/09 qui	07:06	10:52	12:17	19:01			10:30	00:00	00:00	00:00
18/09 sex	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00
19/09 sab	07:22	11:12	12:05	19:00			10:45	00:00	00:00	00:00
20/09 dom	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00
TOTAL: 15 dias, 16 folgas/feriados							161:05	00:00	48:00	00:00

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS

Horário Movel (v1): 07H AS 19H- Início de acordo com o
 funcionário
 7 dias x 07:00-12:00 13:00-19:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem

Leticia Ferraz
 LETICIA MAIARA DOS SANTOS

[Assinatura]
 ASS. HOSPITALAR BEN DO
 BRASIL

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

Cartão de Ponto de 21/08/2020 a 20/09/2020

pagina 36 de 43
 Impresso em 06/10/2020 15:43

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	Entrada 3	Saída 3	Trabalhadas	Relação	Total Not.	Total Faltas
21/08 sex	07:17	12:21	13:23	19:10	19:11		10:51	00:01	00:00	00:00
22/08 sab	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00
23/08 dom	07:03	12:10	13:18	19:12			11:00	00:00	00:00	00:00
24/08 seg	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00
25/08 ter	07:15	11:59	13:00	19:06			10:50	00:00	00:00	00:00
26/08 qua	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00
27/08 qui	07:13	11:48	13:06	19:08			10:37	00:00	00:00	00:00
28/08 sex	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00
29/08 sab	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00
30/08 dom	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00
31/08 seg	07:06	12:20	13:28	19:12			10:58	00:00	00:00	00:00
01/09 ter	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00
02/09 qua	07:12	12:33	13:44	18:58			10:35	00:00	00:00	00:00
03/09 qui	07:12	12:02	13:19	18:58			10:29	00:00	00:00	00:00
04/09 sex	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00
05/09 sab	07:04	11:59	13:36	18:56			10:15	00:00	00:00	00:00
06/09 dom	07:10	11:25	12:30	18:54			10:39	00:00	00:00	00:00
07/09 seg	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00
08/09 ter	07:00	15:32	16:27	19:00			11:00	00:00	00:00	00:00
09/09 qua	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00
10/09 qui	07:09	11:47	12:48	19:02			10:52	00:00	00:00	00:00
11/09 sex	13:54	19:06					05:12	00:00	00:00	00:00
12/09 sab	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00
13/09 dom	07:13						00:00	00:00	00:00	00:00
14/09 seg	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00
15/09 ter	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00
16/09 qua	07:13	11:50	13:07	19:03			10:33	00:00	00:00	00:00
17/09 qui	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00
18/09 sex	07:18	12:29	13:42	19:08			10:37	00:00	00:00	00:00
19/09 sab	07:13	11:47	13:03	19:00			10:31	00:00	00:00	00:00
20/09 dom	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00
TOTAL: 15 dias, 16 folgas/feriados							154:59	00:01	00:00	00:00

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS

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

Horário Móvel (v1): 07H AS 19H- Início de acordo com o
 Funcionário
 dias x 07:00-12:00 13:00-19:00 SR = 11:00 Caroa 01:00 Sem

Patricia M. Almeida
 PATRICIA MICHELE DE
 ALMEIDA

BR
 ASS. HOSPITALAR BEN DO
 BRASIL

Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário NATALIA PAZINATO DA SILVA
Departamento UTI MIRANDÓPOLIS

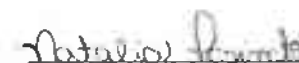
Função TEC DE
ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saida 1	Entrada 2	Saida 2	Trabalha Ban	Relatado	Total Not.	Total Faltas
21/08 sex	06:58	14:51	15:50	19:10	11:00	00:00	00:00	00:00
22/08 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
23/08 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
24/08 seg	18:58	20:48	21:42	07:00	11:00	00:00	08:00	00:00
25/08 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
26/08 qua	18:57	20:45	21:41	07:04	11:00	00:00	08:00	00:00
27/08 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
28/08 sex	18:59	20:36	21:34	07:10	11:00	00:00	08:00	00:00
29/08 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
30/08 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
31/08 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
01/09 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
02/09 qua	07:09	14:34	15:32	19:01	10:54	00:00	00:00	00:00
03/09 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
04/09 sex	07:04	14:20	15:33	18:41	10:24	00:00	00:00	00:00
05/09 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
06/09 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
07/09 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
08/09 ter	07:00	15:51	16:50	19:11	11:00	00:00	00:00	00:00
09/09 qua	07:03	12:41	14:01	19:14	10:51	00:00	00:00	00:00
10/09 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
11/09 sex	07:15	13:38	14:37	19:14	11:00	00:00	00:00	00:00
12/09 sab	07:49	13:39	14:41	19:00	10:09	00:00	00:00	00:00
13/09 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
14/09 seg	06:59	15:03	16:01	19:14	11:00	00:00	00:00	00:00
15/09 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
16/09 qua	07:08	13:14	14:15	19:12	11:00	00:00	00:00	00:00
17/09 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
18/09 sex	07:18	14:23	15:21	19:08	10:52	00:00	00:00	00:00
19/09 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
20/09 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
TOTAL: 13 dias, 18 folgas/feriados					141:10	00:00	24:00	00:00

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS

Convênio nº 0167/2013
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estabiliz
Secretaria de Estado de Saúde
LIG- 000136 - Hospital Estabiliz
Dr. Oswaldo Brande Faria - Mirandópolis
Tipo de Despesa - Custeio

Horário Móvel (v1): 07H AS 19H- Início de acordo com o
funcionário
dias x 07:00-12:00 13:00-19:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem


NATALIA PAZINATO DA SILVA


ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionario MAIRA TEIXEIRA DE CASTRO
Departamento UTI MIRANDÓPOLIS

Função TEC DE
ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saida 1	Entrada 2	Saida 2	Entrada 3	Saida 3	Trabalhadas	Relação	Total Nos.	Total Faltas
21/08 sex	06:57	12:32	13:32	19:06	19:09		11:00	00:03	00:00	00:00
22/08 sab	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00
23/08 dom	06:58	12:59	14:03	19:11			11:00	00:00	00:00	00:00
24/08 seg	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00
25/08 ter	06:47	12:20	13:22	19:06			11:00	00:00	00:00	00:00
26/08 qua	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00
27/08 qui	06:47	12:28	13:28	19:08			11:00	00:00	00:00	00:00
28/08 sex	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00
29/08 sab	06:57	13:34	14:40	19:06			11:00	00:00	00:00	00:00
30/08 dom	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00
31/08 seg	06:53	13:06	14:06	19:12			11:00	00:00	00:00	00:00
01/09 ter	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00
02/09 qua	06:46	12:32	13:35	19:00			11:00	00:00	00:00	00:00
03/09 qui	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00
04/09 sex	06:45	12:25	13:29	18:58			11:00	00:00	00:00	00:00
05/09 sab	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00
06/09 dom	06:55	12:09	13:13	19:04			11:00	00:00	00:00	00:00
07/09 seg	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00
08/09 ter	06:54	13:27	14:30	19:11			11:00	00:00	00:00	00:00
09/09 qua	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00
10/09 qui	06:47	13:10	14:14	19:01			11:00	00:00	00:00	00:00
11/09 sex	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00
12/09 sab	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00
13/09 dom	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00
14/09 seg	06:43	12:42	13:57	19:09			11:00	00:00	00:00	00:00
15/09 ter	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00
16/09 qua	06:48	11:51	12:53	19:11			11:00	00:00	00:00	00:00
17/09 qui	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00
18/09 sex	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00
19/09 sab	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00
20/09 dom	07:03	13:38	14:47	19:05			10:53	00:00	00:00	00:00
TOTAL: 14 dias, 17 folgas/feriados							153:53	00:03	00:00	00:00

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS

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

orário Movel (v1): 07H AS 19H- Início de acordo com o
incionário
dias 07:00-12:00 13:00-19:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem

Maira Teixeira de Castro
MAIRA TEIXEIRA DE CASTRO

[Assinatura]
ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
 Funcionário PRISCILA SANTOS LEITE DE ALMEIDA
 Departamento UTI MIRANDÓPOLIS

Função ENFERMEIRO
 (A)

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Trabalhada	Releição	Total Not.	Total Faltas
21/08 sex	07:05	13:17	14:18	19:21	11:00	00:00	00:00	00:00
22/08 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
23/08 dom	07:02	20:33			11:58	00:00	00:00	00:00
24/08 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
25/08 ter	06:55	13:30	14:36	20:16	10:59	00:00	00:00	00:00
26/08 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
27/08 qui	07:02	15:41	16:41	19:44	10:58	00:00	00:00	00:00
28/08 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
29/08 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
30/08 dom	07:08	19:50			11:52	00:00	00:00	00:00
31/08 seg	13:50	16:04	19:37		02:14	00:00	00:00	00:00
01/09 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
02/09 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
03/09 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
04/09 sex	07:01	17:51	18:41	19:11	11:00	00:00	00:00	00:00
05/09 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
06/09 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
07/09 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
08/09 ter	06:57	19:40			12:03	00:00	00:00	00:00
09/09 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
10/09 qui	07:00	13:27	14:11	19:18	11:34	00:00	00:00	00:00
11/09 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
12/09 sab	06:59	12:44	13:24	18:47	11:00	00:00	00:00	00:00
13/09 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
14/09 seg	06:58	14:42	15:21	20:14	11:00	00:00	00:00	00:00
15/09 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
16/09 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
17/09 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
18/09 sex	07:03	14:09	15:15	19:38	10:51	00:00	00:00	00:00
19/09 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
20/09 dom	06:53	14:55	17:10	19:02	09:54	00:00	00:00	00:00
TOTAL: 13 dias, 18 folgas/feriados					136:23	00:00	00:00	00:00

TOLERANCIA DIARIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS

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

Horário Model (v1): 07H AS 19H- Início de acordo com o
 funcionário
 7 dias x 07:00-12:00 13:00-19:00 SR = 11:00 Carra 01:00 Sem


 PRISCILA SANTOS LEITE DE ASS. HOSPITALAR BEN DO
 BRASIL

Cartão de Ponto de 21/08/2020 a 20/09/2020

página 35 de 43
Impresso em 06/10/2020 15:43

Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário PATRICIA ADRIANA FERREIRA
Departamento UTI MIRANDÓPOLIS

Função TEC DE
ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Trabalhadas	Rateios	Total Not.	Total Faltas
21/08 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
22/08 sab	18:53	20:00	20:51	07:11	11:00	00:00	08:00	00:00
23/08 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
24/08 seg	19:00	20:48	21:42	07:00	11:00	00:00	08:00	00:00
25/08 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
26/08 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
27/08 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
28/08 sex	18:58	21:11	22:04	07:05	11:00	00:00	07:55	00:00
29/08 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
30/08 dom	18:46	19:35	20:26	07:00	11:00	00:00	08:00	00:00
31/08 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
01/09 ter	18:55	20:02	20:51	07:00	11:00	00:00	08:00	00:00
02/09 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
03/09 qui	18:56	20:19	21:10	07:00	11:00	00:00	08:00	00:00
04/09 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
05/09 sab	18:50	19:36	20:24	07:01	11:00	00:00	08:00	00:00
06/09 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
07/09 seg	18:45	19:31	20:29	07:01	11:00	00:00	08:00	00:00
08/09 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
09/09 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
10/09 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
11/09 sex	18:58	19:34	20:26	07:18	11:00	00:00	08:00	00:00
12/09 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
13/09 dom	18:52	19:34	20:26	07:00	11:00	00:00	08:00	00:00
14/09 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
15/09 ter	19:01	20:02	20:51	07:00	11:00	00:00	08:00	00:00
16/09 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
17/09 qui	19:05	19:55	20:46	07:11	11:00	00:00	08:00	00:00
18/09 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
19/09 sab	18:47	20:05	20:56	07:02	11:00	00:00	08:00	00:00
20/09 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
TOTAL: 13 dias, 18 folgas/feriados					143:00	00:00	103:55	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 080196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custo

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 Carna 01:00 Sem

Patricia Adriana Ferreira
PATRICIA ADRIANA FERREIRA

ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

Cartão de Ponto de 21/08/2020 a 20/09/2020

Página 12 de 42
Impresso em 06/10/2020 15:43Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário CRISTIANE PASCOALETO VENDRAME
Departamento UTI MIRANDÓPOLIS

