AHBB | REDE SANTA CASA

Prestação de Contas

Novembro
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

AHBB | REDE SANTA CASA

CONCILIAÇÃO BANCARIA

Empresa:	**Associação Hospitalar Beneficente do Brasil**		
CNPJ:	45.349.461/0001-02	Banco Do Brasil	
Periodo	01/11/2020 a 30/11/2020	Ag: 6790-3	
Convênio	Mirandópolis	CC: 211-9	

Data	Fornecedor	Nº Doc	Débito	Crédito	Saldo- Exercicio
		BANCO DO BRASIL			
30/10/2020	**Saldo Anterior**	**R$** -			**R$** -
03/11/2020	Devolução AHBB Sede		R$ -	R$ 16.693,10	R$ 16.693,10
03/11/2020	Ticket Serviços S/A	Nota Fiscal nº 22947505	R$ 7.505,80		R$ 9.187,30
03/11/2020	Ticket Serviços S/A	Nota Fiscal nº 22947832	R$ 5.823,26		R$ 3.364,04
03/11/2020	Supermed Com. E Imp. De Prod. Med. E Hospit. Ltda	Nota Fiscal nº 125974	R$ 1.914,04		R$ 1.450,00
03/11/2020	Cristalia Prod Quimico Farmaceutico Ltda	Nota Fiscal nº 2763060	R$ 1.450,00		-R$ 0,00
05/11/2020	Devolução AHBB Sede		R$ -	R$ 39.673,50	R$ 39.673,50
05/11/2020	Gestare Serviços Combinados de Escritório	Nota Fiscal nº 137	R$ 39.673,50		R$ -
06/11/2020	Devolução AHBB Sede - Ted devolvida Samir Bispo dos Santos		R$ -	R$ 527,70	R$ 527,70
06/11/2020	Repasse Público		R$ -	R$ 355.226,00	R$ 355.753,70
06/11/2020	Alcione Bogaz	Folha de Pagamento	R$ 1.835,67		R$ 353.918,03
06/11/2020	Alessandra Aguiar Salesse Farias	Folha de Pagamento	R$ 3.184,06		R$ 350.733,97
06/11/2020	Ana Augusta Feliciani Nogueira	Folha de Pagamento	R$ 58,30		R$ 350.675,67
06/11/2020	Ana Paula Azevedo Zanatta	Folha de Pagamento	R$ 1.784,05		R$ 348.891,62
06/11/2020	Ana Paula dos Santos Silva	Folha de Pagamento	R$ 1.726,14		R$ 347.165,48
06/11/2020	Bianca Caetano Costa	Folha de Pagamento	R$ 2.581,48		R$ 344.584,00
06/11/2020	Bruna Beraldo Ferrante	Folha de Pagamento	R$ 2.688,52		R$ 341.895,48
06/11/2020	Catia Fernanda Ferraz	Folha de Pagamento	R$ 1.744,69		R$ 340.150,79
06/11/2020	Cristiane Pascoaleto Vendrame	Folha de Pagamento	R$ 1.452,79		R$ 338.698,00
06/11/2020	Daniela dos Santos de Oliveira	Folha de Pagamento	R$ 1.696,23		R$ 337.001,77
06/11/2020	Debora Cristina Loche	Folha de Pagamento	R$ 1.580,51		R$ 335.421,26
06/11/2020	Denise Priscila Ancilotto Lisboa	Folha de Pagamento	R$ 1.737,80		R$ 333.683,46
06/11/2020	Edilaine Munhoz Maquea	Folha de Pagamento	R$ 1.765,99		R$ 331.917,47
06/11/2020	Edilene Manoel	Folha de Pagamento	R$ 1.585,22		R$ 330.332,25
06/11/2020	Elaine Cristina Dias Borges	Folha de Pagamento	R$ 1.485,44		R$ 328.846,81
06/11/2020	Gislaine Machado Morabito	Folha de Pagamento	R$ 1.460,22		R$ 327.386,59
06/11/2020	Isadora Morais de Castro	Folha de Pagamento	R$ 1.400,63		R$ 325.985,96
06/11/2020	Izabel Cristina de Souza	Folha de Pagamento	R$ 1.375,57		R$ 324.610,39
06/11/2020	Jose Lopes de Oliveira	Folha de Pagamento	R$ 1.859,02		R$ 322.751,37
06/11/2020	Kelly Cristina Ramos Rocha	Folha de Pagamento	R$ 1.561,62		R$ 321.189,75
06/11/2020	Lais Marani Silva	Folha de Pagamento	R$ 2.515,87		R$ 318.673,88
06/11/2020	Leticia Maiara dos Santos Ferraz	Folha de Pagamento	R$ 1.560,22		R$ 317.113,66
06/11/2020	Lucas Carvalho dos Santos	Folha de Pagamento	*R$ 1.722,22*		R$ 315.391,44
06/11/2020	Maira Teixeira de Castro	Folha de Pagamento	*R$ 1.560,87*		R$ 313.830,57
06/11/2020	Marcia Maiara Possenti	Folha de Pagamento	*R$ 1.383,38*		R$ 312.447,19
06/11/2020	Natalia Pazinato da Silva	Folha de Pagamento	R$ 1.377,79		R$ 311.069,40
06/11/2020	Natalia Xavier Nascimento Oliveira	Folha de Pagamento	R$ 3.156,39		R$ 307.913,01
06/11/2020	Patricia Adriana Ferreira	Folha de Pagamento	R$ 194,12		R$ 307.718,89
06/11/2020	Patricia Michele de Almeida	Folha de Pagamento	R$ 1.485,55		R$ 306.233,34
06/11/2020	Priscila Santos Leite de Almeida	Folha de Pagamento	R$ 174,98		R$ 306.058,36
06/11/2020	Regina Leia Parro Rodrigues de Sousa	Folha de Pagamento	R$ 1.637,18		R$ 304.421,18
06/11/2020	Ricardo de Carvalho	Folha de Pagamento	R$ 1.839,68		R$ 302.581,50
06/11/2020	Thais Boareto da Silva	Folha de Pagamento	R$ 4.065,94		R$ 298.515,56
06/11/2020	Valeria Cristina de Souza da Cruz	Folha de Pagamento	R$ 1.402,80		R$ 297.112,76
06/11/2020	FGTS Arrecadação GRF	GRRF/FGTS	R$ 6.282,31		R$ 290.830,45
06/11/2020	FGTS Arrecadação GRF	GRRF/FGTS	R$ 2.085,36		R$ 288.745,09
06/11/2020	Supermed Com. E Imp. De Prod. Med. E Hospit. Ltda	Nota Fiscal nº 129048	R$ 2.724,09		R$ 286.021,00
06/11/2020	Supermed Com. E Imp. De Prod. Med. E Hospit. Ltda	Nota Fiscal nº 475478	R$ 916,58		R$ 285.104,42
06/11/2020	Supermed Com. E Imp. De Prod. Med. E Hospit. Ltda	Nota Fiscal nº 475498	R$ 2.060,12		R$ 283.044,30
06/11/2020	Supermed Com. E Imp. De Prod. Med. E Hospit. Ltda	Nota Fiscal nº 128945	R$ 1.765,41		R$ 281.278,89
06/11/2020	Sonia dos Santos	Folha de Pagamento	R$ 1.668,56		R$ 279.610,33
06/11/2020	Eliana Cristina Rodrigues	Folha de Pagamento	R$ 1.378,01		R$ 278.232,32
06/11/2020	Mauro Celso Chiavelli	Folha de Pagamento	R$ 2.855,87		R$ 275.376,45
06/11/2020	Samir Bispo dos Santos	Folha de Pagamento	R$ 527,70		R$ 274.848,75
06/11/2020	Aplicação Financeira		R$ 274.848,75		-R$ 0,00
09/11/2020	Devolução AHBB Sede		R$ -	R$ 20.487,95	R$ 20.487,95
09/11/2020	Ativa Com Hospitalar	Nota Fiscal nº 38680	R$ 365,34		R$ 20.122,61
09/11/2020	Augusto Valério de Siqueira Papelaria	Nota Fiscal nº 4881	R$ 219,63		R$ 19.902,98
09/11/2020	Thomson Reuters Brasil	Nota Fiscal nº 1327563	R$ 822,88		R$ 19.080,10
09/11/2020	Comercial Cirurgica Rioclarense Ltda	Nota Fiscal nº 1350688	R$ 3.960,00		R$ 15.120,10
09/11/2020	Belive Comercio de Produtos Hospitalares Ltda	Nota Fiscal nº 68155	R$ 2.419,10		R$ 12.701,00
09/11/2020	Ecq Serviços Tecnicos Eireli - EPP	Nota Fiscal nº 43	R$ 9.500,00		R$ 3.201,00
09/11/2020	Samtronic Ind e Com Ltda	Nota Fiscal nº 251731	R$ 2.544,00		R$ 657,00
09/11/2020	Dupatri Hospitalar Comercio Importação e Exportação Ltda	Nota Fiscal nº 1129225	R$ 312,00		R$ 345,00
09/11/2020	Cristalia Prod Quimico Farmaceutico Ltda	Nota Fiscal nº 2765517	R$ 345,00		-R$ 0,00
10/11/2020	Samir Bispo dos Santos	Folha de Pagamento	R$ 527,70		-R$ 527,70
10/11/2020	Resgate da Aplicação		R$ -	R$ 527,70	-R$ 0,00
12/11/2020	Devolução AHBB Sede		R$ -	R$ 28.000,00	R$ 28.000,00
12/11/2020	Kataoka e Perez Serviços de Fisioterapia Ltda	Nota Fiscal nº 29	R$ 28.000,00		-R$ 0,00
16/11/2020	Devolução AHBB Sede		R$ -	R$ 23.149,34	R$ 23.149,34
16/11/2020	Tecseg Equipamentos Contra Incendio e Materiais de Segurança Ltda	Nota Fiscal nº 2166	R$ 934,00		R$ 22.215,34
16/11/2020	Banzay Telecomunicação e Informatica Ltda - Me	Nota Fiscal nº 6357	R$ 118,00		R$ 22.097,34
16/11/2020	Ativa Com Hospitalar Ltda	Nota Fiscal nº 38988	R$ 1.119,50		R$ 20.977,84
16/11/2020	Dupatri Hospitalar Comercio Importação e Exportação Ltda	Nota Fiscal nº 1123748	R$ 325,70		R$ 20.652,14

16/11/2020	Dupatri Hospitalar Comercio Importação e Exportação Ltda	Nota Fiscal nº 97157	R$	4.165,47		R$	16.486,67
16/11/2020	Samtronic Ind e Com Ltda	Nota Fiscal nº 249362	R$	2.544,00		R$	13.942,67
16/11/2020	Relogio de Ponto Bauru Ltda	Nota Fiscal nº 3973-1	R$	70,00		R$	13.872,67
16/11/2020	Laboratório São Paulo Analises Clinicas	Nota Fiscal nº 52945	R$	2.903,45		R$	10.969,22
16/11/2020	Humana Alimentar-Distribuidora	Nota Fiscal nº 49058	R$	1.630,00		R$	9.339,22
16/11/2020	Cristalia Prod Quimico Farmaceutico Ltda	Nota Fiscal nº 2769530	R$	1.048,50		R$	8.290,72
16/11/2020	Supermed Com. E Imp. De Prod. Med. E Hospit. Ltda	Nota Fiscal nº 128945	R$	1.765,41		R$	6.525,31
16/11/2020	Comercial Cirurgica Rioclarense Ltda	Nota Fiscal nº 1353560	R$	1.603,93		R$	4.921,38
16/11/2020	F B Babeto Me	Nota Fiscal nº 10	R$	179,90		R$	4.741,48
16/11/2020	Ministério da Previdência Social	GPS/INSS	R$	4.081,45		R$	660,03
16/11/2020	Ministério da Fazenda	DARF-Código da receita 0561	R$	557,44		R$	102,59
16/11/2020	Automatizações Seculo XXI Tratamento de Dados Ltda - EPP	Nota Fiscal nº 25158	R$	102,59		-R$	0,00
19/11/2020	Ministério da Fazenda	DARF-Código da receita 5952	R$	5.151,65		-R$	5.151,65
19/11/2020	Ministério da Fazenda	DARF-Código da receita 1708	R$	1.661,82		-R$	6.813,47
19/11/2020	Resgate da Aplicação		R$	-	R$ 6.813,47	-R$	0,00
20/11/2020	Devolução AHBB Sede		R$	-	R$ 100.794,90	R$	100.794,90
20/11/2020	Winter - Gestão e Consultoria Médica Ltda EPP	Nota Fiscal nº 360	R$	100.794,90		-R$	0,00
23/11/2020	Devolução AHBB Sede		R$	-	R$ 14.669,39	R$	14.669,39
23/11/2020	Comercial Cirurgica Rioclarense Ltda	Nota Fiscal nº 1354448	R$	1.045,57		R$	13.623,82
23/11/2020	Ativa Com Hospitalar Ltda	Nota Fiscal nº 39276	R$	644,83		R$	12.978,99
23/11/2020	Biripel Embalagens Ltda	Nota Fiscal nº 156022	R$	191,30		R$	12.787,69
23/11/2020	Dupatri Hospitalar Comercio Importação e Exportação Ltda	Nota Fiscal nº 101247	R$	1.213,26		R$	11.574,43
23/11/2020	Dupatri Hospitalar Comercio Importação e Exportação Ltda	Nota Fiscal nº 1126773	R$	75,00		R$	11.499,43
23/11/2020	Dupatri Hospitalar Comercio Importação e Exportação Ltda	Nota Fiscal nº 106604	R$	515,29		R$	10.984,14
23/11/2020	Dupatri Hospitalar Comercio Importação e Exportação Ltda	Nota Fiscal nº 1130322	R$	128,18		R$	10.855,96
23/11/2020	Center Maq Com de Maquinas e Papeis Ltda	Nota Fiscal nº 21680	R$	304,53		R$	10.551,43
23/11/2020	Comercial Cirurgica Rioclarense Ltda	Nota Fiscal nº 1356497	R$	5.644,18		R$	4.907,25
23/11/2020	Comercial Cirurgica Rioclarense Ltda	Nota Fiscal nº 1356489	R$	2.494,24		R$	2.413,01
23/11/2020	Comercial Cirurgica Rioclarense Ltda	Nota Fiscal nº 1361476	R$	2.413,01		-R$	0,00
25/11/2020	Tarifa Bancária	803.301.100.087.098	R$	114,75		-R$	114,75
25/11/2020	Tarifa Bancária	873.301.100.045.517	R$	60,00		-R$	174,75
25/11/2020	Tarifa Bancária	883.301.100.063.725	R$	70,00		-R$	244,75
25/11/2020	Resgate da Aplicação		R$	-	R$ 244,75	-R$	0,00
26/11/2020	Devolução AHBB Sede		R$	-	R$ 21.441,55	R$	21.441,55
26/11/2020	Alcione Bogaz	13º salário	R$	938,56		R$	20.502,99
26/11/2020	Alessandra Aguiar Salesse Farias	13º salário	R$	1.638,58		R$	18.864,41
26/11/2020	Ana Augusta Feliciani Nogueira	13º salário	R$	806,41		R$	18.058,00
26/11/2020	Ana Paula Azevedo Zanatta	13º salário	R$	918,45		R$	17.139,55
26/11/2020	Ana Paula dos Santos Silva	13º salário	R$	925,42		R$	16.214,13
26/11/2020	Bianca Caetano Costa	13º salário	R$	1.424,47		R$	14.789,66
26/11/2020	Bruna Beraldo Ferrante	13º salário	R$	1.485,29		R$	13.304,37
26/11/2020	Catia Fernanda Ferraz	13º salário	R$	898,05		R$	12.406,32
26/11/2020	Cristiane Pascoaleto Vendrame	13º salário	R$	804,81		R$	11.601,51
26/11/2020	Daniela dos Santos de Oliveira	13º salário	R$	935,26		R$	10.666,25
26/11/2020	Debora Cristina Loche	13º salário	R$	809,36		R$	9.856,89
26/11/2020	Denise Priscila Ancilotto Lisboa	13º salário	R$	895,72		R$	8.961,17
26/11/2020	Edilaine Munhoz Maquea	13º salário	R$	923,13		R$	8.038,04
26/11/2020	Edilene Manoel	13º salário	R$	803,36		R$	7.234,68
26/11/2020	Elaine Cristina Dias Borges	13º salário	R$	804,38		R$	6.430,30
26/11/2020	Gislaine Machado Morabito	13º salário	R$	805,40		R$	5.624,90
26/11/2020	Isadora Morais de Castro	13º salário	R$	713,25		R$	4.911,65
26/11/2020	Izabel Cristina de Souza	13º salário	R$	708,05		R$	4.203,60
26/11/2020	Jose Lopes de Oliveira	13º salário	R$	922,29		R$	3.281,31
26/11/2020	Kelly Cristina Ramos Rocha	13º salário	R$	805,40		R$	2.475,91
26/11/2020	Lais Marani Silva	13º salário	R$	1.628,71		R$	847,20
26/11/2020	Leticia Maiara dos Santos Ferraz	13º salário	R$	809,46		R$	37,74
26/11/2020	Lucas Carvalho dos Santos	13º salário	R$	915,13		-R$	877,39
26/11/2020	Maira Teixeira de Castro	13º salário	R$	803,36		-R$	1.680,75
26/11/2020	Marcia Maiara Possenti	13º salário	R$	725,67		-R$	2.406,42
26/11/2020	Natalia Pazinato da Silva	13º salário	R$	806,41		-R$	3.212,83
26/11/2020	Natalia Xavier Nascimento Oliveira	13º salário	R$	1.108,80		-R$	4.321,63
26/11/2020	Patricia Adriana Ferreira	13º salário	R$	929,27		-R$	5.250,90
26/11/2020	Patricia Michele de Almeida	13º salário	R$	803,36		-R$	6.054,26
26/11/2020	Priscila Santos Leite de Almeida	13º salário	R$	1.396,76		-R$	7.451,02
26/11/2020	Regina Leia Parro Rodrigues de Sousa	13º salário	R$	810,30		-R$	8.261,32
26/11/2020	Ricardo de Carvalho	13º salário	R$	923,11		-R$	9.184,43
26/11/2020	Thais Boareto da Silva	13º salário	R$	2.025,75		-R$	11.210,18
26/11/2020	Valeria Cristina de Souza da Cruz	13º salário	R$	805,40		-R$	12.015,58
26/11/2020	JBD Produtos Medicos Ltda - EP	Nota Fiscal nº 3044	R$	890,00		-R$	12.905,58
26/11/2020	Resgate da Aplicação		R$	-	R$ 12.905,58	-R$	0,00
27/11/2020	Sonia dos Santos	13º salário	R$	789,28		-R$	789,28
27/11/2020	Eliana Cristina Rodrigues	13º salário	R$	671,68		-R$	1.460,96
27/11/2020	Samir Bispo dos Santos	13º salário	R$	133,90		-R$	1.594,86
27/11/2020	Mauro Celso Chiavelli	13º salário	R$	1.197,75		-R$	2.792,61
27/11/2020	Tarifa Bancária	863.321.100.432.634	R$	61,20		-R$	2.853,81
27/11/2020	Resgate da Aplicação		R$	-	R$ 2.853,81	-R$	0,00
30/11/2020	Sinconecta - Tecnologia de Informações	Nota Fiscal nº 6624-1	R$	863,00		-R$	863,00
30/11/2020	Resgate da Aplicação				R$ 384.913,75	**R$**	**384.050,75**

Mirandópolis, 16 de Dezembro de 2020.