Função TEC DE ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Entrada 3	Saída 3	Trabalhadas	Refeição	Total Not.	Total Faltas
21/08 sex	06:58	13:31	14:33	19:03	19:08		11:00	00:05	00:00	00:00
22/08 sab	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00
23/08 dom	06:56	16:34	17:29	19:21			11:00	00:00	00:00	00:00
24/08 seg	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00
25/08 ter	06:54	14:38	15:31	19:07			11:00	00:00	00:00	00:00
26/08 qua	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00
27/08 qui	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00
28/08 sex	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00
29/08 sab	06:55	13:47	14:38	19:15			11:00	00:00	00:00	00:00
30/08 dom	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00
31/08 seg	07:01	15:02	16:01	19:21			11:00	00:00	00:00	00:00
01/09 ter	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00
02/09 qua	06:57	15:30	16:42	19:00			10:51	00:00	00:00	00:00
03/09 qui	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00
04/09 sex	07:00	14:33	15:46	18:58			10:45	00:00	00:00	00:00
05/09 sab	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00
06/09 dom	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00
07/09 seg	06:57	13:26	14:25	19:00			11:00	00:00	00:00	00:00
08/09 ter	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00
09/09 qua	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00
10/09 qui	06:57	13:50	15:28	19:01			10:26	00:00	00:00	00:00
11/09 sex	09:00	14:21	06:57	12:17	13:08		05:21	00:00	08:00	00:00
12/09 sab	06:57	12:17	13:08	19:03	06:55		11:00	00:00	00:00	00:00
13/09 dom	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00
14/09 seg	12:54	13:56	19:09				01:02	00:00	00:00	00:00
15/09 ter	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00
16/09 qua	07:00	13:26	14:21	19:00			11:00	00:00	00:00	00:00
17/09 qui	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00
18/09 sex	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00
19/09 sab	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00
20/09 dom	06:56	14:51	15:46	19:04			11:00	00:00	00:00	00:00
TOTAL: 14 dias, 17 folgas/feriados							137:25	00:05	08:00	00:00

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS

Convênio nº 107/2017
Forma Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
ASSE - 050396 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandão Faria de Miranda
Tipo de Despesa: CusteioHorário Móvel (v1): 07H AS 19H- Início de acordo com o
funcionário
* dias x 07:00-12:00 13:00-19:00 SR = 11:00 Cargo 01:00 SemCristiane Vendrame
CRISTIANE PASCOALETO
VENDRAMEASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

Cartão de Ponto de 21/08/2020 a 20/09/2020

Impresso em 06/10/2020 15:43

Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário BRUNA BERALDO FERRANTE
Departamento UTI MIRANDOPOLIS

Função ENFERMEIRO
(A)

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Trabalhadas	Refeição	Total Nut.	Total Faltas
21/08 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
22/08 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
23/08 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
24/08 seg	07:08	13:37	14:39	19:08	10:58	00:00	00:00	00:00
25/08 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
26/08 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
27/08 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
28/08 sex	07:08	14:08	15:05	19:27	11:00	00:00	00:00	00:00
29/08 sab	19:05	20:52	21:40	07:24	11:31	00:00	08:00	00:00
30/08 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
31/08 seg	07:05	12:29	13:09	14:04	06:19	00:00	00:00	00:00
01/09 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
02/09 qua	07:03	13:15	14:12	19:11	11:00	00:00	00:00	00:00
03/09 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
04/09 sex	19:03	19:49	20:40	06:56	11:00	00:00	08:00	00:00
05/09 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
06/09 dom	07:04	11:50	12:43	19:29	11:32	00:00	00:00	00:00
07/09 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
08/09 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
09/09 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
10/09 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
11/09 sex	07:07	13:35	14:35	19:14	11:00	00:00	00:00	00:00
12/09 sab	07:12	13:01			05:49	00:00	00:00	00:00
13/09 dom	18:56	19:35	20:26	07:05	11:00	00:00	08:00	00:00
14/09 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
15/09 ter	07:05	13:33			06:28	00:00	00:00	00:00
16/09 qua	07:00	13:18	14:36	19:38	10:42	00:00	00:00	00:00
17/09 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
18/09 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
19/09 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
20/09 dom	18:55	20:17	21:10	07:03	11:00	00:00	08:00	00:00
TOTAL: 13 dias, 18 folgas/feriados					129:19	00:00	32:00	00:00

TOLERANCIA DIARIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fundação Beneficente de Assistência Social
Secretaria de Estado da Saúde
UGF 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandão 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 Carra 01:00 Sem

Bruna Beraldo
BRUNA BERALDO FERRANTE

ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionario EDILENE MANOEL
Departamento UTI MIRANDÓPOLIS

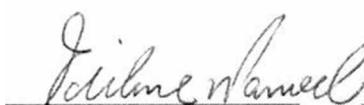
Função TEC DE
ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Entrada 3	Saída 3	Trabalhadas	Reposico	Total Not.	Total Faltas
21/08 sex	07:01	13:31	14:36	19:01	19:09		10:55	00:08	00:00	00:00
22/08 sab	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00
23/08 dom	06:59	16:20	17:29	19:10			11:00	00:00	00:00	00:00
24/08 seg	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00
25/08 ter	07:09	14:36	15:38	19:22			11:00	00:00	00:00	00:00
26/08 qua	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00
27/08 qui	07:06	14:18	15:22	19:13			11:00	00:00	00:00	00:00
28/08 sex	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00
29/08 sab	07:05	13:48	14:45	19:15			11:00	00:00	00:00	00:00
30/08 dom	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00
31/08 seg	07:01	14:58	16:00	19:22			11:00	00:00	00:00	00:00
01/09 ter	07:00	13:17	14:19	19:00			10:58	00:00	00:00	00:00
02/09 qua	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00
03/09 qui	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00
04/09 sex	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00
05/09 sab	06:56	13:25	14:24	19:02			11:00	00:00	00:00	00:00
06/09 dom	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00
07/09 seg	07:05	13:28	14:33	19:05			10:55	00:00	00:00	00:00
08/09 ter	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00
09/09 qua	07:06	12:13	13:17	19:07			10:57	00:00	00:00	00:00
10/09 qui	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00
11/09 sex	07:01	12:53	13:59	19:13			11:00	00:00	00:00	00:00
12/09 sab	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00
13/09 dom	07:05	12:27	13:27	19:12			11:00	00:00	00:00	00:00
14/09 seg	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00
15/09 ter	07:13	12:27	13:34	19:06			10:46	00:00	00:00	00:00
16/09 qua	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00
17/09 qui	07:05	12:31	13:35	19:03			10:54	00:00	00:00	00:00
18/09 sex	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00
19/09 sab	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00
20/09 dom	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00
TOTAL: 14 dias, 17 folgas/feriados							153:25	00:08	00:00	00:00

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 15 MINUTOS

Convênio nº 0107 2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGF: 090196 - Hospital Estadual
de Desastres Benedito Ferraz de Mirandópolis
Rua da Despesa, Cuiabá

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


EDILENE MANOEL


ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

Empregador **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**
 Funcionário **ALESSANDRA DE CASSIA MARDEGAN**
 Departamento **UTI MIRANDÓPOLIS**

Função **ENFERMEIRO**
 (A)

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Trabalhada	Refeição	Total Mot.	Total Faltas
21/08 sex	18:58	20:43	21:45	06:59	10:59	00:00	08:00	00:00
22/08 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
23/08 dom	19:03	20:26	21:25	07:17	11:00	00:00	08:00	00:00
24/08 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
25/08 ter	19:08	21:00	22:00	07:09	11:00	00:00	08:00	00:00
26/08 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
27/08 qui	18:57	19:54	20:57	07:15	11:00	00:00	08:00	00:00
28/08 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
29/08 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
30/08 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
31/08 seg	19:00	20:00	21:00	07:14	11:00	00:00	08:00	00:00
01/09 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
02/09 qua	19:00	20:22	21:21	07:03	11:00	00:00	08:00	00:00
03/09 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
04/09 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
05/09 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
06/09 dom	19:00	20:26	21:22	07:01	11:00	00:00	08:00	00:00
07/09 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
08/09 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
09/09 qua	20:08	21:05			01:00	00:00	00:00	00:00
10/09 qui	19:00	20:18	21:18	07:18	11:00	00:00	08:00	00:00
11/09 sex	18:40				00:00	00:00	00:00	00:00
12/09 sab	18:50	19:11	20:12	07:03	11:00	00:00	08:00	00:00
13/09 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
14/09 seg	19:00	20:14	21:14	07:00	11:00	00:00	08:00	00:00
15/09 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
16/09 qua	19:02	20:08	21:12	07:09	11:00	00:00	08:00	00:00
17/09 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
18/09 sex	18:58	20:37	21:35	07:00	11:00	00:00	08:00	00:00
19/09 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
20/09 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
TOTAL: 13 dias, 18 folgas/feriados					132:59	00:00	96:00	00:00

TOLERANCIA DIARIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MIN

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

Gráfico Movel (v1): 19H AS 07H- Início de acordo com o
 funcionário
 dias x 19 00-23 00 00 00-07 00 SR = 11 00 Camis 01 00 Sem

ALESSANDRA DE CASSIA
 MARDEGAN

ASS. HOSPITALAR BEN DO
 BRASIL

Empregador **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**
 Funcionário **JOSE LOPES DE OLIVEIRA**
 Departamento **UTI MIRANDÓPOLIS**

Função **TEC DE ENFERMAGEM**

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Trabalhada	Refeição	Total Net	Total Faltas
21/08 sex	18:51	20:28	21:21	07:00	11:00	00:00	08:00	00:00
22/08 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
23/08 dom	18:58	20:30	21:27	07:09	11:00	00:00	08:00	00:00
24/08 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
25/08 ter	18:54	20:20	21:21	07:04	11:00	00:00	08:00	00:00
26/08 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
27/08 qui	18:53	19:54	20:41	07:05	11:00	00:00	08:00	00:00
28/08 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
29/08 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
30/08 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
31/08 seg	19:08	20:21	21:17	07:05	11:00	00:00	08:00	00:00
01/09 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
02/09 qua	18:50	20:21	21:21	07:02	11:00	00:00	08:00	00:00
03/09 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
04/09 sex	19:01	20:05	20:58	07:02	11:00	00:00	08:00	00:00
05/09 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
06/09 dom	18:51	20:07	21:08	07:07	11:00	00:00	08:00	00:00
07/09 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
08/09 ter	19:00	20:08	21:06	07:01	11:00	00:00	08:00	00:00
09/09 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
10/09 qui	18:47	20:53	21:54	07:02	11:00	00:00	08:00	00:00
11/09 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
12/09 sab	18:56	20:30	21:29	07:03	11:00	00:00	08:00	00:00
13/09 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
14/09 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
15/09 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
16/09 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
17/09 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
18/09 sex	19:05	20:11	21:07	07:00	10:59	00:00	08:00	00:00
19/09 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
20/09 dom	18:52	20:17	21:11	07:05	11:00	00:00	08:00	00:00
TOTAL: 13 dias, 18 folgas/feriados					142:59	00:00	104:00	00:00

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MIN.