Responsável pela Conveniada: _____

João Pedro Pinotti Affonso
Diretor Administrativo

G3323016360576941
30/11/2020 16:42:52

Cliente - Conta atual

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

Lançamentos

Dt. balancete	Dt. movimento	Ag. origem	Lote	Histórico	Documento	Valor R$	Saldo
30/10/2020		0000	00000	000 Saldo Anterior			0,00 C
03/11/2020		3062	99015	870 Transferência recebida	553.062.007.004.231	16.693,10 C	
				03/11 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B			
03/11/2020		0000	13105	109 Pagamento de Boleto	110.301	7.505,80 D	
				TICKET SERVICOS S/A			
03/11/2020		0000	13105	109 Pagamento de Boleto	110.302	5.823,26 D	
				TICKET SERVICOS S/A			
03/11/2020		0000	13105	109 Pagamento de Boleto	110.303	1.914,04 D	
				BANCO SOFISA S/A			
03/11/2020		0000	13105	109 Pagamento de Boleto	110.304	1.450,00 D	0,00 C
				CRISTALIA PROD QUIMICOS F LT			
05/11/2020		3062	99015	870 Transferência recebida	553.062.007.004.231	39.673,50 C	
				05/11 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B			
05/11/2020		0000	13105	393 TED Transf.Eletr.Disponiv	110.501	39.673,50 D	0,00 C
				341 0049 034298678000114 GESTARE SERVI			
06/11/2020		0000	14175	983 TED Devolvida	400.005	527,70 C	
				AG OU CNT DEST DO CRED INVAL			
06/11/2020		0000	14138	632 Ordem Bancária	202.011.050.033.935	355.226,00 C	
				463772220003-90 SP-SEC DA FAZENDA E PL			
06/11/2020		0000	13134	250 Folha de Pagamento	49.227	58.640,94 D	
06/11/2020		0000	13105	375 Impostos	110.601	6.282,31 D	
				FGTS ARRECADACAO GRF			
06/11/2020		0000	13105	375 Impostos	110.602	2.085,36 D	
				FGTS ARREC GRFGTS-UNICO			
06/11/2020		0000	13105	109 Pagamento de Boleto	110.603	2.724,09 D	
				BANCO SOFISA S/A			
06/11/2020		0000	13105	109 Pagamento de Boleto	110.604	916,58 D	
				BANCO SOFISA S/A			
06/11/2020		0000	13105	109 Pagamento de Boleto	110.605	2.060,12 D	
				BANCO SOFISA S/A			
06/11/2020		0000	13105	109 Pagamento de Boleto	110.606	1.765,41 D	
				BANCO SOFISA S/A			
06/11/2020		0000	13105	393 TED Transf.Eletr.Disponiv	110.607	1.668,56 D	
				104 1354 30441818870 SONIA DOS SANTOS			
06/11/2020		0000	13105	393 TED Transf.Eletr.Disponiv	110.608	1.378,01 D	
				237 0167 29487360808 ELIANA CRISTINA R			
06/11/2020		0000	13105	393 TED Transf.Eletr.Disponiv	110.609	2.855,87 D	
				237 0167 36576071884 MAURO CELSO CHIAV			
06/11/2020		0000	13105	393 TED Transf.Eletr.Disponiv	110.610	527,70 D	
				033 3337 24612142802 SAMIR BISPO DOS S			
06/11/2020		0000	00000	345 BB RF CP Aut Empresa	5	274.848,75 D	0,00 C
09/11/2020		3062	99015	870 Transferência recebida	553.062.007.004.231	20.487,95 C	
				09/11 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B			
09/11/2020		6790	99015	470 Transferência enviada	553.370.000.026.500	365,34 D	
				09/11 3370 26500-4 ATIVA COML HOS			
09/11/2020		0000	13105	109 Pagamento de Boleto	110.901	219,63 D	
				AUGUSTO VALERIO DE SIQUEIRA PAPELARIA			
09/11/2020		0000	13105	109 Pagamento de Boleto	110.902	822,88 D	
				THOMSON REUTERS BRAS			
09/11/2020		0000	13105	109 Pagamento de Boleto	110.903	3.960,00 D	
				COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENS			

09/11/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto		110.904	2.419,10 D	
		BELIVE COM DE PROD HOSP LTDA				
09/11/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto		110.905	9.500,00 D	
		ECQ SERVICOS TECNICOS EIRELI EPP				
09/11/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto		110.906	2.544,00 D	
		SAMTRONIC INDUSTRIA E COMERCIO				
09/11/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto		110.907	312,00 D	
		DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IM				
09/11/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto		110.908	345,00 D	0,00 C
		CRISTALIA PROD QUIMICOS F LT				
10/11/2020	0000	13105 393 TED Transf.Eletr.Disponiv		111.001	527,70 D	
		033 3337 24612142802 SAMIR BISPO DOS S				
10/11/2020	0000	00000 855 BB RF CP Aut Empresa		5	527,70 C	0,00 C
12/11/2020	3062	99015 870 Transferência recebida	553.062.007.004.231		28.000,00 C	
		12/11 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B				
12/11/2020	0000	13105 393 TED Transf.Eletr.Disponiv		111.201	28.000,00 D	0,00 C
		077 0001 033433450000127 KATAOKA SERVI				
16/11/2020	3062	99015 870 Transferência recebida	553.062.007.004.231		23.149,34 C	
		16/11 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B				
16/11/2020	6790	99015 470 Transferência enviada	550.058.000.059.599		934,00 D	
		16/11 0058 59599-3 TECSEG EQUIP C				
16/11/2020	6790	99015 470 Transferência enviada	550.448.000.007.505		118,00 D	
		16/11 0448 7505-1 BANZAY TELEC I				
16/11/2020	6790	99015 470 Transferência enviada	553.370.000.026.500		1.119,50 D	
		16/11 3370 26500-4 ATIVA COML HOS				
16/11/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto		111.601	325,70 D	
		DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IM				
16/11/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto		111.602	4.165,47 D	
		DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IM				
16/11/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto		111.603	2.544,00 D	
		SAMTRONIC INDUSTRIA E COMERCIO				
16/11/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto		111.604	70,00 D	
		RELOGIOS DE PONTO BAURU LTDA				
16/11/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto		111.605	2.903,45 D	
		LABORATORIO SAO PAULO				
16/11/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto		111.606	1.630,00 D	
		HUMANA ALIMENTAR - DISTRIBUIDORA DE ME				
16/11/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto		111.607	1.048,50 D	
		CRISTALIA PROD QUIMICOS F LT				
16/11/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto		111.608	1.765,41 D	
		BANCO SOFISA S/A				
16/11/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto		111.609	1.603,93 D	
		COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENS				
16/11/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto		111.610	179,90 D	
		F B BABETO ME				
16/11/2020	0000	13105 196 INSS Arrecadação		111.611	4.081,45 D	
		GPS- Ident.: 45349461000889 - 10/2020				
16/11/2020	0000	13105 375 Impostos		111.612	557,44 D	
		RFB- DARF PRETO CALCULADO				
16/11/2020	0000	13105 393 TED Transf.Eletr.Disponiv		111.613	102,59 D	0,00 C
		756 5042 045349461000374 ASSOCIACAO HO				
19/11/2020	0000	13105 375 Impostos		111.901	5.151,65 D	
		DARF - 45.349.461/0001-02 -5952				
19/11/2020	0000	13105 375 Impostos		111.902	1.661,82 D	
		DARF - 45.349.461/0001-02 -1708				
19/11/2020	0000	00000 855 BB RF CP Aut Empresa		5	6.813,47 C	0,00 C
20/11/2020	3062	99015 870 Transferência recebida	553.062.007.004.231		100.794,90 C	
		20/11 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B				
20/11/2020	0000	13105 393 TED Transf.Eletr.Disponiv		112.001	100.794,90 D	0,00 C
		341 0049 026392666000126 WINTER - GEST				
23/11/2020	3062	99015 870 Transferência recebida	553.062.007.004.231		14.669,39 C	
		23/11 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B				
23/11/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto		112.301	1.045,57 D	
		COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENS				
23/11/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto		112.302	644,83 D	

		ATIVA COMERCIAL HOSPITALAR LTDA				
23/11/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto		112.303	191,30 D	
		BIRIPEL EMBALAGENS LTDA				
23/11/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto		112.304	1.213,26 D	
		DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IM				
23/11/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto		112.305	75,00 D	
		DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IM				
23/11/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto		112.306	515,29 D	
		DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IM				
23/11/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto		112.307	128,18 D	
		DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IM				
23/11/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto		112.308	304,53 D	
		CENTER MAQ COMERCIO DE MAQUINA				
23/11/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto		112.309	5.644,18 D	
		COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENS				
23/11/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto		112.310	2.494,24 D	
		COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENS				
23/11/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto		112.311	2.413,01 D	0,00 C
		COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENS				
25/11/2020	0000	13113 435 Tarifa Pacote de Serviços	803.301.100.087.098		114,75 D	
		Cobrança referente 25/11/2020				
25/11/2020	0000	13113 170 Tarifa Modulo	873.301.100.045.517		60,00 D	
		Cobrança referente 25/11/2020				
25/11/2020	0000	13113 170 Tarifa Modulo	883.301.100.063.725		70,00 D	
		Cobrança referente 25/11/2020				
25/11/2020	0000	00000 855 BB RF CP Aut Empresa		5	244,75 C	0,00 C
26/11/2020	3062	99015 870 Transferência recebida	553.062.007.004.231		21.441,55 C	
		26/11 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B				
26/11/2020	0000	13134 250 Folha de Pagamento		28.170	33.457,13 D	
26/11/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto		112.601	890,00 D	
		JBD PRODUTOS MEDICOS LTDA - EP				
26/11/2020	0000	00000 855 BB RF CP Aut Empresa		5	12.905,58 C	0,00 C
27/11/2020	0000	13105 393 TED Transf.Eletr.Disponiv		112.701	789,28 D	
		104 1354 30441818870 SONIA DOS SANTOS				
27/11/2020	0000	13105 393 TED Transf.Eletr.Disponiv		112.702	671,68 D	
		237 0167 29487360808 ELIANA CRISTINA R				
27/11/2020	0000	13105 393 TED Transf.Eletr.Disponiv		112.703	133,90 D	
		033 3337 24612142802 SAMIR BISPO DOS S				
27/11/2020	0000	13105 393 TED Transf.Eletr.Disponiv		112.704	1.197,75 D	
		237 0167 36576071884 MAURO CELSO CHIAV				
27/11/2020	0000	13113 170 Tar Pag Salár Crèd Conta	863.321.100.432.634		61,20 D	
		Cobrança referente 27/11/2020				
27/11/2020	0000	00000 855 BB RF CP Aut Empresa		5	2.853,81 C	0,00 C
30/11/2020	6790	06790 109 Pagamento de Boleto		113.001	863,00 D	
		SINCONECTA - TECNOLOGIA DE INFORMACAO				
30/11/2020	0000	00000 999 S A L D O				863,00 D

Invest.com Resgate Autom.	384.913,75 C
Saldo	384.050,75 C
Juros *	0,00
Data de Debito de Juros	30/11/2020
IOF *	0,00
Data de Debito de IOF	01/12/2020

Saldo de fundos de investimento

BB Automático Empres	384.927,86

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

Serviço de Atendimento ao Consumidor - SAC 0800 729 0722

Ouvidoria BB 0800 729 5678
Para deficientes auditivos 0800 729 0088

EMPRESA

Emissão de comprovantes

G3380317598815961
03/12/2020 18:10:25

03/12/2020 - BANCO DO BRASIL - 18:10:18
679006790 0002

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

ITAU UNIBANCO S.A.

34191090324631119293781658220009984280000750580
BENEFICIARIO:
TICKET SERVICOS S/A
NOME FANTASIA:
TICKET SERVICOS S/A
CNPJ: 47.866.934/0001-74
BENEFICIARIO FINAL:
TICKET SERVICOS S/A
CNPJ: 47.866.934/0001-74
PAGADOR:
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICE
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	110.301
DATA DE VENCIMENTO	03/11/2020
DATA DO PAGAMENTO	03/11/2020
VALOR DO DOCUMENTO	7.505,80
VALOR COBRADO	7.505,80

NR.AUTENTICACAO A.DDF.E55.882.3E6.860

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

UR. Mira

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA

NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFS-e

RPS Nº 836739 Série C5, emitido em 25/09/2020

20201005u47866934000174

Número da Nota	22947505
Data e Hora de Emissão	26/09/2020 00:39:13
Código de Verificação	TSTE-HIVM

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 35 R$7.682,50
DESCONTOS CONCEDIDOS R$176,70
VALOR DA CORRETAGEM OU COMISSAO: ZERO
Ped.:22860643 Contrato:2004030057121 IE:ISENTO IM:
IRF 1,50%-IN/SRF 177/87 e 107/91
LEI 12741/12 VL.TRIB.R$ 0,00
Data de Vencimento: 03/11/2020
VALOR TOTAL: R$7.505,80
```

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 836739 Série C5, emitido em 25/09/2020;

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

03/11/1

211

NOTA DE DÉBITO

Número	Data de Emissão
836739-ND	25/09/2020

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

CLIENTE

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

DISCRIMINAÇÃO

TRE DISPONIBILIZACAO DE BENEFICIO QTD 35 R$7.682,50
DESCONTOS CONCEDIDOS R$176,70
Ped.:22860643 Contrato:2004030057121 IE:ISENTO IM:

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

VALOR TOTAL: R$ 7.505,80

DESCRIÇÃO:

DISPONIBILIZACAO DE BENEFICIOS / CUPONS

NOTA DE DÉBITO Nº	VALOR DE NOTA DE DÉBITO	FORMA DE PAGAMENTO
836739-ND	R$ 7.505,80	03/11/2020

OUTRAS INFORMAÇÕES

Este(a) NOTA DE DÉBITO é relativa a RPS 836739 de 25/09/2020.

Ticket® uma marca Edenred

RELATÓRIO DE DETALHES DO PEDIDO

Número do Pedido Enviado: 741439 **Realizado em:** 25/09/2020

Valor (R$): 7.682,50 **Método Pagamento:** Faturamento

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

Solicitante: ANA CLAUDIA DA SILVA

Ticket Restaurante Eletrônico

Unidade de Entrega: AHBB SEDE **Valor dos Benefícios (R$):** 7.682,50

Data de Crédito: **Quantidade de Beneficiários:** 34

Data de Entrega: 01/10/2020

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
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$ 17,50
214.801.238-03	2123	ANA P A ZANATTA	AHBB MIRANDOPOLIS				R$ 245,00
014.000.604-43	2445	ANA PAULA SANTOS SILVA	AHBB MIRANDOPOLIS				R$ 472,50
368.501.738-12	36850173812	BRUNA BERALDO FERRANTE	AHBB MIRANDOPOLIS				R$ 227,50
377.077.858-86	37707785886	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	38585577819	DEBORA CRISTINA LOCHE	AHBB MIRANDOPOLIS				R$ 262,50
322.986.678-96	2132	DENISE P A LISB	AHBB MIRANDOPOLIS				R$ 245,00
108.823.788-64	2134	EDILAINE MUNHOZ MAQUEA	AHBB MIRANDOPOLIS				R$ 17,50
291.914.308-52	2135	EDILENE MANOEL	AHBB MIRANDOPOLIS				R$ 245,00
095.608.758-25	9560875825	ELAINE C D BORGES	AHBB MIRANDOPOLIS				R$ 245,00
294.873.608-08	29487360808	ELIANA C RODRIGUES	AHBB MIRANDOPOLIS				R$ 245,00
322.167.988-27	2137	GISLAINE M MORABITO	AHBB MIRANDOPOLIS				R$ 245,00
379.629.418-98	2127	ISADORA M C SANTO	AHBB MIRANDOPOLIS				R$ 245,00
095.493.888-75	2130	IZABEL CRISTINA DE SOUZA	AHBB MIRANDOPOLIS				R$ 262,50

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

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

Ticket® uma marca Edenred

Unidade de Entrega: AHBB SEDE

Valor dos Benefícios (R$): 7.682,50

Data de Crédito:

Quantidade de Beneficiários: 34

Data de Entrega: 01/10/2020

CPF	MATRÍCULA	BENEFICIÁRIO	DEPARTAMENTO	DIAS ÚTEIS	VALOR DIA	VALOR MÊS	VALOR DO BENEFÍCIO
061.725.928-31	2139	JOSE LOPES DE OLIVEIRA	AHBB MIRANDOPOLIS				R$ 227,50
389.267.668-29	2146	KELLY C R ROCHA	AHBB MIRANDOPOLIS				R$ 227,50
427.001.668-09	42700166809	LETICIA M S FERR	AHBB MIRANDOPOLIS				R$ 227,50
400.061.728-14	2148	LUCAS CARVALHO SANTOS	AHBB MIRANDOPOLIS				R$ 17,50
427.566.218-03	2149	MAIRA TEIXEIRA DE CASTRO	AHBB MIRANDOPOLIS				R$ 227,50
382.523.438-05	38252343805	MARCIA MAIARA POSSENTI	AHBB MIRANDOPOLIS				R$ 367,50
365.760.718-84	36576071884	MAURO CELSO CHIAVELLI	AHBB MIRANDOPOLIS				R$ 367,50
434.914.478-10	43491447810	NATALIA PAZINATO SILVA	AHBB MIRANDOPOLIS				R$ 227,50
394.946.148-52	39494614852	NATALIA X N OLIV	AHBB MIRANDOPOLIS				R$ 350,00
285.280.548-02	2153	PATRICIA A FERREIRA	AHBB MIRANDOPOLIS				R$ 17,50
305.075.078-27	2164	PATRICIA MICHELE ALMEIDA	AHBB MIRANDOPOLIS				R$ 227,50
259.782.788-73	2128	REGINA L P R DE	AHBB MIRANDOPOLIS				R$ 245,00
281.686.478-23	2157	RICARDO DE CARVALHO	AHBB MIRANDOPOLIS				R$ 227,50
304.418.188-70	2159	SONIA DOS SANTOS ROCHA	AHBB MIRANDOPOLIS				R$ 245,00
329.168.118-50	33	THAIS BOARETO DA SILVA	AHBB MIRANDOPOLIS				R$ 122,50
298.834.288-12	29883428812	VALERIA CRISTINA SOUZA C	AHBB MIRANDOPOLIS				R$ 245,00

Contrato: 2004030057121

UNIDADE DE ENTREGA	DEPARTAMENTO	DATA DE CRÉDITO	DATA DE ENTREGA	QUANTIDADE BENEFICIÁRIOS	VALOR DO BENEFÍCIO
AHBB SEDE	AHBB MIRANDOPOLIS		01/10/2020	34	R$ 7.682,50
			TOTAL BENEFÍCIOS	34	R$ 7.682,50

TAXA	VALOR	BASE	SUB TOTAL
TAXA DE ADMINISTRACAO TRE (NEGATIVA)	R$ -176,70	1	-R$ 176,70

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

Edenred Ticket® uma marca Edenred

Ticket®. Benefícios que multiplicam.

TOTAL DE TAXAS DO PRODUTO	-R$ 176,70
RESUMO DO PRODUTO	**SUB TOTAL**
Total de Benefícios	R$ 7.682,50
Taxas	-R$ 176,70
TOTAL	**R$ 7.505,80**

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

Ticket®. Benefícios que multiplicam.

03/12/2020 - BANCO DO BRASIL - 18:10:18
679006790 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

ITAU UNIBANCO S.A.

34191090324622613293781658220009684280000582326
BENEFICIARIO:
TICKET SERVICOS S/A
NOME FANTASIA:
TICKET SERVICOS S/A
CNPJ: 47.866.934/0001-74
BENEFICIARIO FINAL:
TICKET SERVICOS S/A
CNPJ: 47.866.934/0001-74
PAGADOR:
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICE
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	110.302
DATA DE VENCIMENTO	03/11/2020
DATA DO PAGAMENTO	03/11/2020
VALOR DO DOCUMENTO	5.823,26
VALOR COBRADO	5.823,26

NR.AUTENTICACAO 1.8CA.623.5EE.368.4C6

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

VA-mio

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA

NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFS-e

RPS Nº 835741 Série C5, emitido em 25/09/2020

20201005047866934000174

Número da Nota	Data e Hora de Emissão	Código de Verificação
22947832	26/09/2020 00:40:04	GLMP-PD8L

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