Convênio nº 0107/2002
 Termo Aditivo nº 001/2020
 Fundo Recursos Humanos
 Secretaria da Educação do Estado
 UDE- 080136 - Mirandópolis
 Dr. Oswaldo Brandt Filho de Mirandópolis
 Tipo de Despesa - Custeio

Cartão de Ponto de 21/08/2020 a 20/09/2020

pagina 11 de 43
Impresso em 06/10/2020 15:43

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	Trabalhada	Descanso	Total Not.	Total Faltas
21/08 sex	18:58	20:44	21:29	07:00	11:00	00:00	08:00	00:00
22/08 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
23/08 dom	18:57	20:37	22:04	07:10	10:46	00:00	07:55	00:00
24/08 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
25/08 ter	18:51	20:31	21:21	07:01	11:00	00:00	08:00	00:00
26/08 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
27/08 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
28/08 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
29/08 sab	18:47	20:30	21:29	07:03	11:00	00:00	08:00	00:00
30/08 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
31/08 seg	18:52	20:06	21:08	07:02	11:00	00:00	08:00	00:00
01/09 ter	19:00	20:03	20:56	07:00	11:00	00:00	08:00	00:00
02/09 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
03/09 qui	19:05	19:42	20:56	07:00	10:41	00:00	08:00	00:00
04/09 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
05/09 sab	19:00	19:36	20:25	07:00	11:00	00:00	08:00	00:00
06/09 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
07/09 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
08/09 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
09/09 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
10/09 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
11/09 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
12/09 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
13/09 dom	18:52	19:34	20:26	07:00	11:00	00:00	08:00	00:00
14/09 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
15/09 ter	19:18	20:02	20:51	07:00	10:53	00:00	08:00	00:00
16/09 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
17/09 qui	19:04	19:55	20:49	07:16	11:00	00:00	08:00	00:00
18/09 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
19/09 sab	18:47	20:05	20:56	07:00	11:00	00:00	08:00	00:00
20/09 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
TOTAL: 12 dias, 19 folgas/feriados					131:20	00:00	95:55	00:00

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIORE A 10 MINUTOS

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

Horário Móvel (v1): 19H AS 07H- Início de acordo com o
funcionário
dias x 19:00-23:00 00:00-07:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem

Cátia Ferraz
CATIA FERNANDA FERRAZ

ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL

Cartão de Ponto de 21/08/2020 a 20/09/2020

página 13 de 43
Impresso em 06/10/2020 15:43Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário DANIELA DOS SANTOS DE OLIVEIRA
Departamento UTI MIRANDÓPOLISFunção TEC DE
ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Trabalhada	Refeição	Total Not.	Total Faltas
21/08 sex	19:00	20:41	21:40	07:00	11:00	00:00	08:00	00:00
22/08 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
23/08 dom	18:49	20:35	21:27	07:12	11:31	00:00	08:00	00:00
24/08 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
25/08 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
26/08 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
27/08 qui	18:51	20:00	20:58	07:02	11:00	00:00	08:00	00:00
28/08 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
29/08 sab	18:56	20:41	21:40	07:00	11:00	00:00	08:00	00:00
30/08 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
31/08 seg	18:55	20:21	21:17	07:05	11:00	00:00	08:00	00:00
01/09 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
02/09 qua	18:50	20:21	21:17	07:02	11:00	00:00	08:00	00:00
03/09 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
04/09 sex	18:53	20:05	20:57	07:02	11:00	00:00	08:00	00:00
05/09 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
06/09 dom	18:51	20:07	20:57	07:05	11:00	00:00	08:00	00:00
07/09 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
08/09 ter	18:51	20:18	21:12	07:01	11:00	00:00	08:00	00:00
09/09 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
10/09 qui	18:49	20:27	21:24	07:01	11:00	00:00	08:00	00:00
11/09 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
12/09 sab	19:09	20:31	21:28	07:03	10:57	00:00	08:00	00:00
13/09 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
14/09 seg	18:49	20:22	21:19	07:01	11:00	00:00	08:00	00:00
15/09 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
16/09 qua	18:46	20:12	21:12	07:00	11:00	00:00	08:00	00:00
17/09 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
18/09 sex	18:58	20:11	21:08	07:00	11:00	00:00	08:00	00:00
19/09 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
20/09 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
TOTAL: 14 dias, 17 folgas/feriados					154:28	00:00	112:00	00:00

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS

Convênio nº 0107/2011
 Termo Aditivo nº 001/2020
 Fonte Recurso Estadual
 Secretaria do Estado da Saúde
 UGE: 090196 - Hospital Estadual
 Dr. Oswaldo Brandes Faria de Mirandópolis
 Tipo de Despesa: Custo

orário Movel (v1): 19H AS 07H- Início de acordo com o
 cronômetro
 dias x 19:00-23:00 00:00-07:00 SR = 11:00 Caroa 01 00 Sem

Daniela dos Santos Oliveira
 DANIELA DOS SANTOS DE
 OLIVEIRA
 ASS. HOSPITALAR BEN DO
 BRASIL

Empregador **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**
 Funcionario **DENISE PRISCILA ANCILOTTO LISBOA DE SOUZA**
 Departamento **UTI MIRANDÓPOLIS**

Função **TEC DE ENFERMAGEM**

Data	Entrada 1	Saida 1	Entrada 2	Saida 2	Trabalhadas	Refeições	Total Not.	Total Faltas
21/08 sex	Afastamento - AFASTAMENTO				00:00	00:00	00:00	00:00
22/08 sab	Afastamento - AFASTAMENTO				00:00	00:00	00:00	00:00
23/08 dom	Afastamento - AFASTAMENTO				00:00	00:00	00:00	00:00
24/08 seg	Afastamento - AFASTAMENTO				00:00	00:00	00:00	00:00
25/08 ter	Afastamento - AFASTAMENTO				00:00	00:00	00:00	00:00
26/08 qua	Afastamento - AFASTAMENTO				00:00	00:00	00:00	00:00
27/08 qui	Afastamento - AFASTAMENTO				00:00	00:00	00:00	00:00
28/08 sex	Afastamento - AFASTAMENTO				00:00	00:00	00:00	00:00
29/08 sab	Afastamento - AFASTAMENTO				00:00	00:00	00:00	00:00
30/08 dom	Afastamento - AFASTAMENTO				00:00	00:00	00:00	00:00
31/08 seg	Afastamento - AFASTAMENTO				00:00	00:00	00:00	00:00
01/09 ter	Afastamento - AFASTAMENTO				00:00	00:00	00:00	00:00
02/09 qua	Afastamento - AFASTAMENTO				00:00	00:00	00:00	00:00
03/09 qui	Afastamento - AFASTAMENTO				00:00	00:00	00:00	00:00
04/09 sex	Afastamento - AFASTAMENTO				00:00	00:00	00:00	00:00
05/09 sab	Afastamento - AFASTAMENTO				00:00	00:00	00:00	00:00
06/09 dom	Afastamento - AFASTAMENTO				00:00	00:00	00:00	00:00
07/09 seg	Afastamento - AFASTAMENTO				00:00	00:00	00:00	00:00
08/09 ter	Afastamento - AFASTAMENTO				00:00	00:00	00:00	00:00
09/09 qua	Afastamento - AFASTAMENTO				00:00	00:00	00:00	00:00
10/09 qui	Afastamento - AFASTAMENTO				00:00	00:00	00:00	00:00
11/09 sex	Afastamento - AFASTAMENTO				00:00	00:00	00:00	00:00
12/09 sab	Afastamento - AFASTAMENTO				00:00	00:00	00:00	00:00
13/09 dom	18:52	19:34	20:26	07:00	11:00	00:00	08:00	00:00
14/09 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
15/09 ter	18:44	20:02	20:51	07:00	11:00	00:00	08:00	00:00
16/09 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
17/09 qui	18:47	19:55	20:48	07:16	11:36	00:00	08:00	00:00
18/09 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
19/09 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
20/09 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
TOTAL: 3 dias, 5 folgas/feriados, 23 afastamentos					33:36	00:00	24:00	00:00

TOLERANCIA DIARIA DE EXTRAS SUPERIOR A 15 MINUTOS

Convênio nº 0107/2017
 Termo Aditivo nº 001/2020
 Fonte Recurso Estadual
 Secretaria do Estado da Saúde
 UGE- 080196 - Hospital Estadual
 Dr. Oswaldo Brandt Faria de Mirandópolis
 Tipo de Despesa: Custo

orário Movet (v1): 19H AS 07H- Início de acordo com o
 ncionário
 dias x 19:00-23:00 00:00-07:00 SR = 11:00 Caroa 01:00 Sem

DENISE PRISCILA ANCILOTTO
 LISBOA DE

ASS. HOSPITALAR BEN DO
 BRASIL

Empregador **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**
 Funcionario **REGINA LEIA PARRO RODRIGUES DE SOUSA**
 Departamento **UTI MIRANDÓPOLIS**

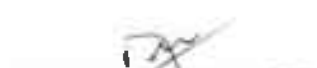
Função **AUX DE FARMÁCIA**

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Trabalhadas	Refeição	Total Not.	Total Faltas
21/08 sex	18:53	20:43	21:23	07:00	11:00	00:00	08:00	00:00
22/08 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
23/08 dom	18:50	20:40	21:32	07:15	11:33	00:00	08:00	00:00
24/08 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
25/08 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
26/08 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
27/08 qui	18:49	20:40	21:30	07:08	11:00	00:00	08:00	00:00
28/08 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
29/08 sab	18:50	20:38	21:33	07:02	11:00	00:00	08:00	00:00
30/08 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
31/08 seg	18:50	20:35	21:33	07:02	11:00	00:00	08:00	00:00
01/09 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
02/09 qua	18:45	20:10	21:05	07:03	11:00	00:00	08:00	00:00
03/09 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
04/09 sex	18:52	20:27	21:22	07:04	11:00	00:00	08:00	00:00
05/09 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
06/09 dom	18:53	20:22	21:19	07:05	11:00	00:00	08:00	00:00
07/09 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
08/09 ter	18:55	20:38	21:34	07:04	11:00	00:00	08:00	00:00
09/09 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
10/09 qui	18:54	20:40	21:36	07:01	11:00	00:00	08:00	00:00
11/09 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
12/09 sab	18:50	20:25	21:11	07:05	11:00	00:00	08:00	00:00
13/09 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
14/09 seg	18:52	20:28	21:19	07:04	11:00	00:00	08:00	00:00
15/09 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
16/09 qua	18:50	20:32	21:25	07:00	11:00	00:00	08:00	00:00
17/09 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
18/09 sex	18:50	20:33	21:27	07:00	11:00	00:00	08:00	00:00
19/09 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
20/09 dom	18:49	20:35	21:29	07:01	11:00	00:00	08:00	00:00
TOTAL: 15 dias, 16 folgas/feriados					165:33	00:00	120:00	00:00

TOLERANCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS

Horário Model (v1): 19H AS 07H- Início de acordo com o
 funcionário
 7 dias x 19:00-23:00 00:00-07:00 SR = 11:00 Caroa 01:00 Sem


 REGINA LEIA PARRO
 RODRIGUES DE


 ASS. HOSPITALAR BEN DO
 BRASIL

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

Cartão de Ponto de 21/08/2020 a 20/09/2020

Página 3 de 43

Impresso em 06/10/2020 15:43

Empregador **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**
 Funcionário **ANA PAULA AZEVEDO ZANATTA**
 Departamento **UTI MIRANDÓPOLIS**

Função **TEC DE ENFERMAGEM**

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Trabalhada	Relação	Total Not.	Total Faltas
21/08 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
22/08 sab	18:58	20:00	20:51	07:11	11:00	00:00	08:00	00:00
23/08 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
24/08 seg	18:53	20:40	21:41	07:00	11:00	00:00	08:00	00:00
25/08 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
26/08 qua	18:56	20:45	21:41	07:00	11:00	00:00	08:00	00:00
27/08 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
28/08 sex	18:56	21:10	22:00	07:04	11:00	00:00	08:00	00:00
29/08 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
30/08 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
31/08 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
01/09 ter	18:50	20:02	20:51	07:00	11:00	00:00	08:00	00:00
02/09 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
03/09 qui	18:55	20:19	21:07	07:00	11:00	00:00	08:00	00:00
04/09 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
05/09 sab	18:50	19:36	20:20	07:01	11:00	00:00	08:00	00:00
06/09 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
07/09 seg	18:51	19:31	20:27	07:01	11:00	00:00	08:00	00:00
08/09 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
09/09 qua	18:53	19:58	20:55	07:02	11:00	00:00	08:00	00:00
10/09 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
11/09 sex	18:53	19:34	20:27	07:18	11:32	00:00	08:00	00:00
12/09 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
13/09 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
14/09 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
15/09 ter	18:56	20:02	20:51	07:00	11:00	00:00	08:00	00:00
16/09 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
17/09 qui	19:18	19:55	20:49	07:11	10:59	00:00	08:00	00:00
18/09 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
19/09 sab	18:52	20:06	20:56	07:02	11:00	00:00	08:00	00:00
20/09 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
TOTAL: 13 dias, 18 folgas/feriados					143:31	00:00	104:00	00:00

TOLERANCIA DIARIA DE EXTRAS SUPERIOR A 15 MINUTOS

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

Horário Móvel (v1): 19H AS 07H- Início de acordo com o
 Funcionário
 dias x 19:00-23:00 00:00-07:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem

ANA PAULA AZEVEDO
 ZANATTA

ASS. HOSPITALAR BEN DO
 BRASIL

Empregador **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**
 Funcionario **NATALIA XAVIER NASCIMENTO OLIVEIRA**
 Departamento **UTI MIRANDÓPOLIS**