```
TA DISPONIBILIZACAO DE BENEFICIO QTD 38 R$5.930,00
DESCONTOS CONCEDIDOS R$106,74
VALOR DA CORRETAGEM OU COMISSAO: ZERO
Ped.:22860623 Contrato:2004030048091 IE:ISENTO IM:
IRF 1,50%-IN/SRF 177/87 e 107/91
LEI 12741/12 VL.TRIB.R$ 0,00
Data de Vencimento: 03/11/2020
VALOR TOTAL: R$5.823,26
```

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 835741 Série C5, emitido em 25/09/2020.

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

NOTA DE DÉBITO

Número	Data de Emissão
835741-ND	25/09/2020

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

Nome/Razão Social: TICKET SERVICOS S/A

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

Município: SAO PAULO UF: SP

CLIENTE

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

Nome/Razão Social: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE BRASIL

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

Município: LINS UF: SP

DISCRIMINAÇÃO

TA DISPONIBILIZACAO DE BENEFICIO QTD 38 R$5.930,00
DESCONTOS CONCEDIDOS R$106,74
Ped.:22860623 Contrato:2004030048091 IE:ISENTO IM:

VALOR TOTAL: R$ 5.823,26

DESCRIÇÃO:

DISPONIBILIZACAO DE BENEFICIOS / CUPONS

NOTA DE DÉBITO Nº	VALOR DE NOTA DE DÉBITO	FORMA DE PAGAMENTO
835741-ND	R$ 5.823,26	03/11/2020

OUTRAS INFORMAÇÕES

Este(a) NOTA DE DÉBITO é relativa a RPS 835741 de 25/09/2020.

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

Ticket® uma marca Edenred

RELATÓRIO DE DETALHES DO PEDIDO

Número do Pedido Enviado: 721136 **Realizado em:** 25/09/2020

Valor (R$): 5.930,00 **Método Pagamento:** Faturamento

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

Solicitante: ANA CLAUDIA DA SILVA

Ticket Alimentação Eletrônico

Unidade de Entrega: AHBB SEDE **Valor dos Benefícios (R$):** 5.930,00

Data de Crédito: **Quantidade de Beneficiários:** 37

Data de Entrega: 01/10/2020

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$ 300,00
368.501.738-12	36850173812	BRUNA BERALDO FERRANTE	AHBB MIRANDOPOLIS	R$ 150,00
377.077.858-86	37707785886	CATIA FERNANDA FERRAZ	AHBB MIRANDOPOLIS	R$ 150,00
295.136.688-43	29513668843	CRISTIANE P VENDRAME	AHBB MIRANDOPOLIS	R$ 150,00
218.471.208-65	21847120865	DANIELA SANTOS OLIVEIRA	AHBB MIRANDOPOLIS	R$ 150,00
385.855.778-19	38585577819	DEBORA CRISTINA LOCHE	AHBB MIRANDOPOLIS	R$ 150,00
322.986.678-96	2132	DENISE P A LISB	AHBB MIRANDOPOLIS	R$ 150,00
108.823.788-64	2134	EDILAINE MUNHOZ MAQUEA	AHBB MIRANDOPOLIS	R$ 150,00
291.914.308-52	2135	EDILENE MANOEL	AHBB MIRANDOPOLIS	R$ 150,00
095.608.758-25	9560875825	ELAINE C D BORGES	AHBB MIRANDOPOLIS	R$ 150,00
294.873.608-08	29487360808	ELIANA C RODRIGUES	AHBB MIRANDOPOLIS	R$ 150,00
322.167.988-27	2137	GISLAINE M MORABITO	AHBB MIRANDOPOLIS	R$ 150,00
379.629.418-98	2127	ISADORA M C SANTO	AHBB MIRANDOPOLIS	R$ 150,00

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

Edenred Ticket® uma marca Edenred

Ticket®. Benefícios que multiplicam.

Ticket® uma marca Edenred

Unidade de Entrega: AHBB SEDE

Valor dos Benefícios (R$): 5.930,00

Data de Crédito:

Quantidade de Beneficiários: 37

Data de Entrega: 01/10/2020

CPF	MATRÍCULA	BENEFICIÁRIO	DEPARTAMENTO	VALOR DO BENEFÍCIO
095.493.888-75	2130	IZABEL CRISTINA DE SOUZA	AHBB MIRANDOPOLIS	R$ 150,00
061.725.928-31	2139	JOSE LOPES DE OLIVEIRA	AHBB MIRANDOPOLIS	R$ 150,00
389.267.668-29	2146	KELLY C R ROCHA	AHBB MIRANDOPOLIS	R$ 150,00
354.059.608-96	35405960896	LAIS MARANI SILVA	AHBB MIRANDOPOLIS	R$ 150,00
427.001.668-09	42700166809	LETICIA M S FERR	AHBB MIRANDOPOLIS	R$ 150,00
400.061.728-14	2148	LUCAS CARVALHO SANTOS	AHBB MIRANDOPOLIS	R$ 150,00
427.566.218-03	2149	MAIRA TEIXEIRA DE CASTRO	AHBB MIRANDOPOLIS	R$ 150,00
382.523.438-05	38252343805	MARCIA MAIARA POSSENTI	AHBB MIRANDOPOLIS	R$ 150,00
365.760.718-84	36576071884	MAURO CELSO CHIAVELLI	AHBB MIRANDOPOLIS	R$ 150,00
434.914.478-10	43491447810	NATALIA PAZINATO SILVA	AHBB MIRANDOPOLIS	R$ 150,00
394.946.148-52	39494614852	NATALIA X N OLIV	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 L ALMEI	AHBB MIRANDOPOLIS	R$ 150,00
259.782.788-73	2128	REGINA L P R DE	AHBB MIRANDOPOLIS	R$ 150,00
281.686.478-23	2157	RICARDO DE CARVALHO	AHBB MIRANDOPOLIS	R$ 150,00
304.418.188-70	2159	SONIA DOS SANTOS ROCHA	AHBB MIRANDOPOLIS	R$ 150,00
329.168.118-50	33	THAIS BOARETO DA SILVA	AHBB MIRANDOPOLIS	R$ 380,00
298.834.288-12	29883428812	VALERIA CRISTINA SOUZA C	AHBB MIRANDOPOLIS	R$ 150,00

Contrato: 2004030048091

UNIDADE DE ENTREGA	DEPARTAMENTO	DATA DE CRÉDITO	DATA DE ENTREGA	QUANTIDADE BENEFICIÁRIOS	VALOR DO BENEFÍCIO
AHBB SEDE	AHBB MIRANDOPOLIS		01/10/2020	37	R$ 5.930,00
			TOTAL BENEFÍCIOS	37	R$ 5.930,00

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

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

TAXA	VALOR	BASE	SUB TOTAL
TAXA DE ADMINISTRACAO TAE (NEGATIVA)	R$ -106,74	1	-R$ 106,74
	TOTAL DE TAXAS DO PRODUTO		-R$ 106,74

RESUMO DO PRODUTO	SUB TOTAL
Total de Benefícios	R$ 5.930,00
Taxas	-R$ 106,74
TOTAL	R$ 5.823,26

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

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

03/12/2020 - BANCO DO BRASIL - 18:10:18
679006790 0002

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

03399484570130000096334663901048184280000191404
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	110.303
DATA DE VENCIMENTO	03/11/2020
DATA DO PAGAMENTO	03/11/2020
VALOR DO DOCUMENTO	1.914,04
VALOR COBRADO	1.914,04

NR.AUTENTICACAO 4.6B2.9F3.CDB.041.3FD

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 Mirandopolis
Tipo de Despesa: Custeio

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

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

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAÍDA [1]

Nº 125974
SERIE 1
FOLHA 1/1

CHAVE DE ACESSO
3520 1011 2060 9900 0441 5500 1000 1259 7410 0040 4020

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO: Venda de Merc Adq de Terc

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO: 135200890749097 05/10/2020 16:09:20

INSC. ESTADUAL: [illegible]

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO:

CNPJ: 11.206.099/0004-41

DESTINATÁRIO / REMETENTE

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

CNPJ / CPF: 45.349.461/0001-02

DATA DA EMISSÃO: 05/10/2020

ENDEREÇO: AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303 SALA 03

BAIRRO / DISTRITO: JARDIM ARIANO

CEP: 16400-406

DATA SAÍDA/ENTRADA: 05 OUT 2020

MUNICÍPIO: LINS

FONE / FAX: 1435325198

UF: SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL:

HORA SAÍDA:

FATURA / DUPLICATA

001 03.11.2020 1.914,04			

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
1.914,04	234,84	0,00	0,00	1.914,04

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00		0,00	0,00	1.914,04

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ / CPF
ATIVA DISTRIBUICAO E LOGISTICA LTDA	0 - DO EMITENTE				01125797000701

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
RUA SALVADOR RODRIGUES PRADO, 200	SAO PAULO	SP	149529966118

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
	CAIXA			2,05	2,05

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UNID	QUANT	V.UNIT	V.TOTAL	B.ICMS	V.ICMS	V.IPI	ALÍQ. ICMS	ALÍQ. IPI
13324	MIDAZOLAM(BT) 5MG/ML 100AMP 10ML GEN-HIPOLABOR (PORT.344/98) LT AP-275/20 (1) 07/2-022 (Fornecedor: 189R, Lote: AP-275/20, Item: 1 ,Data Fab: 01/09/2020, Data Vali 31/07/2022)	30049099	500	5102	Cx	1	1.833,0400	1.833,04	1.833,04	219,96		12,00	
18212	FILME TRANSF.S/COMPR.06X07 PC - VITAMED1 LT 20191108 (1) 11/2022 (Fornecedor: 2347, Lote: 20191108, Item: 1 ,Data Fab: 22/11/2019, Data Vali 21/11/2022)	30051090	200	5102	Cx	1	81,0000	81,00	81,00	14,58		18,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CONVENIO 2°0107/2017

[illegible] AV. JOSE PAULO DA CUNHA PEDRO,585, MIRANDOPOLIS - 16800-000, [illegible]

[illegible] Termo Aditivo de Distribuidor Hospitalar 0107/2017 [illegible]

[illegible] 4934-1677 / 4934-1677

[illegible] ACEITA NA ENTREGA, FAVOR IMEDIATAMENTE EM CONTATO COM [illegible]

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 05 / 10 / 2020
ASS. _____

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

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

OK

_____ / _____ / _____

_____

03/12/2020 - BANCO DO BRASIL - 18:10:18
679006790 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

ITAU UNIBANCO S.A.

34191123414222503293980127350009884310000145000
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	110.304
DATA DE VENCIMENTO	06/11/2020
DATA DO PAGAMENTO	03/11/2020
VALOR DO DOCUMENTO	1.450,00
VALOR COBRADO	1.450,00

NR.AUTENTICACAO 4.03C.AE4.693.E17.2E4

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

CRISTÁLIA

PRODUTOS QUÍMICOS FARMACÊUTICOS LTDA

CRISTALIA PROD. QUIMICOS FARMACEUTICOS LTDA

RUA ITAPAÇA LINDEIRA S/N KM 11 - FAZ. CRISTALIA
Itapira - SP - CEP: 13974-000
(19)3843 9500 - www.cristalia.com.br

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA
1 - SAIDA [1]

Nº.2763060 FL 1 / 1
SÉRIE 10

CHAVE DE ACESSO
3520 1044 7346 7100 0151 5501 0002 7630 6012 5986 0734

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

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
135200910420637 09/10/2020 16:23:36

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCR. EST. SUBS. TRIBUTÁRIO	CNPJ
374007758117		44.734.671/0001-51

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO			CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOC HOSPIT BENEFICENTE DO BRASIL (23292 - 0000002N)			45.349.461/0001-02	09/10/2020
ENDEREÇO	**BAIRRO/DISTRITO**		**CEP**	**DATA DA ENTRADA/SAÍDA**
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03	JARDIM ARIANO		16400-400	09/10/2020
MUNICÍPIO	**FONE/FAX**	**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**	**HORA DE SAÍDA**
LINS	14 35325198	SP	ISENTO	18:00:00

FATURA/DUPLICATA

FATURA/DUPLIC	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC	VENCIMENTO	VALOR
2763060/01	06/11/2020	1.450,00						

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
1.450,00	261,00	0,00	0,00	1.450,00

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	VALOR DO DESCONTO	OUTRAS DESPESAS	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1.450,00

BLOCO TRANSPORTADOR/VOLUMES

NOME/RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ
QUALITY TRANSPORTES E ENTREGAS RAPIDAS LTDA	0 – Emitente				06.321.469/0007-81

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
ESTRADA MUNICIPAL JOSE SEDANO 854	CAMPINAS	SP	795549474111

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
1	CAIXA(S)			3,000	3,000

DADOS DOS PRODUTOS/SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM/SH	CST	CFOP	UNID	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	B.C. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTA ICMS	ALÍQUOTA IPI
40.2275	DORMIRE 5mg/mL Sol. Inj. - 10amp. X 10mL - (B1) - Lis POS - Tributos R$ 195,01 Federal Fonte IBPT/empresometro.co 02C353 Lote: 20000143 - Qtd: 20,0000	3004.90.69	000	5101	CX	20,0000 Val: 09/2022	72,5000	1.450,00	1.450,00	261,00	0,00	18,00	0,00

CÁLCULO DO ISSQN

INSCRIÇÃO MUNICIPAL	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	BASE DE CÁLCULO DO ISSQN	VALOR DO ISSQN
256-2	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

LOCAL DE ENTREGA

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Ped. 0000002N - Rep: 13304 -Prod. Lista Positiva 1.450,00 - - "CREDITO PRESUMIDO - LEI NR. 10147/00" - Resp.: LAIS MARANI SILVA - CRM 53551-SP - Tributos R$ 195,03 Federal Fonte: IBPT/empresometro.com.br - 02C353 Transp. Redespa Quality Transportes e Entregas Rapidas Ltda - CPF/CNPJ 06.321.469/0007-81 INS. ESTADUAL 795549474111 - BOLETO DISPONÍVEL NO DDA do seu banco OU INSTR. DEPOS. Banco Itau S/A (341)-AG. 0060l1- C/C 00301009-0 COD IDENT. NR. CNPJ (SEM PONTUACAO) OU INSTR. DEPOS. Banco do Brasil S/A (001)-AG. 0051l5-2 C/C 00000201l4-1 COD IDENT. 0232 92-0. Se preferir, solicitar o boleto pelo e-mail: cobranca.boleto@cristalia.com.br

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 15/10/2020
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
03/12/2020 - AUTOATENDIMENTO - 18.10.18
6790306790 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE
TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

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

==========

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

FAVORECIDO: GESTARE SERVICOS COMBINADOS DE ESCR
CPF/CNPJ: 34.298.678/0001-14
VALOR: R$ 39.673,50
DEBITO EM: 05/11/2020

==========

DOCUMENTO: 110501
AUTENTICACAO SISBB: 1.651.2B0.7C1.255.080

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

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA

NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFS-e

20201103u34298678000114

Número da Nota	**00000137**
Data e Hora de Emissão	**03/11/2020 14:35:22**
Código de Verificação	**FUML-X754**

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: 10/2020

CONVÊNIO 0107/2017 - TERMO ADITIVO 001/2020

VALOR TOTAL DO SERVIÇO = R$ 39.673,50

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

Código do Serviço
06491 - Fornecimento de mão-de-obra em caráter temporário, de empregados ou trabalhadores.

Valor Total das Deduções (R$)	Base de Cálculo (R$)	Alíquota (%)	Valor do ISS (R$)	Crédito (R$)
0,00	*	*	*	0,00

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

OUTRAS INFORMAÇÕES

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

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

05/11

211

RELAÇÃO GERAL DOS LÍQUIDOS

Código	Nome do empregado	CPF	Valor
Empregados			
2329	ALCIONE BOGAZ	328.629.558-25	1.835,67
2163	ALESSANDRA DE CASSIA MARDEGAI	295.556.788-47	3.184,06
2122	ANA AUGUSTA FELICIANI NOGUEIR	214.220.888-63	58,30
2123	ANA PAULA AZEVEDO ZANATTA	214.801.238-03	1.784,05
2445	ANA PAULA DOS SANTOS SILVA	014.000.604-43	1.726,14
2336	BIANCA CAETANO COSTA	301.663.768-50	2.581,48
2977	BRUNA BERALDO FERRANTE	368.501.738-12	2.688,52
2125	CATIA FERNANDA FERRAZ	377.077.858-86	1.744,69
2752	CRISTIANE PASCOALETO VENDRAM	295.136.688-43	1.452,79
2772	DANIELA DOS SANTOS DE OLIVEIR/	218.471.208-65	1.696,23
2126	DEBORA CRISTINA LOCHE	385.855.778-19	1.580,51
2132	DENISE PRISCILA ANCILOTTO LISB(	322.986.678-96	1.737,80
2134	EDILAINE MUNHOZ MAQUEA	108.823.788-64	1.765,99
2135	EDILENE MANOEL	291.914.308-52	1.585,22
2136	ELAINE CRISTINA DIAS BORGES	095.608.758-25	1.485,44
2992	ELIANA CRISTINA RODRIGUES	294.873.608-08	1.378,01
2137	GISLAINE MACHADO MORABITO	322.167.988-27	1.460,22
2127	ISADORA MORAIS DE CASTRO SANT	379.629.418-98	1.400,63
2130	IZABEL CRISTINA DE SOUZA	095.493.888-75	1.375,57
2139	JOSE LOPES DE OLIVEIRA	061.725.928-31	1.859,02
2146	KELLY CRISTINA RAMOS ROCHA	389.267.668-29	1.561,62
2771	LAIS MARANI SILVA	354.059.608-96	2.515,87
2147	LETICIA MAIARA DOS SANTOS FERI	427.001.668-09	1.560,22
2148	LUCAS CARVALHO DOS SANTOS	400.061.728-14	1.722,22
2149	MAIRA TEIXEIRA DE CASTRO	427.566.218-03	1.560,87
2129	MARCIA MAIARA POSSENTI	382.523.438-05	1.383,38
3021	MAURO CELSO CHIAVELLI	365.760.718-84	2.855,87
2721	NATALIA PAZINATO DA SILVA	434.914.478-10	1.377,79
2154	NATALIA XAVIER NASCIMENTO OLI	394.946.148-52	3.156,39
2153	PATRICIA ADRIANA FERREIRA	285.280.548-02	194,12
2164	PATRICIA MICHELE DE ALMEIDA	305.075.078-27	1.485,55
2155	PRISCILA SANTOS LEITE DE ALMEI	298.440.178-66	174,98
2128	REGINA LEIA PARRO RODRIGUES D	259.782.788-73	1.637,18
2157	RICARDO DE CARVALHO	281.686.478-23	1.839,68
3807	SAMIR BISPO DOS SANTOS	246.121.428-02	527,70
2839	SONIA DOS SANTOS ROCHA	304.418.188-70	1.668,56
33	THAIS BOARETO DA SILVA	329.168.118-50	4.065,94
2799	VALERIA CRISTINA DE SOUZA DA C	298.834.288-12	1.402,80

Empregados: 38 Estagiários: 0 Contribuintes: 0 Total da Empresa: 65.071,08

(sessenta e cinco mil setenta e um reais e oito centavos)

MIRANDOPOLIS, 04/11/2020 Responsável:

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

EXTRATO MENSAL

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

8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71 P	998	I.N.S.S.	8,16	152,71 D
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	117,38	117,38 P				
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00 P				
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	104,00	264,29 P				

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

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

8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.548,41 P	339	DESC ODONTO COMPANY	12,50	12,50 D
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	196,76	196,76 P	340	DESC ADESÃO ODONTO COMPANY	12,50	12,50 D
150	HORAS EXTRAS	11,00	206,81 P	998	I.N.S.S.	9,94	344,93 D
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00 P	999	IMPOSTO DE RENDA	15,00	114,17 D
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	109,46	507,18 P				

ND: 0 Proventos: 3.668,16 Descontos: 484,10 Informativa: 277,71 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 3.184,06
NF: 0 Base INSS: 3.471,40 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 3.471,40 Valor FGTS: 277,71 Base IRRF: 3.126,47

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

334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	108,30	108,30 P	339	DESC ODONTO COMPANY	25,00	25,00 D
806	MEDIA HORAS FERIAS	6,62	6,62 P	340	DESC ADESÃO ODONTO COMPANY	25,00	25,00 D
807	VANTAGENS FERIAS	209,00	209,00 P	937	ADIANTAMENTO DE FERIAS	0,00	3.907,35 D
931	1/3 DAS FERIAS	33,33	537,78 P	812	INSS FERIAS	8,36	179,76 D
8783	DIAS FERIAS	30,00	1.397,71 P				
34	FERIAS EM DOBRO	1,00	1.452,00 P				
840	1/3 FERIAS EM DOBRO	0,00	484,00 P				

ND: 2 Proventos: 4.195,41 Descontos: 4.137,11 Informativa: 172,08 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 58,30
NF: 2 Base INSS: 2.151,11 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 2.151,11 Valor FGTS: 172,08 Base IRRF: 0,00
FERIAS DE 01/10/2020 - 30/10/2020

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

8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71 P	339	DESC ODONTO COMPANY	25,00	25,00 D
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	115,76	115,76 P	340	DESC ADESÃO ODONTO COMPANY	25,00	25,00 D
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00 P	998	I.N.S.S.	8,16	152,71 D
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	104,00	264,29 P				

ND: 0 Proventos: 1.986,76 Descontos: 202,71 Informativa: 149,68 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.784,05
NF: 0 Base INSS: 1.871,00 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.871,00 Valor FGTS: 149,68 Base IRRF: 1.718,29

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

EXTRATO MENSAL

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

8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71 P	998	I.N.S.S.	8,14	149,05 D
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	44,85	44,85 P				
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00 P				
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	88,00	223,63 P				

ND: 3 Proventos: 1.875,19 Descontos: 149,05 Informativa: 146,42 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.726,14
NF: 0 Base INSS: 1.830,34 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.830,34 Valor FGTS: 146,42 Base IRRF: 1.112,52

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

8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.548,41 P	998	I.N.S.S.	9,16	252,51 D
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	107,43	107,43 P	999	IMPOSTO DE RENDA	7,50	30,85 D
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00 P				

ND: 1 Proventos: 2.864,84 Descontos: 283,36 Informativa: 220,59 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 2.581,48
NF: 1 Base INSS: 2.757,41 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 2.757,41 Valor FGTS: 220,59 Base IRRF: 2.315,31

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

8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.548,41 P	998	I.N.S.S.	9,42	286,23 D
150	HORAS EXTRAS	11,00	206,81 P	999	IMPOSTO DE RENDA	7,50	63,61 D
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00 P				
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	16,00	74,14 P				

ND: 0 Proventos: 3.038,36 Descontos: 349,84 Informativa: 243,06 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 2.688,52
NF: 0 Base INSS: 3.038,36 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 3.038,36 Valor FGTS: 243,06 Base IRRF: 2.752,13

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

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

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

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

8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71 P	339	DESC ODONTO COMPANY	37,50	37,50 D
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	119,90	119,90 P	340	DESC ADESÃO ODONTO COMPANY	37,50	37,50 D
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00 P	998	I.N.S.S.	8,15	150,88 D
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	96,00	243,96 P				

ND: 1 Proventos: 1.970,57 Descontos: 225,88 Informativa: 148,05 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.744,69
NF: 1 Base INSS: 1.850,67 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.850,67 Valor FGTS: 148,05 Base IRRF: 1.510,20

EXTRATO MENSAL

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

8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71 P	339	DESC ODONTO COMPANY	12,50	12,50 D
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00 P	340	DESC ADESÃO ODONTO COMPANY	12,50	12,50 D
				998	I.N.S.S.	8,02	128,92 D

ND: 1 Proventos: 1.606,71 Descontos: 153,92 Informativa: 128,53 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.452,79
NF: 0 Base INSS: 1.606,71 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.606,71 Valor FGTS: 128,53 Base IRRF: 1.288,20

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

8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,72 P	998	I.N.S.S.	8,15	150,52 D
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00 P				
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	94,45	240,03 P				

ND: 0 Proventos: 1.846,75 Descontos: 150,52 Informativa: 147,74 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.696,23
NF: 0 Base INSS: 1.846,75 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.846,75 Valor FGTS: 147,74 Base IRRF: 1.696,23

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