Função **ENFERMEIRO**
 (A)

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Trabalhadas	Faltas	Total Not.	Total Faltas
21/08 sex	Afastamento - AFASTAMENTO				00:00	00:00	00:00	00:00
22/08 sab	Afastamento - AFASTAMENTO				00:00	00:00	00:00	00:00
23/08 dom	Afastamento - AFASTAMENTO				00:00	00:00	00:00	00:00
24/08 seg	Afastamento - AFASTAMENTO				00:00	00:00	00:00	00:00
25/08 ter	Afastamento - AFASTAMENTO				00:00	00:00	00:00	00:00
26/08 qua	Afastamento - AFASTAMENTO				00:00	00:00	00:00	00:00
27/08 qui	Afastamento - AFASTAMENTO				00:00	00:00	00:00	00:00
28/08 sex	Afastamento - AFASTAMENTO				00:00	00:00	00:00	00:00
29/08 sab	Afastamento - AFASTAMENTO				00:00	00:00	00:00	00:00
30/08 dom	Afastamento - AFASTAMENTO				00:00	00:00	00:00	00:00
31/08 seg	Afastamento - AFASTAMENTO				00:00	00:00	00:00	00:00
01/09 ter	Afastamento - AFASTAMENTO				00:00	00:00	00:00	00:00
02/09 qua	Afastamento - AFASTAMENTO				00:00	00:00	00:00	00:00
03/09 qui	Afastamento - AFASTAMENTO				00:00	00:00	00:00	00:00
04/09 sex	Afastamento - AFASTAMENTO				00:00	00:00	00:00	00:00
05/09 sab	Afastamento - AFASTAMENTO				00:00	00:00	00:00	00:00
06/09 dom	Afastamento - AFASTAMENTO				00:00	00:00	00:00	00:00
07/09 seg	Afastamento - AFASTAMENTO				00:00	00:00	00:00	00:00
08/09 ter	Afastamento - AFASTAMENTO				00:00	00:00	00:00	00:00
09/09 qua	Afastamento - AFASTAMENTO				00:00	00:00	00:00	00:00
10/09 qui	Afastamento - AFASTAMENTO				00:00	00:00	00:00	00:00
11/09 sex	Afastamento - AFASTAMENTO				00:00	00:00	00:00	00:00
12/09 sab	Afastamento - AFASTAMENTO				00:00	00:00	00:00	00:00
13/09 dom	Afastamento - AFASTAMENTO				00:00	00:00	00:00	00:00
14/09 seg	Afastamento - AFASTAMENTO				00:00	00:00	00:00	00:00
15/09 ter	Afastamento - AFASTAMENTO				00:00	00:00	00:00	00:00
16/09 qua	Afastamento - AFASTAMENTO				00:00	00:00	00:00	00:00
17/09 qui	18:51	20:46	21:49	07:12	00:09	00:00	08:00	00:00
18/09 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
19/09 sab	18:47	21:14	22:07	07:00	00:13	00:00	08:00	00:00
20/09 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
TOTAL: 2 dias, 2 folgas/feriados, 27 afastamentos					00:22	00:00	16:00	00:00

TOLERANCIA DIARIA DE EXTRA3 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

Empregador **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**
 Funcionario **LUCAS CARVALHO DOS SANTOS**
 Departamento **UTI MIRANDÓPOLIS**

Função **TEC DE ENFERMAGEM**

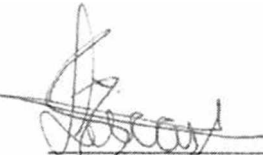
Data	Entrada 1	Saida 1	Entrada 2	Saida 2	Trabalhada	Refeição	Total Not.	Total Faltas
21/08 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
22/08 sab	18:58	19:59	20:47	07:11	11:00	00:00	08:00	00:00
23/08 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
24/08 seg	18:53	20:48	21:41	07:00	11:00	00:00	08:00	00:00
25/08 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
26/08 qua	18:56	20:45	21:40	07:00	11:00	00:00	08:00	00:00
27/08 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
28/08 sex	18:56	21:10	21:53	07:04	11:00	00:00	08:00	00:00
29/08 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
30/08 dom	18:50	19:35	20:26	07:00	11:00	00:00	08:00	00:00
31/08 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
01/09 ter	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
02/09 qua	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
03/09 qui	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
04/09 sex	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
05/09 sab	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
06/09 dom	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
07/09 seg	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
08/09 ter	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
09/09 qua	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
10/09 qui	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
11/09 sex	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
12/09 sab	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
13/09 dom	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
14/09 seg	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
15/09 ter	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
16/09 qua	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
17/09 qui	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
18/09 sex	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
19/09 sab	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
20/09 dom	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
TOTAL: 5 dias, 6 folgas/feriados, 20 afastamentos					55:00	00:00	40:00	00:00

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS

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

Horário Móvel (v1): 19H AS 07H- Início de acordo com o
 Funcionário

Assinatura: 10:00 23:00 00:00 07:00 SB - 11:00 01:00 Sáb


 LUCAS CARVALHO DOS
 SANTOS


 ASS. HOSPITALAR BEN DO
 BRASIL

Cartão de Ponto de 21/08/2020 a 20/09/2020

pagina 14 de 43
 Impresso em 06/10/2020 15:43

Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
 Funcionario DEBORA CRISTINA LOCHE
 Departamento UTI MIRANDÓPOLIS

Função AUX DE
 FARMÁCIA

Data	Entrada 1	Saida 1	Entrada 2	Saida 2	Trabalhada	Retirada	Total Neg.	Total Faltas
21/08 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
22/08 sab	18:48	20:32	21:32	07:11	11:00	00:00	08:00	00:00
23/08 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
24/08 seg	18:52	20:35	21:35	07:01	11:00	00:00	08:00	00:00
25/08 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
26/08 qua	18:51	20:45	21:44	07:02	11:00	00:00	08:00	00:00
27/08 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
28/08 sex	18:55	20:30	21:36	07:06	11:00	00:00	08:00	00:00
29/08 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
30/08 dom	18:50	20:25	21:25	07:00	11:00	00:00	08:00	00:00
31/08 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
01/09 ter	18:49	20:42	21:40	07:00	11:00	00:00	08:00	00:00
02/09 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
03/09 qui	18:51	20:41	21:40	07:00	11:00	00:00	08:00	00:00
04/09 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
05/09 sab	18:51	20:40	21:39	07:02	11:00	00:00	08:00	00:00
06/09 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
07/09 seg	18:43	20:43	21:40	07:00	11:00	00:00	08:00	00:00
08/09 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
09/09 qua	18:47	20:30	21:30	07:00	11:00	00:00	08:00	00:00
10/09 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
11/09 sex	18:53	20:31	21:30	07:06	11:00	00:00	08:00	00:00
12/09 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
13/09 dom	18:49	20:29	21:29	07:01	11:00	00:00	08:00	00:00
14/09 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
15/09 ter	18:48	20:40	21:42	07:03	11:00	00:00	08:00	00:00
16/09 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
17/09 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
18/09 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
19/09 sab	18:43	20:38	21:36	07:00	11:00	00:00	08:00	00:00
20/09 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
TOTAL: 14 dias, 17 folgas/feriados					154:00	00:00	112:00	00:00

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS

Convenio nº 0107/2017
 Termo Aditivo nº 001/2020
 Fundo Recurso Estadual
 Secretaria do Estado da Saúde
 UGE: 090196 - Hospital Estadual
 Dr. Oswaldo Cruz - Fone: 3411-1000
 Tipo de Despesa: Contínua

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

DEBORA CRISTINA LOCHE

ASS. HOSPITALAR BEN DO
 BRASIL

Cartão de Ponto de 21/08/2020 a 20/09/2020

pagina 16 de 43
 Impresso em 08/10/2020 15:43

Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
 Funcionario EDILAINÉ MUNHOZ MAQUEA
 Departamento UTI MIRANDÓPOLIS

Função TEC DE
 ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Tempo Horas	Refeição	Total Not.	Total Faltas
21/08 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
22/08 sab	18:59	20:00	20:51	07:11	11:00	00:00	08:00	00:00
23/08 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
24/08 seg	18:58	20:48	21:41	07:00	11:00	00:00	08:00	00:00
25/08 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
26/08 qua	18:55	20:46	21:41	07:01	11:00	00:00	08:00	00:00
27/08 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
28/08 sex	19:01	21:10	22:05	07:05	11:00	00:00	07:54	00:00
29/08 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
30/08 dom	18:57	19:35	20:25	07:00	11:00	00:00	08:00	00:00
31/08 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
01/09 ter	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
02/09 qua	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
03/09 qui	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
04/09 sex	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
05/09 sab	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
06/09 dom	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
07/09 seg	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
08/09 ter	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
09/09 qua	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
10/09 qui	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
11/09 sex	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
12/09 sab	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
13/09 dom	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
14/09 seg	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
15/09 ter	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
16/09 qua	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
17/09 qui	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
18/09 sex	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
19/09 sab	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
20/09 dom	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
TOTAL: 5 dias, 6 folgas/feriados, 20 afastamentos					55:00	00:00	39:54	00:00

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 11:00:00

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

Horário Móvel (v1): 19H AS 07H- Início de acordo com o
 Funcionário
 5 dias x 19:00-23:00 00:00-07:00 SR = 11:00 Cada 01:00 Sem

EDILAINÉ MUNHOZ MAQUEA

ASS. HOSPITALAR BEN DO
 BRASIL

Empregador **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**
 Funcionario **SONIA DOS SANTOS ROCHA**
 Departamento **UTI MIRANDÓPOLIS**

Função **TEC DE ENFERMAGEM**

Data	Entrada 1	Saida 1	Trabalhadas	Reposico	Total Not.	Total Faltas
21/08 sex	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00	00:00
22/08 sab	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00	00:00
23/08 dom	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00	00:00
24/08 seg	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00	00:00
25/08 ter	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00	00:00
26/08 qua	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00	00:00
27/08 qui	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00	00:00
28/08 sex	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00	00:00
29/08 sab	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00	00:00
30/08 dom	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00	00:00
31/08 seg	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00	00:00
01/09 ter	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00	00:00
02/09 qua	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00	00:00
03/09 qui	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00	00:00
04/09 sex	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00	00:00
05/09 sab	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00	00:00
06/09 dom	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00	00:00
07/09 seg	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00	00:00
08/09 ter	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00	00:00
09/09 qua	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00	00:00
10/09 qui	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00	00:00
11/09 sex	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00	00:00
12/09 sab	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00	00:00
13/09 dom	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00	00:00
14/09 seg	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00	00:00
15/09 ter	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00	00:00
16/09 qua	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00	00:00
17/09 qui	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00	00:00
18/09 sex	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00	00:00
19/09 sab	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00	00:00
20/09 dom	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00	00:00

Cartão de Ponto de 21/08/2020 a 20/09/2020

página 41 de 43
Impresso em 06/10/2020 15:43

Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionario SONIA DOS SANTOS ROCHA
Departamento UTI MIRANDÓPOLIS

Data	Entrada	Saída	Trabalhada	Relaxar	Total Hor.	Função TEC DE ENFERMAGEM
TOTAL: 0 dias, 31 afastamentos			00:00	00:00	00:00	Total Faltas 00:00

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS

Convenio nº 0107/2017
Item Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGSE 000196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custo

Horário Movei (v1): 19H AS 07H- Início de acordo com o
Funcionário
dias x 10:00-23:00 00:00-07:00 SR = 11:00 Cargo 01:00 Sem


SONIA DOS SANTOS ROCHA


ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

Cartão de Ponto de 21/03/2020 a 20/09/2020

página 7 de 43
Impresso em 06/10/2020 15:43Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário BIANCA CAETANO COSTA SILVA
Departamento UTI MIRANDÓPOLISFunção TEC DE
ENFERMAGEM