8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.191,49 P	339	DESC ODONTO COMPANY	12,50	12,50 D
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	110,36	110,36 P	340	DESC ADESÃO ODONTO COMPANY	12,50	12,50 D
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00 P	998	I.N.S.S.	8,04	130,64 D
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	104,00	225,30 P				

ND: 0 Proventos: 1.736,15 Descontos: 155,64 Informativa: 130,06 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.580,51
NF: 0 Base INSS: 1.625,79 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.625,79 Valor FGTS: 130,06 Base IRRF: 1.495,15

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

8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71 P	339	DESC ODONTO COMPANY	50,00	50,00 D
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	121,07	121,07 P	340	DESC ADESÃO ODONTO COMPANY	50,00	50,00 D
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00 P	998	I.N.S.S.	8,16	152,55 D
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	103,32	262,57 P				

ND: 2 Proventos: 1.990,35 Descontos: 252,55 Informativa: 149,54 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.737,80
NF: 1 Base INSS: 1.869,28 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.869,28 Valor FGTS: 149,54 Base IRRF: 1.337,55

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

8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71 P	998	I.N.S.S.	8,12	145,29 D
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	122,72	122,72 P				
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00 P				
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	71,56	181,85 P				

ND: 0 Proventos: 1.911,28 Descontos: 145,29 Informativa: 143,08 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.765,99
NF: 0 Base INSS: 1.788,56 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.788,56 Valor FGTS: 143,08 Base IRRF: 1.643,27

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

EXTRATO MENSAL

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

8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71 P	998	I.N.S.S.	8,02	128,92 D
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	107,43	107,43 P				
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00 P				

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

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

8781	DIAS NORMAIS	29,00	1.351,12 P	339	DESC ODONTO COMPANY	50,00	50,00 D
8870	DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTE	1,00	46,59 P	340	DESC ADESÃO ODONTO COMPANY	50,00	50,00 D
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	107,65	107,65 P	998	I.N.S.S.	8,02	128,92 D
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	202,03 P				
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR	20,00	6,97 P				

ND: 0 Proventos: 1.714,36 Descontos: 228,92 Informativa: 128,53 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.485,44
NF: 0 Base INSS: 1.606,71 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.606,71 Valor FGTS: 128,53 Base IRRF: 1.477,79
Doença período igual ou inferior a 15 dias: 05/10/2020 a 05/10/2020

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

8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,95 P	339	DESC ODONTO COMPANY	50,00	50,00 D
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00 P	340	DESC ADESÃO ODONTO COMPANY	50,00	50,00 D
				998	I.N.S.S.	8,02	128,94 D

ND: 1 Proventos: 1.606,95 Descontos: 228,94 Informativa: 128,55 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.378,01
NF: 1 Base INSS: 1.606,95 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.606,95 Valor FGTS: 128,55 Base IRRF: 1.288,42

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

8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71 P	339	DESC ODONTO COMPANY	62,50	62,50 D
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	107,43	107,43 P	340	DESC ADESÃO ODONTO COMPANY	62,50	62,50 D
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00 P	998	I.N.S.S.	8,02	128,92 D

ND: 2 Proventos: 1.714,14 Descontos: 253,92 Informativa: 128,53 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.460,22
NF: 1 Base INSS: 1.606,71 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.606,71 Valor FGTS: 128,53 Base IRRF: 1.098,61

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

8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.191,49 P	998	I.N.S.S.	7,89	111,92 D
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	94,73	94,73 P				
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00 P				
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	8,00	17,33 P				

ND: 0 Proventos: 1.512,55 Descontos: 111,92 Informativa: 113,42 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.400,63
NF: 0 Base INSS: 1.417,82 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.417,82 Valor FGTS: 113,42 Base IRRF: 1.305,90

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

EXTRATO MENSAL

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

8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.191,49 P	339	DESC ODONTO COMPANY	12,50	12,50 D
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	94,67	94,67 P	340	DESC ADESÃO ODONTO COMPANY	12,50	12,50 D
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00 P	998	I.N.S.S.	7,89	111,92 D
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	8,00	17,33 P				

ND: 0 Proventos: 1.512,49 Descontos: 136,92 Informativa: 113,42 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.375,57
NF: 0 Base INSS: 1.417,82 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.417,82 Valor FGTS: 113,42 Base IRRF: 1.305,90

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

8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71 P	998	I.N.S.S.	8,17	154,53 D
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	122,22	122,22 P				
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00 P				
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	112,00	284,62 P				

ND: 2 Proventos: 2.013,55 Descontos: 154,53 Informativa: 151,30 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.859,02
NF: 1 Base INSS: 1.891,33 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.891,33 Valor FGTS: 151,30 Base IRRF: 1.357,62

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

8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71 P	339	DESC ODONTO COMPANY	12,50	12,50 D
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	108,83	108,83 P	340	DESC ADESÃO ODONTO COMPANY	12,50	12,50 D
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00 P	998	I.N.S.S.	8,02	128,92 D

ND: 0 Proventos: 1.715,54 Descontos: 153,92 Informativa: 128,53 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.561,62
NF: 0 Base INSS: 1.606,71 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.606,71 Valor FGTS: 128,53 Base IRRF: 1.477,79

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

8784	SALARIO MATERNIDADE DIAS	26,00	2.208,62 P	937	ADIANTAMENTO DE FERIAS	0,00	474,18 D
894	MEDIA LIC. MATERNIDADE	0,00	433,34 P	812	INSS FERIAS	10,62	59,14 D
805	MEDIA VALOR FERIAS	50,00	50,00 P	821	INSS DIFERENCA FERIAS	0,00	12,59 D
807	VANTAGENS FERIAS	27,87	27,87 P	998	I.N.S.S.	9,22	260,39 D
931	1/3 DAS FERIAS	33,33	139,22 P	942	IRRF FERIAS	15,00	23,56 D
8783	DIAS FERIAS	4,00	339,79 P	999	IMPOSTO DE RENDA	7,50	34,24 D
8011	INSALUB 20% LIC.MATERN	20,00	181,13 P				

ND: 1 Proventos: 3.379,97 Descontos: 864,10 Informativa: 270,39 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 2.515,87
NF: 1 Base INSS: 3.379,97 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 3.379,97 Valor FGTS: 270,39 Base IRRF: 2.360,52
Licença maternidade: 30/06/2020 a 27/10/2020
FERIAS DE 28/10/2020 - 26/11/2020

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

EXTRATO MENSAL

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

8781	DIAS NORMAIS	25,00	1.164,76 P	339	DESC ODONTO COMPANY	12,50	12,50 D
8870	DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTE	5,00	232,95 P	340	DESC ADESÃO ODONTO COMPANY	12,50	12,50 D
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	107,43	107,43 P	998	I.N.S.S.	8,02	128,92 D
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	174,17 P				
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR	20,00	34,83 P				

ND: 0 Proventos: 1.714,14 Descontos: 153,92 Informativa: 128,53 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.560,22
NF: 0 Base INSS: 1.606,71 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.606,71 Valor FGTS: 128,53 Base IRRF: 1.477,79
Doença período igual ou inferior a 15 dias: 26/10/2020 a 30/10/2020

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

8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71 P	339	DESC ODONTO COMPANY	12,50	12,50 D
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	121,43	121,43 P	340	DESC ADESÃO ODONTO COMPANY	12,50	12,50 D
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00 P	998	I.N.S.S.	8,11	143,56 D
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	64,00	162,64 P				

ND: 0 Proventos: 1.890,78 Descontos: 168,56 Informativa: 141,54 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.722,22
NF: 0 Base INSS: 1.769,35 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.769,35 Valor FGTS: 141,54 Base IRRF: 1.625,79

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

8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71 P	339	DESC ODONTO COMPANY	12,50	12,50 D
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	108,08	108,08 P	340	DESC ADESÃO ODONTO COMPANY	12,50	12,50 D
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00 P	998	I.N.S.S.	8,02	128,92 D

ND: 0 Proventos: 1.714,79 Descontos: 153,92 Informativa: 128,53 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.560,87
NF: 0 Base INSS: 1.606,71 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.606,71 Valor FGTS: 128,53 Base IRRF: 1.477,79

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

8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.242,33 P	339	DESC ODONTO COMPANY	25,00	25,00 D
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	96,98	96,98 P	340	DESC ADESÃO ODONTO COMPANY	25,00	25,00 D
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00 P	998	I.N.S.S.	7,92	114,93 D

ND: 0 Proventos: 1.548,31 Descontos: 164,93 Informativa: 116,10 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.383,38
NF: 0 Base INSS: 1.451,33 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.451,33 Valor FGTS: 116,10 Base IRRF: 1.336,40

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

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

ND: 0 Proventos: 3.257,41 Descontos: 401,54 Informativa: 260,59 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 2.855,87
NF: 0 Base INSS: 3.257,41 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 3.257,41 Valor FGTS: 260,59 Base IRRF: 2.942,44

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

EXTRATO MENSAL

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

8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71 P	339	DESC ODONTO COMPANY	50,00	50,00 D
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00 P	340	DESC ADESÃO ODONTO COMPANY	50,00	50,00 D
				998	I.N.S.S.	8,02	128,92 D

ND:	0	Proventos:	1.606,71	Descontos:	228,92	Informativa:	128,53	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	1.377,79
NF:	0	Base INSS:	1.606,71	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.606,71	Valor FGTS:	128,53	Base IRRF:	1.477,79

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

8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.548,41 P	339	DESC ODONTO COMPANY	25,00	25,00 D
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	187,21	187,21 P	340	DESC ADESÃO ODONTO COMPANY	25,00	25,00 D
150	HORAS EXTRAS	11,00	206,81 P	998	I.N.S.S.	9,95	346,24 D
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00 P	999	IMPOSTO DE RENDA	15,00	115,39 D
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	111,49	516,59 P				

ND:	0	Proventos:	3.668,02	Descontos:	511,63	Informativa:	278,46	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	3.156,39
NF:	0	Base INSS:	3.480,81	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	3.480,81	Valor FGTS:	278,46	Base IRRF:	3.134,57

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

334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	122,56	122,56 P	937	ADIANTAMENTO DE FERIAS	0,00	2.223,89 D
806	MEDIA HORAS FERIAS	243,96	243,96 P	812	INSS FERIAS	8,82	217,73 D
807	VANTAGENS FERIAS	209,00	209,00 P	821	INSS DIFERENCA FERIAS	0,00	3,67 D
931	1/3 DAS FERIAS	33,33	616,89 P	998	I.N.S.S.	7,50	6,09 D
8783	DIAS FERIAS	30,00	1.397,71 P	942	IRRF FERIAS	7,50	25,94 D
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	32,00	81,32 P				

ND:	0	Proventos:	2.671,44	Descontos:	2.477,32	Informativa:	203,90	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	194,12
NF:	0	Base INSS:	2.548,88	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	2.548,88	Valor FGTS:	203,90	Base IRRF:	71,56

FERIAS DE 01/10/2020 - 30/10/2020

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

8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71 P	339	DESC ODONTO COMPANY	50,00	50,00 D
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	107,76	107,76 P	340	DESC ADESÃO ODONTO COMPANY	50,00	50,00 D
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00 P	998	I.N.S.S.	8,02	128,92 D

ND:	1	Proventos:	1.714,47	Descontos:	228,92	Informativa:	128,53	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	1.485,55
NF:	1	Base INSS:	1.606,71	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.606,71	Valor FGTS:	128,53	Base IRRF:	1.288,20

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

334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	174,98	174,98 P	937	ADIANTAMENTO DE FERIAS	0,00	3.383,97 D
806	MEDIA HORAS FERIAS	227,47	227,47 P	812	INSS FERIAS	10,46	416,11 D
807	VANTAGENS FERIAS	209,00	209,00 P	942	IRRF FERIAS	15,00	179,76 D
931	1/3 DAS FERIAS	33,33	994,96 P				
8783	DIAS FERIAS	30,00	2.548,41 P				

ND:	0	Proventos:	4.154,82	Descontos:	3.979,84	Informativa:	318,38	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	174,98
NF:	0	Base INSS:	3.979,84	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	3.979,84	Valor FGTS:	318,38	Base IRRF:	0,00

FERIAS DE 02/10/2020 - 31/10/2020

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

EXTRATO MENSAL

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

8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.191,49 P	998	I.N.S.S.	8,06	133,76 D
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	110,49	110,49 P				
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00 P				
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	120,00	259,96 P				

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

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

8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71 P	998	I.N.S.S.	8,16	152,53 D
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	123,16	123,16 P				
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00 P				
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	103,23	262,34 P				

ND: 0 Proventos: 1.992,21 Descontos: 152,53 Informativa: 149,52 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.839,68
NF: 0 Base INSS: 1.869,05 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.869,05 Valor FGTS: 149,52 Base IRRF: 1.716,52

Empr.: 3807 SAMIR BISPO DOS SANTOS Situação: Trabalhando CPF: 246.121.428-02 PIS: 126.39710.89-5
Cargo: 71 TEC. ENFERMAGEM Vínculo: Celetista Adm: 26/10/2020 CTPS/Série: 66713/00154
CC: 900 Depto: 600 Filial: 1 Salário: 1.397,71

8781	DIAS NORMAIS	5,00	232,95 P	998	I.N.S.S.	7,50	20,08 D
316	VALE REFEIÇÃO	280,00	280,00 P				
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	34,83 P				

ND: 0 Proventos: 547,78 Descontos: 20,08 Informativa: 21,42 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 527,70
NF: 0 Base INSS: 267,78 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 267,78 Valor FGTS: 21,42 Base IRRF: 247,70

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

8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,95 P	339	DESC ODONTO COMPANY	25,00	25,00 D
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00 P	340	DESC ADESÃO ODONTO COMPANY	25,00	25,00 D
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	104,00	264,34 P	998	I.N.S.S.	8,16	152,73 D

ND: 0 Proventos: 1.871,29 Descontos: 202,73 Informativa: 149,70 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.668,56
NF: 0 Base INSS: 1.871,29 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.871,29 Valor FGTS: 149,70 Base IRRF: 1.718,56

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

294	PARCELA DIFERENCA DISSIDIO	185,02	185,02 P	998	I.N.S.S.	10,95	505,73 D
8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.886,86 P	999	IMPOSTO DE RENDA	22,50	289,59 D
245	AJUDA DE CUSTO	277,58	277,58 P				
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	241,22	241,22 P				
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00 P				
27	ADICIONAL RT	1.061,58	1.061,58 P				

ND: 0 Proventos: 4.861,26 Descontos: 795,32 Informativa: 369,60 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 4.065,94
NF: 0 Base INSS: 4.620,04 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 4.620,04 Valor FGTS: 369,60 Base IRRF: 4.114,31

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

EXTRATO MENSAL

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

8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,72 P	339	DESC ODONTO COMPANY	37,50	37,50 D
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00 P	340	DESC ADESÃO ODONTO COMPANY	37,50	37,50 D
				998	I.N.S.S.	8,02	128,92 D

ND:	2	Proventos:	1.606,72	Descontos:	203,92	Informativa:	128,53	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	1.402,80
NF:	1	Base INSS:	1.606,72	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.606,72	Valor FGTS:	128,53	Base IRRF:	1.098,62

Total Geral Proventos:	86.911,10	Total Geral Descontos:	21.840,02
		Líquido Geral:	65.071,08

Resumo por Rubrica

16	INSALUBRIDADE 20%	680,00	6.890,03 P	339	DESC ODONTO COMPANY	612,50	612,50 D
27	ADICIONAL RT	1.561,58	1.561,58 P	340	DESC ADESÃO ODONTO COMPANY	612,50	612,50 D
34	FERIAS EM DOBRO	1,00	1.452,00 P	812	INSS FERIAS	38,26	872,74 D
150	HORAS EXTRAS	33,00	620,43 P	821	INSS DIFERENCA FERIAS	0,00	16,26 D
245	AJUDA DE CUSTO	277,58	277,58 P	937	ADIANTAMENTO DE FERIAS	0,00	9.989,39 D
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	1.553,51	4.353,71 P	942	IRRF FERIAS	37,50	229,26 D
294	PARCELA DIFERENCA DISSIDIO	185,02	185,02 P	998	I.N.S.S.	300,97	6.015,54 D
316	VALE REFEIÇÃO	280,00	280,00 P	999	IMPOSTO DE RENDA	90,00	734,42 D
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	3.408,79	3.408,79 P	8801	DESCONTO DIAS AFASTADOS	30,00	2.757,41 D
805	MEDIA VALOR FERIAS	50,00	50,00 P				
806	MEDIA HORAS FERIAS	478,05	478,05 P				
807	VANTAGENS FERIAS	654,87	654,87 P				
840	1/3 FERIAS EM DOBRO	0,00	484,00 P				
894	MEDIA LIC. MATERNIDADE	0,00	433,34 P				
931	1/3 DAS FERIAS	133,32	2.288,85 P				
8011	INSALUB 20% LIC.MATERN	20,00	181,13 P				
8013	INSALUB 20% DOENCA	20,00	209,00 P				
8781	DIAS NORMAIS	989,00	52.340,73 P				
8783	DIAS FERIAS	94,00	5.683,62 P				
8784	SALARIO MATERNIDADE DIAS	26,00	2.208,62 P				
8785	DIAS AFAST.INSS (P/DOENCA)	30,00	2.548,41 P				
8870	DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTE	6,00	279,54 P				
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR	40,00	41,80 P				

Líquido Geral:	65.071,08

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

EXTRATO MENSAL

Situações

Número de empregados:	39	Salário contribuição empregados:	78.528,90	Base IRRF Mensal:	59.549,91
Numero de estagiários:	0	Salário contribuição contribuintes:	0,00	Valor IRRF Mensal:	734,42
Trabalhando:	35	Excedente:	0,00	Base IRRF Férias:	7.878,19
Afastado direitos integrais:	0	Base total:	78.528,90	Valor IRRF Férias:	229,26
Afastado acidente de trabalho:	0	Segurados:	6.904,54	Base IRRF Partic. Lucros:	0,00
Afastado serviço militar:	0	Empresa:	0,00	Valor IRRF Partic. Lucros:	0,00
Salário maternidade:	0	RAT:	0,00	Base IRRF Exterior:	0,00
Salário maternidade INSS:	0	Contribuintes:	0,00	Valor IRRF Exterior:	0,00
Doença:	1	Sub-Total:	6.904,54	Base IRRF 13º Salário:	0,00
Doença Profissional:	0	Retenções:	0,00	Valor IRRF 13º Salário:	0,00
Licença sem vencimento:	0	(-) Salário família/maternidade:	2.823,09	Valor Total do IRRF:	963,68
Demitido:	0	Compensações:	0,00	IRRF Aluguéis:	0,00
Transferido:	0	Valores pagos a Cooperativas:	0,00	IRRF contribuintes:	0,00
Férias:	3	Outras Compensações:	0,00	Base do FGTS:	78.528,90
Mandato sindical:	0	Total:	4.081,45	Valor do FGTS:	6.282,11
Aposentadoria:	0	Terceiros:	0,00	Base do FGTS Aprendiz:	0,00
Partic. curso/programa de qualificação:	0	Total INSS:	4.081,45	Valor do FGTS Aprendiz:	0,00
Ausência justificada:	0			Base FGTS - GRRF:	0,00
Outros motivos de afastamento:	0			FGTS - GRRF:	0,00
Admissões:	1			Base FGTS mes ant. - GRRF:	0,00
Número de contribuintes:	0			FGTS mes ant. - GRRF:	0,00
				Base PIS:	0,00
				Valor PIS:	0,00
				Base ISS:	0,00
				Valor ISS:	0,00
				Líquido Geral:	65.071,08

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

EMPRESA

Aviso de lançamento

G3351313561964341
13/12/2020 16:21:36

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

Data 06/11/2020 Valor R$ 1.835,67 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 187, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

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

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

Documento emitido por: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO em 13/12/2020 16:21:36

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

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

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71	
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	117,38	117,38	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	104,00	264,29	
998	I.N.S.S.	8,16		152,71

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.988,38	152,71

BANCO DO BRASIL 1
conta corrente: 108306-6 Agência: 448 - 0

Valor Líquido ⇨ 1.835,67

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

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

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

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

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71	
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	117,38	117,38	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	104,00	264,29	
998	I.N.S.S.	8,16		152,71

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.988,38	152,71

BANCO DO BRASIL 1
conta corrente: 108306-6 Agência: 448 - 0

Valor Líquido ⇨ 1.835,67

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

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

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

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

EMPRESA

Aviso de lançamento

G3351313561964341
13/12/2020 16:21:36

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

Data 06/11/2020 Valor R$ 3.184,06 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 187, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

(Três mil e cento e oitenta e quatro reais e seis centavos)

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

Documento emitido por: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO em 13/12/2020 16:21:36

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

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

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.548,41	
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	196,76	196,76	
150	HORAS EXTRAS	11,00	206,81	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	109,46	507,18	
339	DESC ODONTO COMPANY	12,50		12,50
340	DESC ADESÃO ODONTO COMPANY	12,50		12,50
998	I.N.S.S.	9,94		344,93
999	IMPOSTO DE RENDA	15,00		114,17

Total de Vencimentos	Total de Descontos
3.668,16	484,10
Valor Líquido ⇨	3.184,06

BANCO DO BRASIL 1
conta corrente: 19432-8 Agência: 448 - 0

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
2.548,41	3.471,40	3.471,40	277,71	3.126,47	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 Folha Mensal
Mensalista Outubro de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.548,41	
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	196,76	196,76	
150	HORAS EXTRAS	11,00	206,81	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	109,46	507,18	
339	DESC ODONTO COMPANY	12,50		12,50
340	DESC ADESÃO ODONTO COMPANY	12,50		12,50
998	I.N.S.S.	9,94		344,93
999	IMPOSTO DE RENDA	15,00		114,17

Total de Vencimentos	Total de Descontos
3.668,16	484,10
Valor Líquido ⇨	3.184,06

BANCO DO BRASIL 1
conta corrente: 19432-8 Agência: 448 - 0

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
2.548,41	3.471,40	3.471,40	277,71	3.126,47	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 Saude
UGE: 090196. - Hospital Estadual
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandopolis
Tipo de Despesa: Custeio

EMPRESA

Aviso de lançamento

G3351313561964341
13/12/2020 16:21:36

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

Data 06/11/2020 Valor R$ 58,30 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 187, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

(Cinqüenta e oito reais e trinta centavos)

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

Documento emitido por: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO em 13/12/2020 16:21:36

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

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

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	108,30	108,30	
806	MEDIA HORAS FERIAS	6,62	6,62	
807	VANTAGENS FERIAS	209,00	209,00	
931	1/3 DAS FERIAS	33,33	537,78	
8783	DIAS FERIAS	30,00	1.397,71	
34	FERIAS EM DOBRO	1,00	1.452,00	
840	1/3 FERIAS EM DOBRO	0,00	484,00	
339	DESC ODONTO COMPANY	25,00		25,00
340	DESC ADESÃO ODONTO COMPANY	25,00		25,00
937	ADIANTAMENTO DE FERIAS	0,00		3.907,35
812	INSS FERIAS	8,36		179,76

Total de Vencimentos	Total de Descontos
4.195,41	4.137,11
Valor Líquido ⇨	58,30

BANCO DO BRASIL 1
conta corrente: 19481-6 Agência: 448 - 0

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	2.151,11	2.151,11	172,08	0,00	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 Folha Mensal
Mensalista Outubro de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	108,30	108,30	
806	MEDIA HORAS FERIAS	6,62	6,62	
807	VANTAGENS FERIAS	209,00	209,00	
931	1/3 DAS FERIAS	33,33	537,78	
8783	DIAS FERIAS	30,00	1.397,71	
34	FERIAS EM DOBRO	1,00	1.452,00	
840	1/3 FERIAS EM DOBRO	0,00	484,00	
339	DESC ODONTO COMPANY	25,00		25,00
340	DESC ADESÃO ODONTO COMPANY	25,00		25,00
937	ADIANTAMENTO DE FERIAS	0,00		3.907,35
812	INSS FERIAS	8,36		179,76

Total de Vencimentos	Total de Descontos
4.195,41	4.137,11
Valor Líquido ⇨	58,30

BANCO DO BRASIL 1
conta corrente: 19481-6 Agência: 448 - 0

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	2.151,11	2.151,11	172,08	0,00	0,00

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

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

EMPRESA

Aviso de lançamento

G3351313561964341
13/12/2020 16:21:36

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

Data 06/11/2020 Valor R$ 1.784,05 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 187, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

(Um mil e setecentos e oitenta e quatro reais e cinco centavos)

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

Documento emitido por: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO em 13/12/2020 16:21:36

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

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

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2123	ANA PAULA AZEVEDO ZANATTA	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	115,76	115,76	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	104,00	264,29	
339	DESC ODONTO COMPANY	25,00		25,00
340	DESC ADESÃO ODONTO COMPANY	25,00		25,00
998	I.N.S.S.	8,16		152,71

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.986,76	202,71
Valor Líquido ⇨	1.784,05

BANCO DO BRASIL 1
conta corrente: 19476-x Agência: 448 - 0

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

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

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

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2123	ANA PAULA AZEVEDO ZANATTA	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	115,76	115,76	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	104,00	264,29	
339	DESC ODONTO COMPANY	25,00		25,00
340	DESC ADESÃO ODONTO COMPANY	25,00		25,00
998	I.N.S.S.	8,16		152,71

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.986,76	202,71
Valor Líquido ⇨	1.784,05

BANCO DO BRASIL 1
conta corrente: 19476-x Agência: 448 - 0

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

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

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

EMPRESA

Aviso de lançamento

G3351313561964341
13/12/2020 16:21:36

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

Data 06/11/2020 Valor R$ 1.726,14 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 187, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

(Um mil e setecentos e vinte e seis reais e catorze centavos)

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

Documento emitido por: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO em 13/12/2020 16:21:36

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

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

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71	
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	44,85	44,85	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	88,00	223,63	
998	I.N.S.S.	8,14		149,05

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.875,19	149,05
Valor Líquido ⇨	1.726,14

BANCO DO BRASIL 1
conta corrente: 20148-0 Agência: 448 - 0

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.830,34	1.830,34	146,42	1.112,52	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 Folha Mensal
Mensalista Outubro de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71	
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	44,85	44,85	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	88,00	223,63	
998	I.N.S.S.	8,14		149,05

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.875,19	149,05
Valor Líquido ⇨	1.726,14

BANCO DO BRASIL 1
conta corrente: 20148-0 Agência: 448 - 0

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.830,34	1.830,34	146,42	1.112,52	0,00

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

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

EMPRESA

Aviso de lançamento

G3351313561964341
13/12/2020 16:21:36

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

Data 06/11/2020 Valor R$ 2.581,48 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 187, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

(Dois mil e quinhentos e oitenta e um reais e quarenta e oito centavos)

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

Documento emitido por: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO em 13/12/2020 16:21:36

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

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

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.548,41	
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	107,43	107,43	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
998	I.N.S.S.	9,16		252,51
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		30,85

Total de Vencimentos	Total de Descontos
2.864,84	283,36
Valor Líquido ⇨	2.581,48

BANCO DO BRASIL 1
conta: 111247-3 Agência: 448 - 0

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

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

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

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.548,41	
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	107,43	107,43	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
998	I.N.S.S.	9,16		252,51
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		30,85

Total de Vencimentos	Total de Descontos
2.864,84	283,36
Valor Líquido ⇨	2.581,48

BANCO DO BRASIL 1
conta: 111247-3 Agência: 448 - 0

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

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

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

EMPRESA

Aviso de lançamento

G3351313561964341
13/12/2020 16:21:36

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

Data 06/11/2020 Valor R$ 2.688,52 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 187, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

(Dois mil e seiscentos e oitenta e oito reais e cinqüenta e dois centavos)

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

Documento emitido por: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO em 13/12/2020 16:21:36

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

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

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.548,41	
150	HORAS EXTRAS	11,00	206,81	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	16,00	74,14	
998	I.N.S.S.	9,42		286,23
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		63,61

Total de Vencimentos	Total de Descontos
3.038,36	349,84
Valor Líquido ⇨	2.688,52

BANCO DO BRASIL 1
conta salário: 88948-2 Agência: 0295 - X

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
2.548,41	3.038,36	3.038,36	243,06	2.752,13	7,50

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

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

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.548,41	
150	HORAS EXTRAS	11,00	206,81	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	16,00	74,14	
998	I.N.S.S.	9,42		286,23
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		63,61

Total de Vencimentos	Total de Descontos
3.038,36	349,84
Valor Líquido ⇨	2.688,52

BANCO DO BRASIL 1
conta salário: 88948-2 Agência: 0295 - X

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
2.548,41	3.038,36	3.038,36	243,06	2.752,13	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 Saude
UGE: 090196. - Hospital Estadual
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandopolis
Tipo de Despesa: Custeio

EMPRESA

Aviso de lançamento

G3351313561964341
13/12/2020 16:21:36

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

Data 06/11/2020 Valor R$ 1.744,69 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 187, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

(Um mil e setecentos e quarenta e quatro reais e sessenta e nove centavos)

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

Documento emitido por: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO em 13/12/2020 16:21:36

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

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

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2125	CATIA FERNANDA 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	119,90	119,90	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	96,00	243,96	
339	DESC ODONTO COMPANY	37,50		37,50
340	DESC ADESÃO ODONTO COMPANY	37,50		37,50
998	I.N.S.S.	8,15		150,88

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.970,57	225,88
Valor Líquido ⇨	1.744,69

BANCO DO BRASIL 1
conta corrente: 19425-5 Agência: 448 - 0

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.850,67	1.850,67	148,05	1.510,20	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 Folha Mensal
Mensalista Outubro de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2125	CATIA FERNANDA 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	119,90	119,90	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	96,00	243,96	
339	DESC ODONTO COMPANY	37,50		37,50
340	DESC ADESÃO ODONTO COMPANY	37,50		37,50
998	I.N.S.S.	8,15		150,88

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.970,57	225,88
Valor Líquido ⇨	1.744,69

BANCO DO BRASIL 1
conta corrente: 19425-5 Agência: 448 - 0

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.850,67	1.850,67	148,05	1.510,20	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 Saude
UGE: 090196 - Hospital Estadual
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandopolis
Tipo de Despesa: Custeio

EMPRESA

Aviso de lançamento

G3351313561964341
13/12/2020 16:21:36

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

Data 06/11/2020 Valor R$ 1.452,79 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 187, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

(Um mil e quatrocentos e cinqüenta e dois reais e setenta e nove centavos)

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

Documento emitido por: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO em 13/12/2020 16:21:36

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

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

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Fásal
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	
339	DESC ODONTO COMPANY	12,50		12,50
340	DESC ADESÃO ODONTO COMPANY	12,50		12,50
998	I.N.S.S.	8,02		128,92

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.606,71	153,92

BANCO DO BRASIL 1
conta: 20619-9 Agência: 448 - 0

Valor Líquido ⇨ 1.452,79

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.606,71	1.606,71	128,53	1.288,20	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 Folha Mensal
Mensalista Outubro de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Fásal
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	
339	DESC ODONTO COMPANY	12,50		12,50
340	DESC ADESÃO ODONTO COMPANY	12,50		12,50
998	I.N.S.S.	8,02		128,92

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.606,71	153,92

BANCO DO BRASIL 1
conta: 20619-9 Agência: 448 - 0

Valor Líquido ⇨ 1.452,79

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.606,71	1.606,71	128,53	1.288,20	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 Saude
UGE: 090196 - Hospital Estadual
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandopolis
Tipo de Despesa: Custeio

EMPRESA

Aviso de lançamento

G3351313561964341
13/12/2020 16:21:36

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

Data 06/11/2020 Valor R$ 1.696,23 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 187, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

(Um mil e seiscentos e noventa e seis reais e vinte e três centavos)

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

Documento emitido por: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO em 13/12/2020 16:21:36

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

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

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,72	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	94,45	240,03	
998	I.N.S.S.	8,15		150,52

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.846,75	150,52
Valor Líquido ⇨	1.696,23

BANCO DO BRASIL 1
conta: 20671-7 Agência: 448 - 0

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,72	1.846,75	1.846,75	147,74	1.696,23	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 Folha Mensal
Mensalista Outubro de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,72	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	94,45	240,03	
998	I.N.S.S.	8,15		150,52

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.846,75	150,52
Valor Líquido ⇨	1.696,23

BANCO DO BRASIL 1
conta: 20671-7 Agência: 448 - 0

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,72	1.846,75	1.846,75	147,74	1.696,23	0,00

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

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

EMPRESA

Aviso de lançamento

G3351313561964341
13/12/2020 16:21:36

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

Data 06/11/2020 Valor R$ 1.580,51 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 187, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

(Um mil e quinhentos e oitenta reais e cinqüenta e um centavos)

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

Documento emitido por: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO em 13/12/2020 16:21:36

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

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

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.191,49	
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	110,36	110,36	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	104,00	225,30	
339	DESC ODONTO COMPANY	12,50		12,50
340	DESC ADESÃO ODONTO COMPANY	12,50		12,50
998	I.N.S.S.	8,04		130,64

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.736,15	155,64
Valor Líquido ⇨	1.580,51

BANCO DO BRASIL 1
conta corrente: 19413-1 Agência: 448 - 0

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.191,49	1.625,79	1.625,79	130,06	1.495,15	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 Folha Mensal
Mensalista Outubro de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.191,49	
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	110,36	110,36	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	104,00	225,30	
339	DESC ODONTO COMPANY	12,50		12,50
340	DESC ADESÃO ODONTO COMPANY	12,50		12,50
998	I.N.S.S.	8,04		130,64

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.736,15	155,64
Valor Líquido ⇨	1.580,51

BANCO DO BRASIL 1
conta corrente: 19413-1 Agência: 448 - 0

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.191,49	1.625,79	1.625,79	130,06	1.495,15	0,00

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

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

EMPRESA

Aviso de lançamento

G3351313561964341
13/12/2020 16:21:36

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

Data 06/11/2020 Valor R$ 1.737,80 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 187, 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 setecentos e trinta e sete reais e oitenta centavos)

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

Documento emitido por: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO em 13/12/2020 16:21:36

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

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

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71	
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	121,07	121,07	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	103,32	262,57	
339	DESC ODONTO COMPANY	50,00		50,00
340	DESC ADESÃO ODONTO COMPANY	50,00		50,00
998	I.N.S.S.	8,16		152,55

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.990,35	252,55
Valor Líquido ⇨	1.737,80

BANCO DO BRASIL 1
conta corrente: 7621-X Agência: 448 - 0

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.869,28	1.869,28	149,54	1.337,55	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 Folha Mensal
Mensalista Outubro de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71	
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	121,07	121,07	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	103,32	262,57	
339	DESC ODONTO COMPANY	50,00		50,00
340	DESC ADESÃO ODONTO COMPANY	50,00		50,00
998	I.N.S.S.	8,16		152,55

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.990,35	252,55
Valor Líquido ⇨	1.737,80

BANCO DO BRASIL 1
conta corrente: 7621-X Agência: 448 - 0

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.869,28	1.869,28	149,54	1.337,55	0,00

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

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

EMPRESA

Aviso de lançamento

G3351313561964341
13/12/2020 16:21:36

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

Data 06/11/2020 Valor R$ 1.765,99 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 187, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

(Um mil e setecentos e sessenta e cinco reais e noventa e nove centavos)

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

Documento emitido por: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO em 13/12/2020 16:21:36

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saude
UGE: 090136 - 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 Folha Mensal
Mensalista Outubro de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71	
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	122,72	122,72	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	71,56	181,85	
998	I.N.S.S.	8,12		145,29

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.911,28	145,29
Valor Líquido ⇨	1.765,99

BANCO DO BRASIL 1