Data	Entrada	Saida 1	Entrada 2	Saida 2	Entrada 3	Saida 3	Trabalhadas	Intervalo	Total Not.	Total Faltas
21/08 sex	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00
22/08 sab	06:43	12:37	13:32	19:06			11:00	00:00	00:00	00:00
23/08 dom	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00
24/08 seg	06:49	12:26	13:16	19:10			11:31	00:00	00:00	00:00
25/08 ter	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00
26/08 qua	06:46	12:40	13:34	19:10			11:00	00:00	00:00	00:00
27/08 qui	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00
28/08 sex	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00
29/08 sab	06:48	12:36	13:32	19:15			11:31	00:00	00:00	00:00
30/08 dom	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00
31/08 seg	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00
01/09 ter	06:48	14:13	16:38	19:08			09:55	00:00	00:00	00:00
02/09 qua	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00
03/09 qui	06:49	12:08	13:05	19:09			11:00	00:00	00:00	00:00
04/09 sex	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00
05/09 sab	06:44	12:05	13:00	19:04			11:00	00:00	00:00	00:00
06/09 dom	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00
07/09 seg	06:46	11:51	12:46	19:05			11:00	00:00	00:00	00:00
08/09 ter	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00
09/09 qua	06:46	12:07	12:57	19:10			11:34	00:00	00:00	00:00
10/09 qui	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00
11/09 sex	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00
12/09 sab	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00
13/09 dom	06:48	12:27	13:24	19:09			11:00	00:00	00:00	00:00
14/09 seg	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00
15/09 ter	06:49	12:29	13:19	19:00	01:50		11:00	00:00	00:00	00:00
16/09 qua	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00
17/09 qui	06:52	12:31	13:22	19:15			11:32	00:00	00:00	00:00
18/09 sex	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00
19/09 sab	06:47	12:21	13:20	18:57			11:00	00:00	00:00	00:00
20/09 dom	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00
TOTAL: 13 dias, 18 folgas/feriados							144:03	00:00	00:00	00:00

TOLERANCIA DIARIA DE EXTRAS SUPERIOR A 15 MINUTOS

Convênio nº 0107/2017
 Termo Aditivo nº 001/2020
 Fonte Recurso Estadual
 Secretaria do Estado da Saúde
 UGE 090196 - Hospital Estadual
 Dr. Oswaldo Brandão 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 Carpa 01:00 Sem

Bianca C. C. Silva
 BIANCA CAETANO COSTA
 SII VA

[Assinatura]
 ASS. HOSPITALAR BEN DO
 BRASIL

Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionario ANA AUGUSTA FELICIANI CAMPOS
Departamento UTI MIRANDÓPOLIS

Função TEC DE
ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Trabalhada	Refeição	Total Not.	Total Faltas
21/08 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
22/08 sab	06:45	13:57	14:49	19:06	11:00	00:00	00:00	00:00
23/08 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
24/08 seg	06:45	13:05	14:13	19:05	11:00	00:00	00:00	00:00
25/08 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
26/08 qua	06:46	13:34	14:35	19:04	11:00	00:00	00:00	00:00
27/08 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
28/08 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
29/08 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
30/08 dom	18:39	19:35	20:25	07:00	11:31	00:00	08:00	00:00
31/08 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
01/09 ter	06:48	13:40	14:38	18:59	11:00	00:00	00:00	00:00
02/09 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
03/09 qui	06:53	13:06	14:05	18:59	11:00	00:00	00:00	00:00
04/09 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
05/09 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
06/09 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
07/09 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
08/09 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
09/09 qua	18:43	19:58	20:55	07:02	11:00	00:00	08:00	00:00
10/09 qui	Afastamento - ATESTADO				00:00	00:00	00:00	00:00
11/09 sex	Afastamento - ATESTADO				00:00	00:00	00:00	00:00
12/09 sab	Afastamento - ATESTADO				00:00	00:00	00:00	00:00
13/09 dom	Afastamento - ATESTADO				00:00	00:00	00:00	00:00
14/09 seg	Afastamento - ATESTADO				00:00	00:00	00:00	00:00
15/09 ter	Afastamento - ATESTADO				00:00	00:00	00:00	00:00
16/09 qua	Afastamento - ATESTADO				00:00	00:00	00:00	00:00
17/09 qui	Afastamento - ATESTADO				00:00	00:00	00:00	00:00
18/09 sex	Afastamento - ATESTADO				00:00	00:00	00:00	00:00
19/09 sab	06:42	13:04	14:02	18:53	11:00	00:00	00:00	00:00
20/09 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
TOTAL: 8 dias, 14 folgas/feriados, 9 afastamentos					88:31	00:00	16:00	00:00

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 15 MINUTOS

Convenio nº 010/2017
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 - 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

Ana Augusta F. Campos
ANA AUGUSTA FELICIANI
CAMPOS

[Assinatura]
ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

Cartão de Ponto de 21/08/2020 a 20/09/2020

página 6 de 43
 Impresso em 06/10/2020 15:43

Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
 Funcionário ANA PAULA DOS SANTOS SILVA
 Departamento UTI MIRANDÓPOLIS

Função TEC DE
 ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Trabalhadas	Faltas	Total Net	Total Faltas
21/08 sex	18:58	20:28	21:29	07:00	11:00	00:00	08:00	00:00
22/08 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
23/08 dom	18:57	20:21	21:25	07:06	11:00	00:00	08:00	00:00
24/08 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
25/08 ter	18:54	20:23	21:22	07:04	11:00	00:00	08:00	00:00
26/08 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
27/08 qui	18:52	20:40	21:38	07:03	11:00	00:00	08:00	00:00
28/08 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
29/08 sab	19:04	20:40	21:40	07:03	10:59	00:00	08:00	00:00
30/08 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
31/08 seg	18:52	20:24	21:29	07:02	11:00	00:00	08:00	00:00
01/09 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
02/09 qua	18:54	20:05	21:05	07:02	11:00	00:00	08:00	00:00
03/09 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
04/09 sex	18:58	20:15	21:13	07:01	11:00	00:00	08:00	00:00
05/09 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
06/09 dom	18:54	20:05	20:58	07:05	11:00	00:00	08:00	00:00
07/09 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
08/09 ter	18:55	20:08	21:05	07:00	11:00	00:00	08:00	00:00
09/09 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
10/09 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
11/09 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
12/09 sab	18:56	20:17	21:27	07:03	10:57	00:00	08:00	00:00
13/09 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
14/09 seg	18:53	20:22	21:21	07:01	11:00	00:00	08:00	00:00
15/09 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
16/09 qua	18:55	20:08	21:12	07:00	11:00	00:00	08:00	00:00
17/09 qui	07:00				00:00	00:00	00:00	00:00
18/09 sex	18:58	21:49	22:48	07:00	11:00	00:00	07:05	00:00
19/09 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
20/09 dom	18:57	20:24	21:24	07:01	11:00	00:00	08:00	00:00
TOTAL: 16 dias, 15 folgas/feriados					164:56	00:00	119:05	00:00

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 15 MINUTOS

Convênio nº 0107/2017
 Termo Aditivo nº 001/2020
 Fonte Recurso Estadual
 Secretaria do Estado da Saúde
 UNIF - 000136 - Hospital Estadual
 Dr. Osvaldo 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

ANA PAULA DOS SANTOS
 SILVA

ASS. HOSPITALAR BEN DO
 BRASIL

Empregador **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**
 Funcionário **MAURO CELSO CHIAVELLI**
 Departamento **UTI MIRANDÓPOLIS**

Função **AUX DE FARMÁCIA**

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Trabalhadas	Refeição	Total Not.	Total Faltas
21/08 sex	08:34	14:32	15:15	18:44	07:30	00:43	00:00	00:00
22/08 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
23/08 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
24/08 seg	09:11	16:00	16:55	18:17	07:19	01:00	00:00	00:00
25/08 ter	07:52	11:51	12:41	19:12	00:12	00:00	00:00	00:00
26/08 qua	08:05	14:33	15:12	21:36	02:36	00:00	00:00	00:00
27/08 qui	08:18	14:43	15:39	17:54	07:30	01:00	00:00	00:00
28/08 sex	08:05	14:27	15:20	16:06	06:06	01:00	00:00	00:00
29/08 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
30/08 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
31/08 seg	07:54	17:35	19:22	19:29	06:43	01:00	00:00	00:00
01/09 ter	07:50	14:10	15:06	18:40	07:30	01:00	00:00	00:00
02/09 qua	07:53	13:52	14:40	16:20	06:20	01:00	00:00	00:00
03/09 qui	08:12	13:25	14:02	16:47	06:47	00:37	00:00	00:00
04/09 sex	08:23	14:03	14:37	19:37	07:30	00:34	00:00	00:00
05/09 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
06/09 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
07/09 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
08/09 ter	07:56	13:42	14:37	16:42	06:42	01:00	00:00	00:00
09/09 qua	07:43	15:18	16:18	17:18	07:18	01:00	00:00	00:00
10/09 qui	07:22	12:22	13:15	18:35	07:30	01:00	00:00	00:00
11/09 sex	08:10	11:54	12:44	17:10	07:10	01:00	00:00	00:00
12/09 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
13/09 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
14/09 seg	07:51	14:00	14:53	16:58	06:58	01:00	00:00	00:00
15/09 ter	07:56	11:06			02:06	00:00	00:00	00:00
16/09 qua	07:31	14:13	15:13	17:34	07:30	01:00	00:00	00:00
17/09 qui	07:24	13:17	14:19	21:00	07:30	01:00	00:00	00:00
18/09 sex	08:08	14:16	15:02	18:39	07:30	01:00	00:00	00:00
19/09 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
20/09 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
TOTAL: 20 dias, 11 folgas/feriados					126:17	15:54	00:00	00:00

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 15 MINUTOS

Convênio nº 0107/2012
 Termo Aditivo nº 001/2020
 Fonte Recurso Estadual
 Secretaria do Estado da Saúde
 UGE: 090196 - Hospital Estadual
 "Dr. Divaldo Brandi Faria" de Mirandópolis
 Tipo de Despesa: Custeio


 MAURO CELSO CHIAVELLI


 ASS. HOSPITALAR BEN DO

Empregador **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**
 Funcionário **CAMILA DONATO INNOGENCIO**
 Departamento **UTI MIRANDÓPOLIS**

Função **ENFERMEIRO**
 (A)

Data	Saída 1	Trabalhada	Reflexão	Total Faltas
21/08 sex	Afastamento - AFASTAMENTO	00:00	00:00	00:00
22/08 sab	Afastamento - AFASTAMENTO	00:00	00:00	00:00
23/08 dom	Afastamento - AFASTAMENTO	00:00	00:00	00:00
24/08 seg	Afastamento - AFASTAMENTO	00:00	00:00	00:00
25/08 ter	Afastamento - AFASTAMENTO	00:00	00:00	00:00
26/08 qua	Afastamento - AFASTAMENTO	00:00	00:00	00:00
27/08 qui	Afastamento - AFASTAMENTO	00:00	00:00	00:00
28/08 sex	Afastamento - AFASTAMENTO	00:00	00:00	00:00
29/08 sab	Afastamento - AFASTAMENTO	00:00	00:00	00:00
30/08 dom	Afastamento - AFASTAMENTO	00:00	00:00	00:00
31/08 seg	Afastamento - AFASTAMENTO	00:00	00:00	00:00
01/09 ter	Afastamento - AFASTAMENTO	00:00	00:00	00:00
02/09 qua	Afastamento - AFASTAMENTO	00:00	00:00	00:00
03/09 qui	Afastamento - AFASTAMENTO	00:00	00:00	00:00
04/09 sex	Afastamento - AFASTAMENTO	00:00	00:00	00:00
05/09 sab	Afastamento - AFASTAMENTO	00:00	00:00	00:00
06/09 dom	Afastamento - AFASTAMENTO	00:00	00:00	00:00
07/09 seg	Afastamento - AFASTAMENTO	00:00	00:00	00:00
08/09 ter	Afastamento - AFASTAMENTO	00:00	00:00	00:00
09/09 qua	Afastamento - AFASTAMENTO	00:00	00:00	00:00
10/09 qui	Afastamento - AFASTAMENTO	00:00	00:00	00:00
11/09 sex	Afastamento - AFASTAMENTO	00:00	00:00	00:00
12/09 sab	Afastamento - AFASTAMENTO	00:00	00:00	00:00
13/09 dom	Afastamento - AFASTAMENTO	00:00	00:00	00:00
14/09 seg	Afastamento - AFASTAMENTO	00:00	00:00	00:00
15/09 ter	Afastamento - AFASTAMENTO	00:00	00:00	00:00
16/09 qua	Afastamento - AFASTAMENTO	00:00	00:00	00:00
17/09 qui	Afastamento - AFASTAMENTO	00:00	00:00	00:00
18/09 sex	Afastamento - AFASTAMENTO	00:00	00:00	00:00
19/09 sab	Afastamento - AFASTAMENTO	00:00	00:00	00:00
20/09 dom	Afastamento - AFASTAMENTO	00:00	00:00	00:00