conta corrente: 14727-3 Agência: 448 - 0

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.788,56	1.788,56	143,08	1.643,27	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 Folha Mensal
Mensalista Outubro de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71	
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	122,72	122,72	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	71,56	181,85	
998	I.N.S.S.	8,12		145,29

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.911,28	145,29
Valor Líquido ⇨	1.765,99

BANCO DO BRASIL 1
conta corrente: 14727-3 Agência: 448 - 0

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.788,56	1.788,56	143,08	1.643,27	0,00

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

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

EMPRESA

Aviso de lançamento

G3351313561964341
13/12/2020 16:21:36

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

Data 06/11/2020 Valor R$ 1.585,22 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 187, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

(Um mil e quinhentos e oitenta e cinco 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: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO em 13/12/2020 16:21:36

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

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

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71	
334	PARCELA 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
Valor Líquido ⇨	1.585,22

BANCO DO BRASIL 1
conta corrente: 19434-4 Agência: 448 - 0

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

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

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

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71	
334	PARCELA 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
Valor Líquido ⇨	1.585,22

BANCO DO BRASIL 1
conta corrente: 19434-4 Agência: 448 - 0

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

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

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

EMPRESA

Aviso de lançamento

G3351313561964341
13/12/2020 16:21:36

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

Data 06/11/2020 Valor R$ 1.485,44 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 187, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

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

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

Documento emitido por: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO em 13/12/2020 16:21:36

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

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

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	29,00	1.351,12	
8870	DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTEGRAIS	1,00	46,59	
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	107,65	107,65	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	202,03	
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	6,97	
339	DESC ODONTO COMPANY	50,00		50,00
340	DESC ADESÃO ODONTO COMPANY	50,00		50,00
998	I.N.S.S.	8,02		128,92

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.714,36	228,92
Valor Líquido ⇨	1.485,44

BANCO DO BRASIL 1
conta corrente: 108275-2 Agência: 448 - 0

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

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

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

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	29,00	1.351,12	
8870	DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTEGRAIS	1,00	46,59	
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	107,65	107,65	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	202,03	
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	6,97	
339	DESC ODONTO COMPANY	50,00		50,00
340	DESC ADESÃO ODONTO COMPANY	50,00		50,00
998	I.N.S.S.	8,02		128,92

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.714,36	228,92
Valor Líquido ⇨	1.485,44

BANCO DO BRASIL 1
conta corrente: 108275-2 Agência: 448 - 0

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

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

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

EMPRESA

Aviso de lançamento

G3351313561964341
13/12/2020 16:21:36

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

Data 06/11/2020 Valor R$ 1.460,22 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 187, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

(Um mil e quatrocentos e sessenta 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: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO em 13/12/2020 16:21:36

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

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

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
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	
339	DESC ODONTO COMPANY	62,50		62,50
340	DESC ADESÃO ODONTO COMPANY	62,50		62,50
998	I.N.S.S.	8,02		128,92

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.714,14	253,92

BANCO DO BRASIL 1
conta corrente: 19478-6 Agência: 448 - 0

Valor Líquido ⇨ 1.460,22

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

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

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

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
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	
339	DESC ODONTO COMPANY	62,50		62,50
340	DESC ADESÃO ODONTO COMPANY	62,50		62,50
998	I.N.S.S.	8,02		128,92

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.714,14	253,92

BANCO DO BRASIL 1
conta corrente: 19478-6 Agência: 448 - 0

Valor Líquido ⇨ 1.460,22

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

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

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

EMPRESA

Aviso de lançamento

G3351313561964341
13/12/2020 16:21:36

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

Data 06/11/2020 Valor R$ 1.400,63 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 187, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

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

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

Documento emitido por: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO em 13/12/2020 16:21:36

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

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

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.191,49	
334	PARCELA 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
Valor Líquido ⇨	1.400,63

BANCO DO BRASIL 1
conta corrente: 19411-5 Agência: 448 - 0

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

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 Folha Mensal
Mensalista Outubro de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.191,49	
334	PARCELA 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
Valor Líquido ⇨	1.400,63

BANCO DO BRASIL 1
conta corrente: 19411-5 Agência: 448 - 0

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

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

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

EMPRESA

Aviso de lançamento

G3351313561964341
13/12/2020 16:21:36

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

Data 06/11/2020 Valor R$ 1.375,57 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 187, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

(Um mil e trezentos e setenta e cinco reais e cinqüenta e sete centavos)

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

Documento emitido por: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO em 13/12/2020 16:21:36

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

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

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
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	
339	DESC ODONTO COMPANY	12,50		12,50
340	DESC ADESÃO ODONTO COMPANY	12,50		12,50
998	I.N.S.S.	7,89		111,92

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.512,49	136,92
Valor Líquido ⇨	1.375,57

BANCO DO BRASIL 1
conta corrente: 19436-0 Agência: 448 - 0

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

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

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

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
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	
339	DESC ODONTO COMPANY	12,50		12,50
340	DESC ADESÃO ODONTO COMPANY	12,50		12,50
998	I.N.S.S.	7,89		111,92

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.512,49	136,92
Valor Líquido ⇨	1.375,57

BANCO DO BRASIL 1
conta corrente: 19436-0 Agência: 448 - 0

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

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

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

EMPRESA

Aviso de lançamento

G3351313561964341
13/12/2020 16:21:36

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

Data 06/11/2020 Valor R$ 1.859,02 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 187, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

(Um mil e oitocentos e cinqüenta e nove reais e dois centavos)

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

Documento emitido por: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO em 13/12/2020 16:21:36

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

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

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71	
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	122,22	122,22	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	112,00	284,62	
998	I.N.S.S.	8,17		154,53

Total de Vencimentos	Total de Descontos
2.013,55	154,53
Valor Líquido ⇨	1.859,02

BANCO DO BRASIL 1
conta corrente: 107885-2 Agência: 448 - 0

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.891,33	1.891,33	151,30	1.357,62	0,00

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

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

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71	
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	122,22	122,22	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	112,00	284,62	
998	I.N.S.S.	8,17		154,53

Total de Vencimentos	Total de Descontos
2.013,55	154,53
Valor Líquido ⇨	1.859,02

BANCO DO BRASIL 1
conta corrente: 107885-2 Agência: 448 - 0

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.891,33	1.891,33	151,30	1.357,62	0,00

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

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

EMPRESA

Aviso de lançamento

G3351313561964341
13/12/2020 16:21:36

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

Data 06/11/2020 Valor R$ 1.561,62 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 187, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

(Um mil e quinhentos e sessenta e um reais e sessenta e dois centavos)

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

Documento emitido por: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO em 13/12/2020 16:21:36

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

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

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71	
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	108,83	108,83	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
339	DESC ODONTO COMPANY	12,50		12,50
340	DESC ADESÃO ODONTO COMPANY	12,50		12,50
998	I.N.S.S.	8,02		128,92

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.715,54	153,92
Valor Líquido ⇨	1.561,62

BANCO DO BRASIL 1
conta corrente: 19414-X Agência: 448 - 0

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

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

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

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71	
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	108,83	108,83	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
339	DESC ODONTO COMPANY	12,50		12,50
340	DESC ADESÃO ODONTO COMPANY	12,50		12,50
998	I.N.S.S.	8,02		128,92

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.715,54	153,92
Valor Líquido ⇨	1.561,62

BANCO DO BRASIL 1
conta corrente: 19414-X Agência: 448 - 0

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

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

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

EMPRESA

Aviso de lançamento

G3351313561964341
13/12/2020 16:21:36

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

Data 06/11/2020 Valor R$ 2.515,87 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 187, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

(Dois mil e quinhentos e quinze reais e oitenta e sete centavos)

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

Documento emitido por: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO em 13/12/2020 16:21:36

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

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

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8784	SALARIO MATERNIDADE DIAS	26,00	2.208,62	
894	MEDIA LIC. MATERNIDADE	0,00	433,34	
805	MEDIA VALOR FERIAS	50,00	50,00	
807	VANTAGENS FERIAS	27,87	27,87	
931	1/3 DAS FERIAS	33,33	139,22	
8783	DIAS FERIAS	4,00	339,79	
8011	INSALUB 20% LIC.MATERN	20,00	181,13	
937	ADIANTAMENTO DE FERIAS	0,00		474,18
812	INSS FERIAS	10,62		59,14
821	INSS DIFERENCA FERIAS	0,00		12,59
998	I.N.S.S.	9,22		260,39
942	IRRF FERIAS	15,00		23,56
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		34,24

Total de Vencimentos	Total de Descontos
3.379,97	864,10

BANCO DO BRASIL 1
conta salário: 20679-2 Agência: 448 - 0

Valor Líquido ⇨ 2.515,87

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
2.548,41	3.379,97	3.379,97	270,39	2.360,52	7,50

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

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

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8784	SALARIO MATERNIDADE DIAS	26,00	2.208,62	
894	MEDIA LIC. MATERNIDADE	0,00	433,34	
805	MEDIA VALOR FERIAS	50,00	50,00	
807	VANTAGENS FERIAS	27,87	27,87	
931	1/3 DAS FERIAS	33,33	139,22	
8783	DIAS FERIAS	4,00	339,79	
8011	INSALUB 20% LIC.MATERN	20,00	181,13	
937	ADIANTAMENTO DE FERIAS	0,00		474,18
812	INSS FERIAS	10,62		59,14
821	INSS DIFERENCA FERIAS	0,00		12,59
998	I.N.S.S.	9,22		260,39
942	IRRF FERIAS	15,00		23,56
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		34,24

Total de Vencimentos	Total de Descontos
3.379,97	864,10

BANCO DO BRASIL 1
conta salário: 20679-2 Agência: 448 - 0

Valor Líquido ⇨ 2.515,87

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
2.548,41	3.379,97	3.379,97	270,39	2.360,52	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 Saude
UGE: 090196 - Hospital Estadual
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandopolis
Tipo de Despesa: Custeio

EMPRESA

Aviso de lançamento

G3351313561964341
13/12/2020 16:21:36

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

Data 06/11/2020 Valor R$ 1.560,22 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 187, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

(Um mil e quinhentos e sessenta 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: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO em 13/12/2020 16:21:36

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

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

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	25,00	1.164,76	
8870	DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTEGRAIS	5,00	232,95	
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	107,43	107,43	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	174,17	
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	34,83	
339	DESC ODONTO COMPANY	12,50		12,50
340	DESC ADESÃO ODONTO COMPANY	12,50		12,50
998	I.N.S.S.	8,02		128,92

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.714,14	153,92

BANCO DO BRASIL 1
conta corrente: 19003-9 Agência: 448 - 0

Valor Líquido ⇨ 1.560,22

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

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

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

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	25,00	1.164,76	
8870	DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTEGRAIS	5,00	232,95	
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	107,43	107,43	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	174,17	
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	34,83	
339	DESC ODONTO COMPANY	12,50		12,50
340	DESC ADESÃO ODONTO COMPANY	12,50		12,50
998	I.N.S.S.	8,02		128,92

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.714,14	153,92

BANCO DO BRASIL 1
conta corrente: 19003-9 Agência: 448 - 0

Valor Líquido ⇨ 1.560,22

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

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

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

EMPRESA

Aviso de lançamento

G3351313561964341
13/12/2020 16:21:36

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

Data 06/11/2020 Valor R$ 1.722,22 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 187, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

(Um mil e setecentos e vinte e dois 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: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO em 13/12/2020 16:21:36

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

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

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71	
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	121,43	121,43	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	64,00	162,64	
339	DESC ODONTO COMPANY	12,50		12,50
340	DESC ADESÃO ODONTO COMPANY	12,50		12,50
998	I.N.S.S.	8,11		143,56

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.890,78	168,56
Valor Líquido ⇨	1.722,22

BANCO DO BRASIL 1
conta corrente: 19412-3 Agência: 448 - 0

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.769,35	1.769,35	141,54	1.625,79	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 Folha Mensal
Mensalista Outubro de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71	
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	121,43	121,43	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	64,00	162,64	
339	DESC ODONTO COMPANY	12,50		12,50
340	DESC ADESÃO ODONTO COMPANY	12,50		12,50
998	I.N.S.S.	8,11		143,56

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.890,78	168,56
Valor Líquido ⇨	1.722,22

BANCO DO BRASIL 1
conta corrente: 19412-3 Agência: 448 - 0

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.769,35	1.769,35	141,54	1.625,79	0,00

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

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

EMPRESA

Aviso de lançamento

G3351313561964341
13/12/2020 16:21:36

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

Data 06/11/2020 Valor R$ 1.560,87 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 187, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

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

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

Documento emitido por: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO em 13/12/2020 16:21:36

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

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

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
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	
339	DESC ODONTO COMPANY	12,50		12,50
340	DESC ADESÃO ODONTO COMPANY	12,50		12,50
998	I.N.S.S.	8,02		128,92

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.714,79	153,92
Valor Líquido ⇨	1.560,87

BANCO DO BRASIL 1
conta corrente: 19415-8 Agência: 448 - 0

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

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

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

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
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	
339	DESC ODONTO COMPANY	12,50		12,50
340	DESC ADESÃO ODONTO COMPANY	12,50		12,50
998	I.N.S.S.	8,02		128,92

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.714,79	153,92
Valor Líquido ⇨	1.560,87

BANCO DO BRASIL 1
conta corrente: 19415-8 Agência: 448 - 0

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

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

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

EMPRESA

Aviso de lançamento

G3351313561964341
13/12/2020 16:21:36

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

Data 06/11/2020 Valor R$ 1.383,38 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 187, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

(Um mil e trezentos e oitenta e três reais e trinta e oito centavos)

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

Documento emitido por: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO em 13/12/2020 16:21:36

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

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

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
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	
339	DESC ODONTO COMPANY	25,00		25,00
340	DESC ADESÃO ODONTO COMPANY	25,00		25,00
998	I.N.S.S.	7,92		114,93

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.548,31	164,93
Valor Líquido ⇨	1.383,38

BANCO DO BRASIL 1
conta corrente: 16147-0 Agência: 448 - 0

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

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

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

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
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	
339	DESC ODONTO COMPANY	25,00		25,00
340	DESC ADESÃO ODONTO COMPANY	25,00		25,00
998	I.N.S.S.	7,92		114,93

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.548,31	164,93
Valor Líquido ⇨	1.383,38

BANCO DO BRASIL 1
conta corrente: 16147-0 Agência: 448 - 0

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

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

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

EMPRESA

Aviso de lançamento

G3351313561964341
13/12/2020 16:21:36

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