Cartão de Ponto de 21/08/2020 a 20/09/2020

Impresso em 06/10/2020 15:43

Empregador **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**
 Funcionario **CAMILA DONATO INNOCENCIO**
 Departamento **UTI MIRANDÓPOLIS**

Função **ENFERMEIRO**
 (A)

Data	Entrada	Saida	Trabalhou	Refeição	Total Not	Total Extras
TOTAL: 0 dias, 31 afastamentos			00:00	00:00	00:00	00:00

TOLERÂNCIA DIARIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS

Convênio nº 0107/2017
 Termo Aditivo nº 001/2020
 Fundo Recurso Estadual
 Secretaria da Saúde do Estado
 UGE: 098196 - Hospital Estadual
 Dr. Oswaldo Brandão - Uti de Mirandópolis
 Tipo de Despesa: Custo

Horário Movel (v1): 19H AS 07H- Início de acordo com o
 funcionário
 7 dias: 19:00-23:00 00:00-07:00 SB - 11:00-15:00 01:00-05:00

CAMILA DONATO INNOCÊNCIO

ASS. HOSPITALAR BEN DO
 BRASIL

Cartão de Ponto de 21/08/2020 a 20/09/2020

página 1 de 43
Impresso em 08/10/2020 15:43

Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário ALCIONE BOGAZ
Departamento UTI MIRANDÓPOLIS

Função TEC DE ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Trabalhada	Refeição	Total Net.	Total Faltas
21/08 sex	18:57	20:41	21:29	07:00	11:00	00:00	08:00	00:00
22/08 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
23/08 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
24/08 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
25/08 ter	18:51	20:25	21:18	07:01	11:00	00:00	08:00	00:00
26/08 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
27/08 qui	18:54	19:54	20:54	07:02	11:00	00:00	08:00	00:00
28/08 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
29/08 sab	18:57	20:32	21:29	07:03	11:00	00:00	08:00	00:00
30/08 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
31/08 seg	19:02	20:20	21:17	07:00	11:00	00:00	08:00	00:00
01/09 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
02/09 qua	18:46	20:07	20:59	07:02	11:00	00:00	08:00	00:00
03/09 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
04/09 sex	18:52	20:04	20:55	07:01	11:00	00:00	08:00	00:00
05/09 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
06/09 dom	18:58	20:05	20:58	07:04	11:00	00:00	08:00	00:00
07/09 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
08/09 ter	18:47	20:10	21:06	07:00	11:00	00:00	08:00	00:00
09/09 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
10/09 qui	18:45	20:52	21:52	07:01	11:00	00:00	08:00	00:00
11/09 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
12/09 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
13/09 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
14/09 seg	18:59	20:22	21:15	07:01	11:00	00:00	08:00	00:00
15/09 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
16/09 qua	18:48	20:04	21:02	07:00	11:00	00:00	08:00	00:00
17/09 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
18/09 sex	18:50	20:11	21:08	07:00	11:00	00:00	08:00	00:00
19/09 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
20/09 dom	18:49	20:17	21:03	07:01	11:00	00:00	08:00	00:00
TOTAL: 14 dias, 17 folgas/feriados					154:00	00:00	112:00	00:00

TOLERANCIA DIARIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS

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

Horário Model (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

ALCIONE BOGAZ

ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL

Cartão de Ponto de 21/08/2020 a 20/09/2020

Impresso em 06/10/2020 15:43

Empregador **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**
 Funcionario **RICARDO DE CARVALHO**
 Departamento **UTI MIRANDÓPOLIS**

Função **TEC DE ENFERMAGEM**

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Trabalhada	Reflexão	Total Not.	Total Faltas
21/08 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
22/08 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
23/08 dom	18:58	20:24	21:18	07:06	11:00	00:00	08:00	00:00
24/08 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
25/08 ter	18:51	20:26	21:23	07:01	11:00	00:00	08:00	00:00
26/08 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
27/08 qui	18:51	20:55	21:56	07:02	11:00	00:00	08:00	00:00
28/08 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
29/08 sab	18:57	20:33	21:30	07:02	11:00	00:00	08:00	00:00
30/08 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
31/08 seg	18:53	20:23	21:26	07:02	11:00	00:00	08:00	00:00
01/09 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
02/09 qua	18:48	20:15	21:13	07:02	11:00	00:00	08:00	00:00
03/09 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
04/09 sex	18:44	20:16	21:21	07:01	11:00	00:00	08:00	00:00
05/09 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
06/09 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
07/09 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
08/09 ter	18:47	20:11	21:12	07:00	11:00	00:00	08:00	00:00
09/09 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
10/09 qui	18:55	20:03	21:02	07:00	11:00	00:00	08:00	00:00
11/09 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
12/09 sab	18:43	20:34	21:27	07:03	11:00	00:00	08:00	00:00
13/09 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
14/09 seg	18:49	20:27	21:30	07:02	11:00	00:00	08:00	00:00
15/09 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
16/09 qua	18:46	20:01	21:00	07:00	11:00	00:00	08:00	00:00
17/09 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
18/09 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
19/09 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
20/09 dom	18:39	20:26	21:24	07:01	11:00	00:00	08:00	00:00
TOTAL: 13 dias, 18 folgas/feriados					143:00	00:00	104:00	00:00

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 15 MINUTOS

Convênio nº 0107/2017
 Termo Aditivo nº 001/2020
 Fundo Recurso Estadual
 Secretaria do Estado da Saúde
 UGE: 090196 - Hospital Estadual
 Dr. Oswaldo Brandi Faria - 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 Cargo 01:00 Sem

Ricardo de Carvalho
RICARDO DE CARVALHO

[Assinatura]
ASS. HOSPITALAR BEN DO

Cartão de Ponto de 21/08/2020 a 20/09/2020

página 18 de 43
Impresso em 06/10/2020 15:43Empregador 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	Entrada 3	Saída 3	Trabalhadas	Refeição	Total Not.	Total Faltas
21/08 sex	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00
22/08 sab	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00
23/08 dom	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00
24/08 seg	06:55	13:08	14:13	19:06			11:00	00:00	00:00	00:00
25/08 ter	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00
26/08 qua	06:54	13:35	14:34	19:09			11:00	00:00	00:00	00:00
27/08 qui	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00
28/08 sex	06:58	13:24	14:25	19:10			11:00	00:00	00:00	00:00
29/08 sab	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00
30/08 dom	07:02	14:02	15:04	19:11			11:00	00:00	00:00	00:00
31/08 seg	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00
01/09 ter	07:00	13:40	14:38	18:59			11:00	00:00	00:00	00:00
02/09 qua	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00
03/09 qui	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00
04/09 sex	07:01	12:54	14:05	18:58	00:00		10:46	00:00	00:00	00:00
05/09 sab	06:59	13:22	14:22	19:00			11:00	00:00	00:00	00:00
06/09 dom	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00
07/09 seg	06:57	13:27	14:26	19:00			11:00	00:00	00:00	00:00
08/09 ter	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00
09/09 qua	19:01	19:58	20:55	07:02			11:00	00:00	08:00	00:00
10/09 qui	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00
11/09 sex	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00
12/09 sab	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00
13/09 dom	06:58	13:41	14:30	19:09			11:00	00:00	00:00	00:00
14/09 seg	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00
15/09 ter	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00
16/09 qua	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00
17/09 qui	06:46	13:20	14:19	19:03			11:00	00:00	00:00	00:00
18/09 sex	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00
19/09 sab	07:11	11:12	12:05	18:54			10:50	00:00	00:00	00:00
20/09 dom	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00
TOTAL: 12 dias, 19 folgas/feriados							131:36	00:00	08:00	00:00

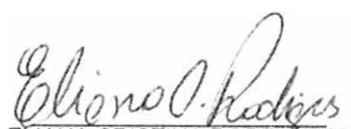
TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 15 MINUTOS

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
LIGE 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: CustoHorário Movel (v1): 07H AS 19H- Início de acordo com o
funcionário
7 dias x 07 00-12 00 13 00-19 00 SR = 11 00 Carro 01 00 SemElaine C. D. Borges
ELAINE CRISTINA DIAS
BORGESASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

Empregador **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**
Funcionário **ELIANA CRISTINA RODRIGUES**
Departamento **UTI MIRANDÓPOLIS**Função **TEC DE ENFERMAGEM**

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Trabalhadas	Retenção	Total Nrt.	Total Faltas
21/08 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
22/08 sab	06:55	13:35	14:35	19:08	11:00	00:00	00:00	00:00
23/08 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
24/08 seg	06:52	13:07	14:13	19:06	11:00	00:00	00:00	00:00
25/08 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
26/08 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
27/08 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
28/08 sex	06:53	13:36	14:31	19:12	11:00	00:00	00:00	00:00
29/08 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
30/08 dom	06:51	14:02	15:04	19:14	11:00	00:00	00:00	00:00
31/08 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
01/09 ter	06:53	13:41	14:39	18:59	11:00	00:00	00:00	00:00
02/09 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
03/09 qui	06:56	13:07	14:06	19:00	11:00	00:00	00:00	00:00
04/09 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
05/09 sab	06:52	13:22	14:24	19:00	11:00	00:00	00:00	00:00
06/09 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
07/09 seg	06:52	12:21	13:23	19:03	11:00	00:00	00:00	00:00
08/09 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
09/09 qua	06:58	13:27	14:28	19:06	11:00	00:00	00:00	00:00
10/09 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
11/09 sex	18:50	19:34	20:26	07:18	11:36	00:00	08:00	00:00
12/09 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
13/09 dom	06:53	13:30	14:30	19:10	11:00	00:00	00:00	00:00
14/09 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
15/09 ter	06:55	13:29	14:28	19:06	11:00	00:00	00:00	00:00
16/09 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
17/09 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
18/09 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
19/09 sab	18:50	20:05	20:56	07:02	11:00	00:00	08:00	00:00
20/09 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
TOTAL: 13 dias, 18 folgas/feriados					143:36	00:00	16:00	00:00

TOLERANCIA DIARIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria de Estado de Saúde
LIGE 090196 - Hospital Estadual
Dr. Osvaldo Cruz, Fátima de Mirandópolis
Tipo de Despesa: CustoHorario 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

 ELIANA CRISTINA RODRIGUES
 10/10/2020


 ASS. HOSPITALAR BEN DO
 BRASIL

Empregador **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**
 Funcionario **GISLAINE MACHADO MORABITO**
 Departamento **UTI MIRANDÓPOLIS**

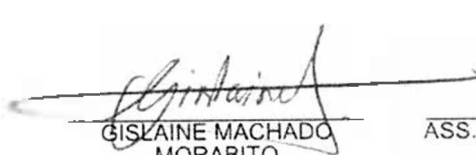
Função **TEC DE ENFERMAGEM**

Data	Bateria 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Trabalhadas	Relação	Total Not.	Total Faltas
21/08 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
22/08 sab	06:55	12:36	13:31	19:08	11:00	00:00	00:00	00:00
23/08 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
24/08 seg	06:55	12:05	13:05	19:05	11:00	00:00	00:00	00:00
25/08 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
26/08 qua	06:57	12:40	13:35	19:07	11:00	00:00	00:00	00:00
27/08 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
28/08 sex	06:54	13:29	14:28	19:12	11:00	00:00	00:00	00:00
29/08 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
30/08 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
31/08 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
01/09 ter	07:00	12:20	13:12	19:00	11:00	00:00	00:00	00:00
02/09 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
03/09 qui	06:53	12:04	13:04	19:00	11:00	00:00	00:00	00:00
04/09 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
05/09 sab	07:00	12:14	13:16	19:00	10:58	00:00	00:00	00:00
06/09 dom	06:53	13:13	14:15	19:03	11:00	00:00	00:00	00:00
07/09 seg	06:52	12:22	13:21	19:03	11:00	00:00	00:00	00:00
08/09 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
09/09 qua	06:47	13:27	14:26	19:06	11:00	00:00	00:00	00:00
10/09 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
11/09 sex	06:58	12:33	13:33	19:13	11:00	00:00	00:00	00:00
12/09 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
13/09 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
14/09 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
15/09 ter	06:50	12:26	13:27	19:05	11:00	00:00	00:00	00:00
16/09 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
17/09 qui	06:51	12:17	13:13	19:04	11:00	00:00	00:00	00:00
18/09 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
19/09 sab	06:56	12:39	13:35	18:54	11:00	00:00	00:00	00:00
20/09 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
TOTAL: 14 dias, 17 folgas/feriados					153:58	00:00	00:00	00:00