Data 06/11/2020 Valor R$ 1.377,79 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 187, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

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

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

Documento emitido por: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO em 13/12/2020 16:21:36

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

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

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
339	DESC ODONTO COMPANY	50,00		50,00
340	DESC ADESÃO ODONTO COMPANY	50,00		50,00
998	I.N.S.S.	8,02		128,92

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.606,71	228,92
Valor Líquido ⇨	1.377,79

BANCO DO BRASIL 1
conta corrente: 26458-X Agência: 373 - 5

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

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

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

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
339	DESC ODONTO COMPANY	50,00		50,00
340	DESC ADESÃO ODONTO COMPANY	50,00		50,00
998	I.N.S.S.	8,02		128,92

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.606,71	228,92
Valor Líquido ⇨	1.377,79

BANCO DO BRASIL 1
conta corrente: 26458-X Agência: 373 - 5

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

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

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

EMPRESA

Aviso de lançamento

G3351313561964341
13/12/2020 16:21:36

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

Data 06/11/2020 Valor R$ 3.156,39 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 187, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

(Três mil e cento e cinqüenta e seis reais e trinta e nove centavos)

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

Documento emitido por: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO em 13/12/2020 16:21:36

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

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

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2154	NATALIA XAVIER NASCIMENTO OLIVEIRA	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	187,21	187,21	
150	HORAS EXTRAS	11,00	206,81	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	111,49	516,59	
339	DESC ODONTO COMPANY	25,00		25,00
340	DESC ADESÃO ODONTO COMPANY	25,00		25,00
998	I.N.S.S.	9,95		346,24
999	IMPOSTO DE RENDA	15,00		115,39

Total de Vencimentos	Total de Descontos
3.668,02	511,63

BANCO DO BRASIL 1
conta corrente: 19553-7 Agência: 448 - 0

Valor Líquido ⇨ 3.156,39

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
2.548,41	3.480,81	3.480,81	278,46	3.134,57	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 Folha Mensal
Mensalista Outubro de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2154	NATALIA XAVIER NASCIMENTO OLIVEIRA	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	187,21	187,21	
150	HORAS EXTRAS	11,00	206,81	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	111,49	516,59	
339	DESC ODONTO COMPANY	25,00		25,00
340	DESC ADESÃO ODONTO COMPANY	25,00		25,00
998	I.N.S.S.	9,95		346,24
999	IMPOSTO DE RENDA	15,00		115,39

Total de Vencimentos	Total de Descontos
3.668,02	511,63

BANCO DO BRASIL 1
conta corrente: 19553-7 Agência: 448 - 0

Valor Líquido ⇨ 3.156,39

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
2.548,41	3.480,81	3.480,81	278,46	3.134,57	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 Mirandopolis
Tipo de Despesa: Custeio

EMPRESA

Aviso de lançamento

G3351313561964341
13/12/2020 16:21:36

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

Data 06/11/2020 Valor R$ 194,12 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 187, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

(Cento e noventa e quatro reais e doze centavos)

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

Documento emitido por: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO em 13/12/2020 16:21:36

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

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

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	122,56	122,56	
806	MEDIA HORAS FERIAS	243,96	243,96	
807	VANTAGENS FERIAS	209,00	209,00	
931	1/3 DAS FERIAS	33,33	616,89	
8783	DIAS FERIAS	30,00	1.397,71	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	32,00	81,32	
937	ADIANTAMENTO DE FERIAS	0,00		2.223,89
812	INSS FERIAS	8,82		217,73
821	INSS DIFERENCA FERIAS	0,00		3,67
998	I.N.S.S.	7,50		6,09
942	IRRF FERIAS	7,50		25,94

Total de Vencimentos	Total de Descontos
2.671,44	2.477,32
Valor Líquido ⇨	194,12

BANCO DO BRASIL 1
conta corrente: 19428-X Agência: 448 - 0

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	2.548,88	2.548,88	203,90	71,56	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 Folha Mensal
Mensalista Outubro de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	122,56	122,56	
806	MEDIA HORAS FERIAS	243,96	243,96	
807	VANTAGENS FERIAS	209,00	209,00	
931	1/3 DAS FERIAS	33,33	616,89	
8783	DIAS FERIAS	30,00	1.397,71	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	32,00	81,32	
937	ADIANTAMENTO DE FERIAS	0,00		2.223,89
812	INSS FERIAS	8,82		217,73
821	INSS DIFERENCA FERIAS	0,00		3,67
998	I.N.S.S.	7,50		6,09
942	IRRF FERIAS	7,50		25,94

Total de Vencimentos	Total de Descontos
2.671,44	2.477,32
Valor Líquido ⇨	194,12

BANCO DO BRASIL 1
conta corrente: 19428-X Agência: 448 - 0

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	2.548,88	2.548,88	203,90	71,56	0,00

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

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

EMPRESA

Aviso de lançamento

G3351313561964341
13/12/2020 16:21:36

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

Data 06/11/2020 Valor R$ 1.485,55 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 187, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

(Um mil e quatrocentos e oitenta e cinco reais e cinqüenta e cinco centavos)

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

Documento emitido por: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO em 13/12/2020 16:21:36

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

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

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Final
2164	PATRICIA MICHELE 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	
339	DESC ODONTO COMPANY	50,00		50,00
340	DESC ADESÃO ODONTO COMPANY	50,00		50,00
998	I.N.S.S.	8,02		128,92

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.714,47	228,92
Valor Líquido ⇨	1.485,55

BANCO DO BRASIL 1
conta corrente: 7812-3 Agência: 448 - 0

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

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

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

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

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Final
2164	PATRICIA MICHELE 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	
339	DESC ODONTO COMPANY	50,00		50,00
340	DESC ADESÃO ODONTO COMPANY	50,00		50,00
998	I.N.S.S.	8,02		128,92

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.714,47	228,92
Valor Líquido ⇨	1.485,55

BANCO DO BRASIL 1
conta corrente: 7812-3 Agência: 448 - 0

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

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

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

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

EMPRESA

Aviso de lançamento

G3351313561964341
13/12/2020 16:21:36

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

Data 06/11/2020 Valor R$ 174,98 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 187, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

(Cento e setenta e quatro reais e noventa e oito centavos)

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

Documento emitido por: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO em 13/12/2020 16:21:36

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

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

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	174,98	174,98	
806	MEDIA HORAS FERIAS	227,47	227,47	
807	VANTAGENS FERIAS	209,00	209,00	
931	1/3 DAS FERIAS	33,33	994,96	
8783	DIAS FERIAS	30,00	2.548,41	
937	ADIANTAMENTO DE FERIAS	0,00		3.383,97
812	INSS FERIAS	10,46		416,11
942	IRRF FERIAS	15,00		179,76

Total de Vencimentos	Total de Descontos
4.154,82	3.979,84

BANCO DO BRASIL 1
conta corrente: 19439-5 Agência: 448 - 0

Valor Líquido ⇨ 174,98

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
2.548,41	3.979,84	3.979,84	318,38	0,00	0,00

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

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

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

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	174,98	174,98	
806	MEDIA HORAS FERIAS	227,47	227,47	
807	VANTAGENS FERIAS	209,00	209,00	
931	1/3 DAS FERIAS	33,33	994,96	
8783	DIAS FERIAS	30,00	2.548,41	
937	ADIANTAMENTO DE FERIAS	0,00		3.383,97
812	INSS FERIAS	10,46		416,11
942	IRRF FERIAS	15,00		179,76

Total de Vencimentos	Total de Descontos
4.154,82	3.979,84

BANCO DO BRASIL 1
conta corrente: 19439-5 Agência: 448 - 0

Valor Líquido ⇨ 174,98

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
2.548,41	3.979,84	3.979,84	318,38	0,00	0,00

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

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

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

EMPRESA

Aviso de lançamento

G3351313561964341
13/12/2020 16:21:36

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

Data 06/11/2020 Valor R$ 1.637,18 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 187, 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: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO em 13/12/2020 16:21:36

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0008-89 CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Outubro de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	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 Agência: 448 - 0

Valor Líquido ⇨ 1.637,18

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

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0008-89 CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Outubro de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	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 Agência: 448 - 0

Valor Líquido ⇨ 1.637,18

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

Data

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

EMPRESA

Aviso de lançamento

G3351313561964341
13/12/2020 16:21:36

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

Data 06/11/2020 Valor R$ 1.839,68 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 187, 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 trinta e nove reais e sessenta e oito centavos)

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

Documento emitido por: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO em 13/12/2020 16:21:36

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

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

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
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%	103,23	262,34	
998	I.N.S.S.	8,16		152,53

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.992,21	152,53
Valor Líquido ⇨	1.839,68

BANCO DO BRASIL 1
conta corrente: 19423-9 Agência: 448 - 0

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.869,05	1.869,05	149,52	1.716,52	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 Folha Mensal
Mensalista Outubro de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
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%	103,23	262,34	
998	I.N.S.S.	8,16		152,53

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.992,21	152,53
Valor Líquido ⇨	1.839,68

BANCO DO BRASIL 1
conta corrente: 19423-9 Agência: 448 - 0

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.869,05	1.869,05	149,52	1.716,52	0,00

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

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

EMPRESA

Aviso de lançamento

G3351313561964341
13/12/2020 16:21:36

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

Data 06/11/2020 Valor R$ 4.065,94 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 187, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

(Quatro mil e sessenta e cinco reais e noventa 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 13/12/2020 16:21:36

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saude
UGE 030196 - 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 Folha Mensal
Mensalista Outubro de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
294	PARCELA DIFERENCA DISSIDIO	185,02	185,02	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.886,86	
245	AJUDA DE CUSTO	277,58	277,58	
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	241,22	241,22	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
27	ADICIONAL RT	1.061,58	1.061,58	
998	I.N.S.S.	10,95		505,73
999	IMPOSTO DE RENDA	22,50		289,59

Total de Vencimentos	Total de Descontos
4.861,26	795,32
Valor Líquido ⇨	4.065,94

BANCO DO BRASIL 1
conta poupança: 197087-9 Agência: 6921 - 3

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
2.886,86	4.620,04	4.620,04	369,60	4.114,31	22,50

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

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

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
294	PARCELA DIFERENCA DISSIDIO	185,02	185,02	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.886,86	
245	AJUDA DE CUSTO	277,58	277,58	
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	241,22	241,22	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
27	ADICIONAL RT	1.061,58	1.061,58	
998	I.N.S.S.	10,95		505,73
999	IMPOSTO DE RENDA	22,50		289,59

Total de Vencimentos	Total de Descontos
4.861,26	795,32
Valor Líquido ⇨	4.065,94

BANCO DO BRASIL 1
conta poupança: 197087-9 Agência: 6921 - 3

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
2.886,86	4.620,04	4.620,04	369,60	4.114,31	22,50

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

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

EMPRESA

Aviso de lançamento

G3351313561964341
13/12/2020 16:21:36

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

Data 06/11/2020 Valor R$ 1.402,80 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 187, 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 dois reais e oitenta centavos)

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

Documento emitido por: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO em 13/12/2020 16:21:36

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

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

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,72	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
339	DESC ODONTO COMPANY	37,50		37,50
340	DESC ADESÃO ODONTO COMPANY	37,50		37,50
998	I.N.S.S.	8,02		128,92

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.606,72	203,92
Valor Líquido ⇨	1.402,80

BANCO DO BRASIL 1
conta corrente: 19514-6 Agência: 448 - 0

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

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

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

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,72	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
339	DESC ODONTO COMPANY	37,50		37,50
340	DESC ADESÃO ODONTO COMPANY	37,50		37,50
998	I.N.S.S.	8,02		128,92

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.606,72	203,92
Valor Líquido ⇨	1.402,80

BANCO DO BRASIL 1
conta corrente: 19514-6 Agência: 448 - 0

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

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

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

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

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

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

	Total de Vencimentos	Total de Descontos
	2.757,41	2.757,41
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 111351-8 Agência: 448 - 0	Valor Líquido ⇨	0,00

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
2.548,41	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

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

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

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

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

	Total de Vencimentos	Total de Descontos
	2.757,41	2.757,41
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 111351-8 Agência: 448 - 0	Valor Líquido ⇨	0,00

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
2.548,41	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

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

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

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
03/12/2020 - AUTOATENDIMENTO - 18.10.18
6790306790 SEGUNDA VIA 0004

COMPROVANTE DE PAGAMENTO

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

Convenio	FGTS ARRECADACAO GRF	
Codigo de Barras	85870000062-6	82310179201-8
	10764605084-6	53494610008-6
Data do pagamento		06/11/2020
CNPJ/CEI/CPF		45349461/0008-89
COMPETENCIA		10/2020
CODIGO RECOLHIMENTO		115
VENCIMENTO		07/11/2020
VALOR DEPOSITO		6.282,31
Valor Total		6.282,31

DOCUMENTO: 110601
AUTENTICACAO SISBB: C.639.6C6.496.AD9.0C2

Mira

FGTS
FUNDO DE GARANTIA DO TEMPO DE SERVIÇO

GRF - GUIA DE RECOLHIMENTO DO FGTS
GERADA EM 04/11/2020 - 19:37:52

GFIP - SEFIP 8.40

01-RAZÃO SOCIAL/NOME				02-DDD/TELEFONE
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA				(0011)39056104
03-FPAS	04-SIMPLES	05-REMUNERAÇÃO	06-QTDE TRABALHADORES	07-ALÍQUOTA FGTS
639	1	78.528,90	38	8
08-CÓD RECOLHIMENTO	09-ID RECOLHIMENTO	10-INSCRIÇÃO/TIPO (8)	11-COMPETÊNCIA	12-DATA DE VALIDADE
115	017980-9	45.349.461/0008-89	10/2020	07/11/2020

13-DEPÓSITO + CONTRIB SOCIAL	14-ENCARGOS	15-TOTAL A RECOLHER
6.282,31	0,00	6.282,31

VALOR FGTS A RECOLHER ATÉ O DIA 07/11/2020

858700000626 823101792018 107646050846 534946100086

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

FGTS
FUNDO DE GARANTIA DO TEMPO DE SERVIÇO

GRF - GUIA DE RECOLHIMENTO DO FGTS
GERADA EM 04/11/2020 - 19:37:52

GFIP - SEFIP 8.40

01-RAZÃO SOCIAL/NOME				02-DDD/TELEFONE
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA				(0011)39056104
03-FPAS	04-SIMPLES	05-REMUNERAÇÃO	06-QTDE TRABALHADORES	07-ALÍQUOTA FGTS
639	1	78.528,90	38	8
08-CÓD RECOLHIMENTO	09-ID RECOLHIMENTO	10-INSCRIÇÃO/TIPO (8)	11-COMPETÊNCIA	12-DATA DE VALIDADE
115	017980-9	45.349.461/0008-89	10/2020	07/11/2020

13-DEPÓSITO + CONTRIB SOCIAL	14-ENCARGOS	15-TOTAL A RECOLHER
6.282,31	0,00	6.282,31

VALOR FGTS A RECOLHER ATÉ O DIA 07/11/2020

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 Mirandopolis
Tipo de Despesa: Custeio

858700000626 823101792018 107646050846 534946100086

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

___/___/___

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

858700000626 823101792018 107646050846 534946100086

EMPRESA: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA — INSCRIÇÃO: 45.349.461/0008-89
COMP: 10/2020 COD REC: 115 COD GPS: 2305 FPAS: 639 OUTRAS ENT: SIMPLES: 1 RAT: 2,0 — FAP: 0,50 RAT AJUSTADO: 1,00
TOMADOR/OBRA: — INSCRIÇÃO:

NOME TRABALHADOR / REM SEM 13° SAL	REM 13°SAL	PIS/PASEP/CI / BASE CÁL 13°SAL PREV SOC / BASE CÁL PREV SOCIAL	ADMISSÃO / CONTRIB SEG DEVIDA	CAT	OCOR	DATA/COD MOVIMENTAÇÃO / DEPÓSITO		CBO / JAM
ELAINE CRISTINA DIAS BORGES		126.22542.14-5	04/10/2017	01		04/10/2020	P3	03222
1.606,71	0,00	0,00	128,92			128,54		0,00
ELAINE CRISTINA DIAS BORGES		126.22542.14-5	04/10/2017	01		05/10/2020	Z5	03222
LAIS MARANI SILVA		129.46882.17-0	03/05/2019	01		29/06/2020	Q1	02234
3.379,97	0,00	0,00	332,12			270,40		0,00
LAIS MARANI SILVA		129.46882.17-0	03/05/2019	01		27/10/2020	Z1	02234
LETICIA MAIARA DOS SANTOS FERRAZ		204.92505.78-5	04/10/2017	01		25/10/2020	P3	03222
1.606,71	0,00	0,00	128,92			128,53		0,00
LETICIA MAIARA DOS SANTOS FERRAZ		204.92505.78-5	04/10/2017	01		30/10/2020	Z5	03222
ALCIONE BOGAZ		128.78920.15-7	16/01/2018	01				03222
1.871,00	0,00	0,00	152,71			149,69		0,00
ALESSANDRA DE CASSIA MARDEGAN		133.59258.89-3	04/10/2017	01				02235
3.471,40	0,00	0,00	344,93			277,72		0,00
ANA AUGUSTA FELICIANI NOGUEIRA		180.90148.36-6	04/10/2017	01				03222
2.151,11	0,00	0,00	179,76			172,08		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
ANA PAULA DOS SANTOS SILVA		160.99087.56-8	23/07/2018	01				03222
1.830,34	0,00	0,00	149,05			146,43		0,00
BIANCA CAETANO COSTA		128.98626.17-3	17/01/2018	01				02235
2.757,41	0,00	0,00	252,51			220,60		0,00
BRUNA BERALDO FERRANTE		209.83236.77-6	20/12/2019	01				02235
3.038,36	0,00	0,00	286,23			243,06		0,00
CATIA FERNANDA FERRAZ		129.80319.17-3	04/10/2017	01				03222
1.850,67	0,00	0,00	150,88			148,06		0,00
CRISTIANE PASCOALETO VENDRAME		128.09298.18-3	22/03/2019	01				03222
1.606,71	0,00	0,00	128,92			128,54		0,00

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

858700000626 823101792018 107646050846 534946100086

EMPRESA: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA — INSCRIÇÃO: 45.349.461/0008-89
COMP: 10/2020 COD REC: 115 COD GPS: 2305 FPAS: 639 OUTRAS ENT: SIMPLES: 1 RAT: 2.0 FAP: 0.50 RAT AJUSTADO: 1.00
TOMADOR/OBRA: INSCRIÇÃO:

NOME TRABALHADOR REM SEM 13° SAL	REM 13°SAL	PIS/PASEP/CI BASE CÁL 13°SAL PREV SOC BASE CÁL PREV SOCIAL	ADMISSÃO CONTRIB SEG DEVIDA	CAT	OCOR	DATA/COD MOVIMENTAÇÃO DEPÓSITO	CBO JAM
DANIELA DOS SANTOS DE OLIVEIRA		125.02011.74-6	03/05/2019	01			03222
1.846,75	0,00	0,00	150,52			147,75	0,00
DEBORA CRISTINA LOCHE		203.38786.55-9	04/10/2017	01			04110
1.625,79	0,00	0,00	130,64			130,06	0,00
DENISE PRISCILA ANCILOTTO LISBOA DE SOUZ		204.40341.55-2	04/10/2017	01			03222
1.869,28	0,00	0,00	152,55			149,54	0,00
EDILAINE MUNHOZ MAQUEA		124.85513.93-9	04/10/2017	01			03222
1.788,56	0,00	0,00	145,29			143,09	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
ELIANA CRISTINA RODRIGUES		209.15162.89-4	19/02/2020	01			03222
1.606,95	0,00	0,00	128,94			128,55	0,00
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
1.891,33	0,00	0,00	154,53			151,31	0,00