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS

Convenio nº 0107/2017
 Sistema Autônomo de Gestão
 Fundo Recurso Estadual
 Secretaria do Estado da Saúde
 UPAE - 000006 - Hospital Ben do Brasil
 Dr. Oswaldo Brandão Lima do Monte
 Tipo de Despesa: Capital

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 Carno 01:00 Sem


 GISLAINE MACHADO
 MORABITO


 ASS. HOSPITALAR BEN DO
 BRASIL

Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário ISADORA MORAIS DE CASTRO SANTOS
Departamento UTI MIRANDÓPOLIS

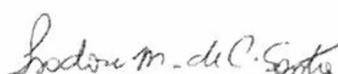
Função AUX DE
FARMACIA

Data	Entrada 1	Saida 1	Entrada 2	Saida 2	Entrada 3	Saida 3	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.	Total Faltas
21/08 sex	06:43	12:36	13:41	19:04	19:24		11:00	00:00	00:00	00:00
22/08 sab	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00
23/08 dom	06:42	13:30	14:28	19:16			11:36	00:00	00:00	00:00
24/08 seg	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00
25/08 ter	18:33	20:26	21:26	07:09			11:36	00:00	08:00	00:00
26/08 qua	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00
27/08 qui	06:50	12:36	13:44	19:11			11:00	00:00	00:00	00:00
28/08 sex	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00
29/08 sab	06:57	12:55	13:58	19:10			11:00	00:00	00:00	00:00
30/08 dom	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00
31/08 seg	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00
01/09 ter	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00
02/09 qua	06:45	12:38	13:38	19:05			11:00	00:00	00:00	00:00
03/09 qui	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00
04/09 sex	06:41	12:35	13:45	19:00			11:00	00:00	00:00	00:00
05/09 sab	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00
06/09 dom	06:50	13:06	14:08	19:12			11:00	00:00	00:00	00:00
07/09 seg	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00
08/09 ter	06:51	12:41	13:40	19:16			11:00	00:00	00:00	00:00
09/09 qua	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00
10/09 qui	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00
11/09 sex	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00
12/09 sab	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00
13/09 dom	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00
14/09 seg	06:52	12:08	13:15	19:08			11:00	00:00	00:00	00:00
15/09 ter	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00
16/09 qua	06:53	12:31	13:30	19:14			11:00	00:00	00:00	00:00
17/09 qui	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00
18/09 sex	06:48	13:03	14:04	19:04			11:00	00:00	00:00	00:00
19/09 sab	06:50	12:35	13:42	19:03			11:00	00:00	00:00	00:00
20/09 dom	06:44	12:28	13:32	19:05			11:00	00:00	00:00	00:00
TOTAL: 14 dias, 17 folgas/feriados							155:12	00:00	08:00	00:00

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 11 MINUTOS

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 Miranda
Tipo de Despesa - Custo

Horário Movel (v1): 07H AS 19H- Início de acordo com o
funcionário
7 dias: 07:00 12:00 13:00 19:00 SP - 11:00 (Ponto 01:00 Sem


ISADORA MORAIS DE CASTRO


ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

Empregador **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**
 Funcionario **LAIS MARANI SILVA**
 Departamento **UTI MIRANDÓPOLIS**

Função
FARMACEUTICO (A)

Data	Evento	Sigla	Trabalhada	Relação	Total Not.	Total Faltas
21/08 sex	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00	00:00
22/08 sab	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00	00:00
23/08 dom	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00	00:00
24/08 seg	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00	00:00
25/08 ter	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00	00:00
26/08 qua	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00	00:00
27/08 qui	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00	00:00
28/08 sex	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00	00:00
29/08 sab	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00	00:00
30/08 dom	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00	00:00
31/08 seg	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00	00:00
01/09 ter	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00	00:00
02/09 qua	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00	00:00
03/09 qui	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00	00:00
04/09 sex	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00	00:00
05/09 sab	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00	00:00
06/09 dom	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00	00:00
07/09 seg	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00	00:00
08/09 ter	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00	00:00
09/09 qua	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00	00:00
10/09 qui	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00	00:00
11/09 sex	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00	00:00
12/09 sab	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00	00:00
13/09 dom	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00	00:00
14/09 seg	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00	00:00
15/09 ter	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00	00:00
16/09 qua	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00	00:00
17/09 qui	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00	00:00
18/09 sex	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00	00:00
19/09 sab	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00	00:00
20/09 dom	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00	00:00

Cartão de Ponto de 21/08/2020 a 20/09/2020

página 27 de 43
 Impresso em 06/10/2020 15:43

Empregador **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**
 Funcionario **LAIS MARANI SILVA**
 Departamento **UTI MIRANDÓPOLIS**

Função
FARMACEUTICO (A)

Data	Entrada 1	Saida 1	Trebalhada	Refelcao	Total Not.	Total Falta
TOTAL: 0 dias, 31 afastamentos			00:00	00:00	00:00	00:00

TOLEIRÂNCIA 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 Brancalatti de Mirandópolis
 Tipo de Despesa: Custeio

Cartão de Ponto de 21/08/2020 a 20/09/2020

página 31 de 43
Impresso em 06/10/2020 15:43

Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário MARCIA MAIARA POSSENTI
Departamento UTI MIRANDÓPOLIS

Função AUX
ADMINISTRATIVO

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Entrada 3	Saída 3	Embaralhadas	Refeição	Total Not.	Total Faltas
21/08 sex	07:22	11:29	12:52	16:05			07:20	00:00	00:00	02:40
22/08 sab	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00
23/08 dom	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00
24/08 seg	07:34	11:19	12:57	16:59			07:47	00:00	00:00	02:13
25/08 ter	07:23	11:30	13:11	17:00			07:56	00:00	00:00	02:04
26/08 qua	07:46	11:00	12:00	16:48			08:02	00:00	00:00	01:58
27/08 qui	07:56	13:06	13:12	16:43			08:41	00:06	00:00	01:19
28/08 sex	07:35	11:14	12:40	16:49			07:48	00:00	00:00	02:12
29/08 sab	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00
30/08 dom	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00
31/08 seg	07:25	11:15	12:52	16:47			07:45	00:00	00:00	02:15
01/09 ter	07:48	11:19	12:55	16:52			07:28	00:00	00:00	02:32
02/09 qua	07:33	11:00	12:00	17:10			08:37	00:00	00:00	01:23
03/09 qui	07:29	11:27	13:06	16:37			07:29	00:00	00:00	02:31
04/09 sex	07:41	11:23	12:58	16:46			07:30	00:00	00:00	02:30
05/09 sab	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00
06/09 dom	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00
07/09 seg	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00
08/09 ter	07:35	16:53					09:18	00:00	00:00	00:42
09/09 qua	07:29	11:36	12:52	13:00	16:54		04:15	00:00	00:00	05:45
10/09 qui	07:31	11:37	13:10	16:50			07:46	00:00	00:00	02:14
11/09 sex	07:37	11:28	13:21	16:52			07:22	00:00	00:00	02:38
12/09 sab	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00
13/09 dom	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00
14/09 seg	08:09	11:20	12:26	17:21			08:06	00:00	00:00	01:54
15/09 ter	08:14	11:18	13:12	16:46			06:38	00:00	00:00	03:22
16/09 qua	08:06	11:29	13:33	16:32			06:22	00:00	00:00	03:38
17/09 qui	08:23	13:12	17:03	20:41			08:27	00:00	00:00	01:33
18/09 sex	07:48	11:44	13:01	16:19			07:14	00:00	00:00	02:46
19/09 sab	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00
20/09 dom	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00
TOTAL: 20 dias, 11 folgas/feriados							151:51	00:06	00:00	48:09

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 Brandli Faria de Miranda
Tipo de Despesa: Corrente

Marcia Maíara Possenti

[Assinatura]

Cartão de Ponto de 21/08/2020 a 20/09/2020

página 42 de 43
impresso em 06/10/2020 15:43

Empregador **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**
Funcionário **THAIS BOARETO DA SILVA**
Departamento **UTI MIRANDÓPOLIS**

Função
ENFERMEIRO(A) RT

Data	Entrada 1	Saida 1	Entrada 2	Saida 2	Trabalhando	Intervalo	Total Hora	Total Faltas
21/08 sex	08:31	14:17	14:42	15:38	06:42	00:25	00:00	00:00
22/08 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
23/08 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
24/08 seg	08:05	13:55	14:53	16:59	07:00	00:58	00:00	00:00
25/08 ter	07:56	12:34	13:30	16:39	07:00	00:56	00:00	00:00
26/08 qua	08:00	14:30	14:32	19:51	07:00	00:02	00:00	00:00
27/08 qui	08:24	12:52	13:55	17:08	07:00	01:03	00:00	00:00
28/08 sex	08:22	13:02	14:09	16:48	07:00	01:00	00:00	00:00
29/08 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
30/08 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
31/08 seg	08:03	13:18	14:24	16:19	07:00	01:00	00:00	00:00
01/09 ter	08:05	13:32	14:24	17:35	07:00	00:52	00:00	00:00
02/09 qua	08:11	14:55	16:10	17:55	07:00	01:00	00:00	00:00
03/09 qui	09:00	13:38	14:37	16:24	06:25	00:59	00:00	00:00
04/09 sex	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
05/09 sab	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
06/09 dom	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
07/09 seg	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
08/09 ter	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
09/09 qua	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
10/09 qui	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
11/09 sex	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
12/09 sab	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
13/09 dom	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
14/09 seg	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
15/09 ter	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
16/09 qua	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
17/09 qui	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
18/09 sex	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
19/09 sab	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
20/09 dom	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
TOTAL: 10 dias, 4 folgas/feriados, 17 afastamentos					69:07	08:15	00:00	00:00

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIORES A 10 MINUTOS

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

Horário Movel (v1): 07:00 às 16:00 - RT Mirandópolis - Início:
Segunda

THAIS BOARETO DA SILVA

ASS. HOSPITALAR BEN DO

Empregador **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**
 Funcionario **VALERIA CRISTINA DE SOUZA DA CRUZ**
 Departamento **UTI MIRANDÓPOLIS**

Função **TEC DE ENFERMAGEM**

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Trabalhadas	Refeição	Total Not.	Total Faltas
21/08 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
22/08 sab	06:46	12:35	13:31	19:06	11:00	00:00	00:00	00:00
23/08 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
24/08 seg	06:50	12:00	13:00	19:05	11:00	00:00	00:00	00:00
25/08 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
26/08 qua	06:49	12:55	13:54	19:08	11:00	00:00	00:00	00:00
27/08 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
28/08 sex	06:48	12:17	13:16	19:10	11:00	00:00	00:00	00:00
29/08 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
30/08 dom	06:51	12:43	13:39	19:13	11:00	00:00	00:00	00:00
31/08 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
01/09 ter	06:48	12:19	13:12	18:59	11:00	00:00	00:00	00:00
02/09 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
03/09 qui	06:53	12:16	13:11	18:59	11:00	00:00	00:00	00:00
04/09 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
05/09 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
06/09 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
07/09 seg	18:55	19:31	20:25	07:05	11:00	00:00	08:00	00:00
08/09 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
09/09 qua	06:47	12:06	13:03	19:06	11:00	00:00	00:00	00:00
10/09 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
11/09 sex	06:47				00:00	00:00	00:00	00:00
12/09 sab	07:09				00:00	00:00	00:00	00:00
13/09 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
14/09 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
15/09 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
16/09 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
17/09 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
18/09 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
19/09 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
20/09 dom	Jornada	12:24	13:22	19:04	01:00	00:00	00:00	00:00
TOTAL: 10 dias, 20 folgas/feriados, 1 afastamento					100:00	00:00	08:00	00:00

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 18 MINUTOS

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


 VALERIA CRISTINA DE SOUZA
 DA


 ASS. HOSPITALAR BEN DO
 BRASIL

Empregador **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**
 Funcionário **ALESSANDRA AGUIAR SALESSE FARIAS**
 Departamento **UTI MIRANDÓPOLIS**

Função **ENFERMEIRO**
 (A)

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Trabalhadas	Refeição	Total Not.	Total Faltas
21/08 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
22/08 sab	18:47	20:00	20:51	07:25	11:47	00:00	08:00	00:00
23/08 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
24/08 seg	18:52	20:48	21:42	07:13	11:00	00:00	08:00	00:00
25/08 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
26/08 qua	18:51	20:44	21:43	07:16	11:00	00:00	08:00	00:00
27/08 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
28/08 sex	18:55	21:12	22:12	07:13	11:00	00:00	07:46	00:00
29/08 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
30/08 dom	18:47	19:35	20:28	07:16	11:36	00:00	08:00	00:00
31/08 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
01/09 ter	18:49	20:02	21:26	07:15	11:00	00:00	08:00	00:00
02/09 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
03/09 qui	18:50	20:18	21:10	07:14	11:32	00:00	08:00	00:00
04/09 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
05/09 sab	18:50	19:36	20:21	07:11	11:36	00:00	08:00	00:00
06/09 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
07/09 seg	18:51	19:31	20:26	07:11	11:00	00:00	08:00	00:00
08/09 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
09/09 qua	18:56	19:58	20:56	07:13	11:00	00:00	08:00	00:00
10/09 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
11/09 sex	18:50	19:34	20:26	07:09	11:00	00:00	08:00	00:00
12/09 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
13/09 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
14/09 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
15/09 ter	18:51	20:02	20:51	07:20	11:40	00:00	08:00	00:00
16/09 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
17/09 qui	19:02	19:55	20:46	07:17	11:00	00:00	08:00	00:00
18/09 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
19/09 sab	18:41	20:05	20:56	07:00	11:00	00:00	08:00	00:00
20/09 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
TOTAL: 14 dias, 17 folgas/feriados					157:11	00:00	111:46	00:00

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS

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: Custo

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 Carra 01:00 Sem

ALESSANDRA AGUIAR
 SALESSE

ASS. HOSPITALAR BEN DO
 BRASIL

Mirandópolis - UTI

Novembro

Winter - Gestão e Consultoria Médica

	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo
	26/10	27/10	28/10	29/10	30/10	31/10	01/11
Diurno 07:00 19:00							Cristian 125192
Noturno 19:00 07:00							Marina Ceolin 202393
	02/11	03/11	04/11	05/11	06/11	07/11	08/11
Diurno 07:00 19:00	Maurício L. 74349	Nathalia Barreto 155355	Paulo Mesquita 155017	Cleber Brito 166687	Cleber Brito 166687	Ofélia Takiguchi 183719	Ofélia Takiguchi 183719
Noturno 19:00 07:00	Carlos Rocha 112846	Carlos Rocha 112846	Paulo Mesquita 155017	Cleber Brito 166687	Manna Ceolin 202393	Ofélia Takiguchi 183719	Marina Ceolin 202393
	09/11	10/11	11/11	12/11	13/11	14/11	15/11
Diurno 07:00 19:00	Diego Clauser 177923	Nathalia Barreto 155355	Paulo Mesquita 155017	Cleber Brito 166687	Cleber Brito 166687	Ofélia Takiguchi 183719	Ofélia Takiguchi 183719
Noturno 19:00 07:00	Carlos Rocha 112846	Carlos Rocha 112846	Paulo Mesquita 155017	Cleber Brito 166687	Bruna Mello 166864	Ofélia Takiguchi 183719	Maurício L. 74349
	16/11	17/11	18/11	19/11	20/11	21/11	22/11
Diurno 07:00 19:00	Diego Clauser 177923	Nathalia Barreto 155355	Paulo Mesquita 155017	Cleber Brito 166687	Cleber Brito 166687	Bruna Mello 166864	
Noturno 19:00 07:00	Carlos Rocha 112846	Carlos Rocha 112846	Paulo Mesquita 155017	Cleber Brito 166687	Carlos Rocha 112846	Bruna Mello 166864	Marina Ceolin 202393
	23/11	24/11	25/11	26/11	27/11	28/11	29/11
Diurno 07:00 19:00	Diego Clauser 177923	Nathalia Barreto 155355	Paulo Mesquita 155017	Cleber Brito 166687	Cleber Brito 166687	Ofélia Takiguchi 183719	Ofélia Takiguchi 183719
Noturno 19:00 07:00	Carlos Rocha 112846	Carlos Rocha 112846	Paulo Mesquita 155017	Cleber Brito 166687	Bruna Mello 166864	Ofélia Takiguchi 183719	Manna Ceolin 202393
	30/11	01/12	02/12	03/12	04/12	05/12	06/12
Diurno 07:00 19:00	Diego Clauser 177923						
Noturno 19:00 07:00	Carlos Rocha 112846						

Nome	Identificação	Contato
Alejandro Souza	125192	17997067979
Bruna Mello	166864	44991057454
Carlos Eduardo Mendonça da Rocha	112846	18996053566
Cleber Brito	166687	14998815151
Nathalia Barreto	155355	18996915767
Diego Clauser Marcon	177923	18981399936
Paulo Mesquita Filho	155017	12981420005
Maurício Lucianoelli	74349	18981064636
Ofélia Takiguchi	183719	18981284471
Marina Siqueira Ceolin	202393	18991852597

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
 Jogo de Mesa - Ceolin

Escala UTI Mirandópolis 11 2020.pdf

Código do documento 24823d6d-5291-4328-aa77-838c02227101



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	
	Bruna Raísa Lopes de Mello bru1988@hotmail.com Assinou	
	carlos eduardo mendonça da rocha carlosrocha59@gmail.com Assinou	carlos
	Cleber Brito dr_brito@hotmail.com Assinou	
	Nathalia Especie Barreto Bergamini nathalia_barreto@hotmail.com Assinou	
	Diego Clauser Marçon diegocmster@gmail.com Assinou	Diego
	PAULO FRANCISCO DE MESQUITA BARROS FILHO pfmbfilho@hotmail.com Assinou	Mesquita
	Mauricio Lucianelli mlucianelli@terra.com.br Assinou	
	Ofélia Maria Yukie Takiguchi ofelia.mt@hotmail.com Assinou	Ofelia Takiguchi
	Marina Siqueira Ceolin mazinha_ceolin@hotmail.com Assinou	

Eventos do documento

03 Nov 2020, 10:54:33

Documento número 24823d6d-5291-4328-aa77-838c02227101 **criado** por ERICO MODENUTI (Conta 44662517-a5f1-49ad-8b49-5f8f50217309). Email :contato@wintermed.com.br. - DATE_ATOM: 2020-11-03T10:54:33-03:00

03 Nov 2020, 10:58:25

Lista de assinatura **iniciada** por ERICO MODENUTI (Conta 44662517-a5f1-49ad-8b49-5f8f50217309). Email: contato@wintermed.com.br. - DATE_ATOM: 2020-11-03T10:58:25-03:00

03 Nov 2020, 11:12:42

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: 25296) - Documento de identificação informado: 095.717.688-04 - DATE_ATOM: 2020-11-03T11:12:42-03:00

03 Nov 2020, 13:55:21

PATRICIA CANZANO ANTONIO **Assinou** (Conta 8248a232-8855-4f1a-aa94-46debf2e499) - Email: canzanopatyl@gmail.com - IP: 179.110.18.195 (179-110-18-195.dsl.telesp.net.br porta: 27846) - Geolocalização: -23.485515 -46.6951702 - Documento de identificação informado: 330.053.128-44 - DATE_ATOM: 2020-11-03T13:55:21-03:00

03 Nov 2020, 16:53:35

BRUNA RAISA LOPES DE MELLO **Assinou** (Conta 01e4d66a-7bb3-47aa-922d-394a070bf64c) - Email: bru1988@hotmail.com - IP: 138.122.217.16 (138.122.217.16 porta: 33256) - Geolocalização: -22.758825505399614 -51.824369704484646 - Documento de identificação informado: 051.350.389-73 - DATE_ATOM: 2020-11-03T16:53:35-03:00

04 Nov 2020, 19:00:12

DIEGO CLAUSER MARÇON **Assinou** (Conta 25bba52d-058f-46ca-88b9-12cd635e3bdd) - Email: diegocmster@gmail.com - IP: 187.17.164.64 (187.17.164.64 porta: 63228) - Documento de identificação informado: 036.916.981-66 - DATE_ATOM: 2020-11-04T19:00:12-03:00

04 Nov 2020, 19:07:03

CLEBER BRITO **Assinou** (Conta 1955cf07-8844-4ef0-8a6a-a62ee4fd6b) - Email: dr_brito@hotmail.com - IP: 179.246.208.29 (179-246-208-29.user.vivozap.com.br porta: 3722) - Geolocalização: -21.672058823314106 -49.756328370158556 - Documento de identificação informado: 258.869.968-50 - DATE_ATOM: 2020-11-04T19:07:03-03:00

05 Nov 2020, 19:26:38

OFÉLIA MARIA YUKIE TAKIGUCHI **Assinou** - Email: ofelia.mt@hotmail.com - IP: 189.5.231.129 (bd05e781.virtua.com.br porta: 45780) - Documento de identificação informado: 406.986.248-07 - DATE_ATOM: 2020-11-05T19:26:38-03:00

06 Nov 2020, 10:27:00

MAURICIO LUCIANELLI **Assinou** - Email: mlucianelli@terra.com.br - IP: 191.122.157.201 (191.122.157.201 porta:

49730) - Geolocalização: -21.4254952 -50.081217 - Documento de identificação informado: 057.029.348-06 -
DATE_ATOM: 2020-11-06T10:27:00-03:00

09 Nov 2020, 09:55:54

ERICO MODENUTI **Assinou** (Conta 44662517-a5f1-49ad-8b49-5f8f50217309) - Email: contato@wintermed.com.br -
IP: 179.113.51.13 (179-113-51-13.user.vivozap.com.br porta: 6084) - Geolocalização: -23.485547099999998
-46.6951574 - Documento de identificação informado: 391.396.868-76 - DATE_ATOM: 2020-11-09T09:55:54-03:00

10 Nov 2020, 10:32:01

NATHALIA ESPECIE BARRETO BERGAMINI **Assinou** (Conta 180daf41-1fc6-442c-af90-da1ed2f796a4) - Email:
nathalia_barreto@hotmail.com - IP: 138.0.140.217 (138.0.140.217 porta: 30412) - Geolocalização:
-21.12483745682111 -51.10343215936035 - Documento de identificação informado: 365.370.668-83 -
DATE_ATOM: 2020-11-10T10:32:01-03:00

10 Nov 2020, 13:07:23

PAULO FRANCISCO DE MESQUITA BARROS FILHO **Assinou** (Conta 3121eed8-c7e5-4d80-9632-0b41013f3831) -
Email: pfmbfilho@hotmail.com - IP: 177.154.41.41 (41.41.154.177.efit.net.br porta: 6452) - Documento de
identificação informado: 220.571.438-48 - DATE_ATOM: 2020-11-10T13:07:23-03:00

10 Nov 2020, 16:08:52

ASSINATURA PRESENCIAL - ALEJANDRO CRISTIAN MUNIZ DE SOUZA **Assinou** (Conta e2c8fee7-965d-4fa8-
a70f-52f2b698d27d) - Email: cristiandesouza@hotmail.com (não verificado) - IP: 179.113.51.13
(179-113-51-13.user.vivozap.com.br porta: 6972) - Geolocalização: -23.4863085 -46.696214 - Documento de
identificação informado: 218.857.208-40 - DATE_ATOM: 2020-11-10T16:08:52-03:00

12 Nov 2020, 11:14:09

ASSINATURA PRESENCIAL - MARINA SIQUEIRA CEOLIN **Assinou** - Email: mazinha_ceolin@hotmail.com (não
verificado) - IP: 179.113.51.13 (179-113-51-13.user.vivozap.com.br porta: 28902) - Geolocalização: -23.4856338
-46.6954607 - Documento de identificação informado: 349.070.208-56 - DATE_ATOM: 2020-11-12T11:14:09-03:00

Hash do documento original

(SHA256):86f852bb125168f7f9aada05741ac1ac38005dc1e0e1426456c64172a7099cc9
(SHA512):d85c364d3c73ac58be0068f12a5aadab60295659b4cf08ca4ab9a5911e4d604bcb8e2e9fad06f0384d704bc7f3366ace7f012830522ec1658bb606d4e4a2d38a

Esse log pertence **única e exclusivamente** aos documentos de HASH acima

Esse documento está assinado e certificado pela D4Sign