KELLY CRISTINA RAMOS ROCHA		164.11866.81-4	04/10/2017	01			03222
1.606,71	0,00	0,00	128,92			128,53	0,00
LUCAS CARVALHO DOS SANTOS		163.67215.87-6	04/10/2017	01			03222
1.769,35	0,00	0,00	143,56			141,54	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

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

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

858700000626 823101792018 107646050846 534946100086

EMPRESA: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA — INSCRIÇÃO: 45.349.461/0008-89
COMP: 10/2020 COD REC: 115 COD GPS: 2305 FPAS: 639 OUTRAS ENT: SIMPLES: 1 RAT: 2.0 FAP: 0.50 RAT AJUSTADO: 1.00
TOMADOR/OBRA: INSCRIÇÃO:

NOME TRABALHADOR / REM SEM 13° SAL	REM 13°SAL	PIS/PASEP/CI / BASE CÁL 13°SAL PREV SOC / BASE CÁL PREV SOCIAL	ADMISSÃO / CONTRIB SEG DEVIDA	CAT	OCOR	DATA/COD MOVIMENTAÇÃO / DEPÓSITO	CBO JAM
NATALIA PAZINATO DA SILVA		204.97661.73-4	25/01/2019	01			03222
1.606,71	0,00	0,00	128,92			128,53	0,00
NATALIA XAVIER NASCIMENTO OLIVEIRA		203.20306.87-3	04/10/2017	01			02235
3.480,81	0,00	0,00	346,24			278,46	0,00
PATRICIA ADRIANA FERREIRA		190.47976.86-2	04/10/2017	01			03222
2.548,88	0,00	0,00	227,49			203,91	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
3.979,84	0,00	0,00	416,11			318,39	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
1.869,05	0,00	0,00	152,53			149,53	0,00
SAMIR BISPO DOS SANTOS		126.39710.89-5	26/10/2020	01			03222
267,78	0,00	0,00	20,08			21,43	0,00
SONIA DOS SANTOS ROCHA		116.26217.35-6	17/09/2019	01			03222
1.871,29	0,00	0,00	152,73			149,71	0,00
THAIS BOARETO DA SILVA		134.51447.81-8	15/09/2014	01	03		02235
4.620,04	0,00	0,00	505,73			369,61	0,00
VALERIA CRISTINA DE SOUZA DA CRUZ		190.08698.55-5	11/06/2019	01			03222
1.606,72	0,00	0,00	128,92			128,53	0,00
TOTAIS DA EMPRESA/TOMADOR							
78.528,90	0,00	0,00	6.904,54			6.282,31	0,00

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

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

858700000626 823101792018 107646050846 534946100086

EMPRESA: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA
N° DE CONTROLE: MNCRG0nQivII0000-0
N° ARQUIVO: DOCAXxnhvQi0000-5
INSCRIÇÃO: 45.349.461/0008-89
COMP: 10/2020 COD REC: 115 COD GPS: 2305 FPAS: 639 OUTRAS ENT: SIMPLES: 1 RAT: 2.0
FAP: 0.50 RAT AJUSTADO: 1.00
TOMADOR/OBRA:
INSCRIÇÃO:
LOGRADOURO: AVENIDA PAULO DE BARROS 326
BAIRRO: CENTRO
CNAE PREPONDERANTE: 8610102
CIDADE: MIRANDOPOLIS
UF: SP
CEP: 17230-000
CNAE: 8610102

CAT	QUANT	REMUNERAÇÃO SEM 13°	REMUNERAÇÃO 13°	BASE CÁL PREV SOC	BASE CÁL 13° PREV SOC
01	38	78.528,90	0,00	78.528,90	0,00
TOTAIS:	38	78.528,90	0,00	78.528,90	0,00

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

858700000626 823101792018 107646050846 534946100086

EMPRESA: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA Nº DE CONTROLE: MNCRG0nQivII0000-0 Nº ARQUIVO: DOCAXxnhvQi0000-5
COMP: 10/2020 COD REC: 115 COD GPS: 2305 FPAS: 639 OUTRAS ENT: SIMPLES: 1 RAT: 2.0 INSCRIÇÃO: 45.349.461/0008-89
TOMADOR/OBRA: FAP: 0.50 RAT AJUSTADO: 1.00
INSCRIÇÃO:

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

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

	FGTS - 8%
REMUNERAÇÃO SEM 13° SALÁRIO	78.528,90
REMUNERAÇÃO 13° SALARIO	0,00
QUANTIDADE TRABALHADORES	38

VALORES DO FGTS
DATA DE RECOLHIMENTO ATÉ 07/11/2020

DEPÓSITO FGTS	ENCARGOS FGTS	CONTRIB SOCIAL	ENCARGOS CONTRIB SOCIAL	TOTAL RECOLHER
6.282,31	0,00	0,00	0,00	6.282,31

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

MINISTÉRIO DA FAZENDA - MF

DATA: 04/11/2020
HORA: 19:37:52
PÁG : 0006/0006

RESUMO DAS INFORMAÇÕES À PREVIDÊNCIA SOCIAL CONSTANTES NO ARQUIVO SEFIP
EMPRESA

EMPRESA: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA — Nº DE CONTROLE: MNCRG0nQivH0000-0 — Nº ARQUIVO: DOCAXxnhvQi0000-5
INSCRIÇÃO: 45.349.461/0008-89
COMP: 10/2020 COD REC: 115 COD GPS: 2305 FPAS: 639 OUTRAS ENT: SIMPLES: 1 RAT: 2.0 FAP: 0.50 RAT AJUSTADO: 1.00
TOMADOR/OBRA: INSCRIÇÃO:
LOGRADOURO: AVENIDA PAULO DE BARROS 326 BAIRRO: CENTRO CNAE PREPONDERANTE: 8610102
CIDADE: MIRANDOPOLIS UF: SP CEP: 17230-000 TELEFONE: 0011 3905 6104 CNAE: 8610102

VALOR DEV PREV SOC CALCULADO SEFIP:	4.081.45	CONTRIB SEGURADOS - DEVIDA:	6.904.54
SALÁRIO FAMÍLIA:	0.00	RECEITA EVENTO DESP/PATROCÍNIO:	0.00
SALÁRIO MATERNIDADE:	2.823.09	PERC DE ISENÇÃO DE FILANTROPIA:	100.00
VALORES PAGOS COOP TRABALHO - SEM ADICIONAL:	0.00	13º SALÁRIO MATERNIDADE:	0.00
VALORES PAGOS COOP TRABALHO - ADIC. 15 ANOS:	0.00	COM PRODUÇÃO PJ:	0.00
VALORES PAGOS COOP TRABALHO - ADIC. 20 ANOS:	0.00	COM PRODUÇÃO PF:	0.00
VALORES PAGOS COOP TRABALHO - ADIC. 25 ANOS:	0.00	VALOR DAS FATURAS EMITIDAS PARA O TOMADOR:	0.00

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

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

BASE DE CÁLCULO APOSENTADORIA ESPECIAL/OCORRÊNCIA

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

QUANTIDADE DE MOVIMENTAÇÕES / CÓDIGOS

H :	0	I1:	0	I2:	0	I3:	0	I4:	0	J :	0	K :	0	L :	0	M :	0	N1:	0
N2:	0	N3:	0	O1:	0	O2:	0	O3:	0	P1:	0	P2:	0	P3:	2	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:	1	Z2:	0	Z3:	0	Z4:	0	Z5:	2

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

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
03/12/2020 - AUTOATENDIMENTO - 18.10.18
6790306790 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO

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

Convenio	FGTS ARREC GRFGTS-UNICO	
Codigo de Barras	85810000020-0	85360451202-5
	01106000000-2	12718903530-5
Data do pagamento		06/11/2020
Identificador		00000012718903530
Data de Vencimento		06/11/2020
Valor Total		2.085,36

DOCUMENTO: 110602
AUTENTICACAO SISBB: C.F8A.579.250.533.8F0

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

Mia

FGTS
FUNDO DE GARANTIA DO TEMPO DE SERVIÇO

GRFGTS - GUIA DE RECOLHIMENTO DO FGTS

RECOLHEDOR		DATA DE VENCIMENTO
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		06/11/2020
CPF/CNPJ	IDENTIFICADOR	TOTAL A RECOLHER
45.349.461/0008-89	000.000.127.189.035-30	2.085,36

85810000020-0 85360451202-5 01106000000-2 12718903530-5

PARCELAMENTO MP 927/2020

PARCELAS

Número da Parcela 5

VALORES

Depósito	2.085,36
Depósito 13º	0,00
Encargos Legais*	260,66
Isenção MP 927/2020*	-260,66
Encargos de Atraso na Parcela*	0,00
Total da Fatura	2.085,36

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

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

VIA CLIENTE

VIA BANCO

FGTS
FUNDO DE GARANTIA DO TEMPO DE SERVIÇO

GRFGTS - GUIA DE RECOLHIMENTO DO FGTS

IDENTIFICADOR	CPF/CNPJ	TOTAL A RECOLHER
000.000.127.189.035-30	45.349.461/0008-89	2.085,36

Atenção: não receber após o vencimento

DATA DE VENCIMENTO
06/11/2020

85810000020-0 85360451202-5 01106000000-2 12718903530-5

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

03/12/2020 - BANCO DO BRASIL - 18:10:18
679006790 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

03399484570130000096363421901040384360000272409
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	110.603
DATA DE VENCIMENTO	11/11/2020
DATA DO PAGAMENTO	06/11/2020
VALOR DO DOCUMENTO	2.724,09
VALOR COBRADO	2.724,09

NR.AUTENTICACAO B.E20.A38.23C.009.D2B

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

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

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

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA [1]

N° 129048
SERIE 1
FOLHA 1/3

CHAVE DE ACESSO
3520 1011 2060 9900 0441 5500 1000 1290 4810 0014 1567

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO	PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
Venda de Merc.Adq de Terc./Venda de Merc.Adq de Terc.ST	135200925435128 14/10/2020 17:33:22

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO	CNPJ
168.070.970.117		11.206.099/0004-41

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL	CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOC. HOSP. BENEFICENTE DO BRASIL (3467)	45.349.461/0001-62	14/10/2020

ENDEREÇO	BAIRRO/DISTRITO	CEP	DATA DE SAÍDA/ENTRADA
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03	JARDIM ARIANO	16400-400	14/OUT/2020

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

FATURA / DUPLICATA

001 15/11/2020 2.724,09

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
2.483,68	406,58	0,00	0,00	2.724,09

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00		0,00	0,00	2.724,09

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
ATIVA DISTRIBUICAO E LOGISTICA LTDA	0 - DO EMITENTE				01125797000701

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
RUA SALVADOR RODRIGUES PRADO, 200	SAO PAULO	SP	149529966118

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
17	CAIXA			68,82	68,82

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
27479	COL.PERF.CORT.13LT PARDO C/20-FLEXPELL LT C2310029C (1) 04/2025 (Fornecedor: 7822, Lote: C2310029C, Qtde: 1 ,Data Fab: 13/04/2023, Data Val: 13/04/2025)	48191000	000	5102	CX	1	68,0200	68,02	68,02	12,24		18,00	
23135	DERMAEX AGE 200ML C/24-NUTRIEX LT 2004070 (1) 04/2022 (Fornecedor: 2612, Lote: 2004-070, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/04/2020, Data Val: 30/04/2022)	15121919	000	5102	CX	1	86,1600	86,16	86,16	15,51		18,00	
24435	AG.DESC.25 X 07 C/100-SR LT 791N4 (3) 02/-2025 (Fornecedor: 7737, Lote: 791N4, Qtde: 3 ,Data Fab: 28/02/2020, Data Val: 28/02/-2025)	90183219	400	5102	CX	3	6,3967	19,19	19,19	2,30		12,00	
13501	CANULA P/TRAQUEOSTOMIA C/B N.7,5 PC-SOLI-DOR LT 35320032 (2) 03/2025 (Fornece-dor: 2060, Lote: 39320032, Qtde: 2 ,Data Fab: 01/03/2020, Data Val: 30/03/2025)	90183929	200	5102	PC	2	16,2000	32,40	32,40	5,83		18,00	
28984	CANULA P/TRAQUEOSTOMIA C/B N.8,0 PC-VITAL LT 0000191001 (1) 10/2024 (Fornecedor: 14-2, Lote: 0000191001, Qtde: 1 ,Data Fab: 23/10/2019, Data Val: 23/10/2024)	90183929	700	5102	UND	1	17,3100	17,31	17,31	3,12		18,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 14/10/2020
ASS.

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

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

/ /

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

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

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA [1]

N° 129048
SERIE 1
FOLHA 2/3

CHAVE DE ACESSO
3520 1011 2060 9900 0441 5500 1000 1290 4810 0014 1567

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

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

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
135200925435128 14/10/2020 17:33:22

INSCRIÇÃO ESTADUAL
186.070.970.117

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO

CNPJ
11.206.099/0004-41

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UNID	QUANT	V.UNIT	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL. ICMS	AL.IPI
29178	FILTRO BACT. VIRAL ELETROSTATICO - SCAV LT 10281 (40) 08/2023 (Fornecedor: 2426, Lote: 10281, Qtde: 40 ,Data Fab: 01/08/2020, Data Val: 31/08/2023)	90192010	000	5102	UND	40	10,8500	434,00	434,00	78,12		18,00	
16639	SEMINGA DESC. 3ML SLIP C/500-SR LT H821 (1) 03/2025 (Fornecedor: 1156, Lote: H821, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/03/2020, Data Val: 31/03/2025)	90183119	200	5102	CX	1	59,1600	59,16	59,16	7,10		12,00	
29087	SONDA FOLEY 2V N.16 300C C/1-UNIDESCARPACK LT SSFAAA0001 (1) 04/2025 (Fornecedor: 918, Lote: SSFAAA0001, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/05/2020, Data Val: 30/04/2025)	90183021	700	5102	PCT	1	25,6400	25,64	25,64	4,62		18,00	
29098	LANCETA DE SEGURANCA 28G C/100-DESCARPACK LT SLAFAA0007 (3) 09/2024 (Fornecedor: 918, Lote: SLAFAA0007, Qtde: 3 ,Data Fab: 01/10/2019, Data Val: 30/09/2024)	90183999	200	5102	CX	3	18,0000	54,00	54,00	9,72		18,00	
25127	AT.CREPE 15X4,5(1,8)13F DZ-EUROPA LT 40611 (3) 06/2025 (Fornecedor: 19952, Lote: 406-11, Qtde: 3 ,Data Fab: 10/06/2020, Data Val: 10/06/2025)	30059090	500	5102	DZ	3	8,1167	24,35	24,35	4,38		18,00	
25489	FRALDA AD.EXTRA GDE.C/07 C/10-SLIM GERIATRIC LT 30201001 (1) 02/2021 \ LT 1034-01001 (1) 05/2023 (Fornecedor: 7983, Lote: 30201001, Qtde: 1 ,Data Fab: 19/02/2020, Data Val: 19/02/2023 / Fornecedor: 7983, Lote: 103401001, Qtde: 1 ,Data Fab: 27/05/2020, Data Val: 27/05/2023)	96190090	060	5405	FD	2	80,1950	160,39					
28116	ELETRODO AD. C/ESP.C/GEL C/5-UNIDESCARPACK LT SECDAA0017 (6) 12/2022 (Fornecedor: 918, Lote: SECDAA0017, Qtde: 6 ,Data Fab: 01/02/2020, Data Val: 31/12/2022)	90181100	200	5102	PCT	6	13,3467	80,08	80,08	14,41		18,00	
25803	FITA MICROPORE 25MMX10MT C/6-MISSNER LT DAM03402 (1) 02/2022 (Fornecedor: 187, Lote: DAM03402, Qtde: 1 ,Data Fab: 13/02/2020, Data Val: 12/02/2022)	30051090	500	5102	PCT	1	12,8200	12,82	12,82	2,31		18,00	
29184	MASCARA TRIPLA C/CLIPS BLAST.C/5-UNIDM LT 99-24/09/20 (4) 09/2022 (Fornecedor: 2868, Lote: 99-24/09/20, Qtde: 4 ,Data Fab: 24/09/2020, Data Val: 24/09/2022)	63079010	900	5102	PCT	4	24,0000	96,00	96,00	17,28		18,00	
29067	C.G.7,5 X 7,5 13F EST C/10 CX 400-NOBRE LT 04/2020 (1) 04/2021 (Fornecedor: 1887, Lote: 04/2020, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/04/2020, Data Val: 30/04/2023)	30059090	000	5102	CX	1	157,2200	157,22	157,22	28,30		18,00	
28432	AV. DESC. ML BR. C/ PUNHO C/10 POLARFIX LT 36087 (20) 02/2025 (Fornecedor: 1494, Lote: 36087, Qtde: 20 ,Data Fab: 03/02/2020, Data Val: 01/02/2025)	62101000	300	5102	PCT	20	25,0000	500,00	500,00	90,00		18,00	
29004	EQ.DIETA ENT.FLEX.S/PILT.SLIP C/2-UNIDESCARPACK LT SEEAAA0024 (2) 12/2024 (Fornecedor: 918, Lote: SEEAAA0024, Qtde: 2 ,Data Fab: 01/01/2020, Data Val: 31/12/2024)	90189099	300	5102	CX	2	25,8000	51,60	51,60	9,29		18,00	
13725	SERINGA DESC.10ML SLIP C/250-SR LT H559 (6) 07/2025 (Fornecedor: 1156, Lote: H559, Qtde: 6 ,Data Fab: 01/07/2020, Data Val: 31/07/2025)	90183119	200	5102	CX	6	62,2467	373,48	373,48	44,82		12,00	
4826	ABAIXADOR LINGUA MADEIRA C/100-THEOTO LT 040 (2) 05/2025 (Fornecedor: 261, Lote: 040, Qtde: 2 ,Data Fab: 05/05/2020, Data Val: 05/05/2025)	44219900	000	5102	PCT	2	2,4500	4,90	4,90	0,88		18,00	

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

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

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

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA [1]

Nº 129048
SERIE 1
FOLHA 3/3

CHAVE DE ACESSO
3520 1011 2060 9900 0441 5500 1000 1290 4810 0014 1567

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO
Venda de Merc Adq de Terc /Venda de Merc Adq de Terc ST

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO
135200925435128 14/10/2020 17:33:22

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO	CNPJ
186.070.970.117		11.206.099/0004-41

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UNID	QUANT	V.UNIT	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL. ICMS	AL.IPI
33564	CATETER IV 24G C/100 S/-FILTRO-DESCARPACK LT SCTPAA033M (1) 03/20-25 (Fornecedor: 918, Lote: SCTPAA033M, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/04/2020, Data Val: 31/03/2025)	90183929	200	5102	CX	1	68.0000	68.00	68.00	15.84		18.00	
28389	COL.UR.2000 ML SP C/ VALV C/05 ESPE-CIAL-DESCARPACK LT SBSAAA0004 (1) 08/2024 (Fornecedor: 918, Lote: SBSAAA0004, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/05/2019, Data Val: 31/08/-2024)	39269030	500	5102	CX	1	14.7000	14.70	14.70	2.65		18.00	
10731	SONDA END.PVC N.7,0 C/CURV C/10-SOLIDOR LT 2892005((1) 05/2023 (Fornecedor: 2080, Lote: 2892005(, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/05/-2020, Data Val: 30/05/2023)	90183929	200	5102	CX	1	39.3000	39.30	39.30	7.07		18.00	
10689	SONDA ENT.12FR 120CM C/EST.PÇ-EMBRAMED 19-05C-REF.450084 LT 2000025778 (10) 07/2023 (Fornecedor: 1456, Lote: 2000025778, Qtde: 10 ,Data Fab: 01/08/2020, Data Val: 30/07/-2023)	90183929	040	5102	PC	10	8.0020	80.02					
28404	SERINGA DESC.20ML SLIP BL C/300-INJEX LT 1405/19 (2) 08/2024 (Fornecedor: 138, Lote: 1405/19, Qtde: 2 ,Data Fab: 04/08/2-019, Data Val: 31/08/2024)	90183119	000	5102	CX	2	111.4250	222.85	222.85	26.74		12.00	
33563	INFUSOR MULT.2V C/CLAMP PDC C/4-0-DESCARP LT SEUCAA0020 (1) 03/2025 (Fornecedor: 918, Lote: SEUCAA0020, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/04/2020, Data Val: 31/03/-2025)	90183910	200	5102	PCT	1	22.5000	22.50	22.50	4.05		18.00	

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

03/12/2020 - BANCO DO BRASIL - 18:10:18
679006790 0002

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

03399484570130000096363424301040184360000091658
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	110.604
DATA DE VENCIMENTO	11/11/2020
DATA DO PAGAMENTO	06/11/2020
VALOR DO DOCUMENTO	916,58
VALOR COBRADO	916,58

NR.AUTENTICACAO B.2B9.018.8FD.45C.8DE

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

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

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

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA [1]

Nº 475478
SERIE 1
FOLHA 1/1

CHAVE DE ACESSO
3120 1011 2060 9900 0107 5500 1000 4754 7810 0057 7299

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO
Venda a não contribuinte

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO
131203861936428 14/10/2020 16:10:39

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTARIO	CNPJ
001 771 1480296	813.020.011.119	11.206.099/0001-07

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL	CNPJ / CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOC. HOSP. BENEFICENTE DO BRASIL (3467)	45.349.461/0001-02	14/10/2020

ENDEREÇO	BAIRRO/DISTRITO	CEP	DATA DA SAÍDA/ENTRADA
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03	JARDIM ARIANO	16400-400	14 OUT 2020

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

FATURA / DUPLICATA

001 11/11/2020 916.58

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
916.58	109.99	0.00	0.00	916.58

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0.00	0.00		0.00	0.00	916.58

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

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

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
AVENIDA PREFEITO OLAVO GOMES DE OLIVEIRA, 6730	POUSO ALEGRE	MG	5250929840006

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
12	CAIXA			39.63	39.63

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UNID	QUANT	V.UNIT	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL. ICMS	AL.IPI
3522	AGUA P/ INJECAO 200AMP 10ML PL-EQUIPLEX LT 2030873 (10)05/22 (Fornecedor: 104, Lote: 2030873, Qtde: 10 ,Data Fab: 05/05/2020, Data Val: 04/05/2022)	30049099	500	6108	CX	10	56.5000	565.00	565.00	67.80		12.00	
24930	SINVASTATINA 40MG 30CP GEN-CIMED LT 20044-11 (1)02/22 (Fornecedor: 1666, Lote: 2004-411, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/02/2020, Data Val: 28/02/2022)	30039069	000	6108	CX	1	4.8200	4.82	4.82	0.58		12.00	
12208	PREDI-MEDROL 40MG/ML 1FAM 2ML-D.QUIMICA LT 2016109 (20)04/22 (Fornecedor: 1390, Lote: 2016109, Qtde: 20 ,Data Fab: 01/04/2020, Data Val: 30/04/2022)	30043290	500	6108	FAM	20	14.7500	295.00	295.00	35.40		12.00	
24455	ALCOOL 70% 1LT TRANS C/12 DESINF-PRO-LINK LT P20090100 (1)09/22 (Fornecedor: 1507, Lote: P20090100, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/09/2020, Data Val: 30/09/2022)	38089429	000	6108	CX	1	51.7600	51.76	51.76	6.21		12.00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

UTI MIRANDOPOLIS - CONVENIO 0107/2017 e 5.41 B 2
Venda Constitucional 97 de 2015
Valor da parcela para UF de Destino: R$ 54,71
Pedido: 443309
End. Entrega: AV.DR.RAUL DA CUNHA BUENO,585 , MIRANDOPOLIS - 16800-000.
MIRANDOPOLIS-SP - Horario : COMERCIAL
Empresa Enquadrada como Dist. Hospitalar nos termos do Inc. XVII do art. 222 do RICMS/00
Setor de Cobranca: (11)4934-1669 / 4934-1673 / 4934-1671
QUALQUER INCONFORMIDADE NA ENTREGA, ENTRE IMEDIATAMENTE EM CONTATO COM NOSSO PÓS-VENDAS NO NUMERO (11) 4934-1702
Data/Hora de Conferência: 0.00

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 19 / 10 / 20
ASS.

Mercadorias avariadas, ou não
solicitadas serão devolvidas
ao cont... inentes com os cortes.

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

1 / 1

03/12/2020 - BANCO DO BRASIL - 18:10:18
679006790 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

03399484570130000096363425101043884360000206012
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	110.605
DATA DE VENCIMENTO	11/11/2020
DATA DO PAGAMENTO	06/11/2020
VALOR DO DOCUMENTO	2.060,12
VALOR COBRADO	2.060,12

NR.AUTENTICACAO 6.5F4.AD2.FF3.824.2BE

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

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

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

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA [1]

Nº 475498
SERIE 1
FOLHA 1/1

CHAVE DE ACESSO
3120 1011 2060 9900 0107 5500 1000 4754 9810 0086 8490

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO
Venda a nao contribuinte

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO
131203862067302 14/10/2020 17:00:56

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

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL	CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOC. HOSP. BENEFICENTE DO BRASIL (3467)	45.349.461/0001-02	14/10/2020

ENDEREÇO	BAIRRO/DISTRITO	CEP	DATA ENTRADA/SAÍDA
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03	JARDIM ARIANO	16400-400	14 OUT 2020

MUNICÍPIO	FONE/FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DA SAÍDA
LINS	1435325199	SP		

FATURA / DUPLICATA

001 11/11/2020 2.060,12

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
2.060,12	238,51	0,00	0,00	2.060,12

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00		0,00	0,00	2.060,12

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

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

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
AVENIDA PREFEITO OLAVO GOMES DE OLIVEIRA, 6730	POUSO ALEGRE	MG	5250929840006

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
5	CAIXA			25,74	25,74

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UND	QUANT	V.UNIT	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	ALÍQ. ICMS	ALÍQ. IPI
13434	AG DESC.40 X 12 C/100-SOLIDOR LT 57119091 (2)09/24 57119111 (8) 11/24 (Fornecedor: 2080, Lote: 57119091, Qtde: 2 ,Data Fab: 01/09/2019, Data Val: 30/09/2024 / Fornecedor: 2080, Lote: 57119111, Qtde: 8 ,Data Fab: 01/11/2019, Data Val: 30/11/2024)	90183219	200	6108	CX	10	7,4420	74,42	74,42	2,98		4,00	
16080	LUVA P/ PROCED.N.EST.M C/10-LENGRUBER LT PR018K (4)09/25 (Fornecedor: 7934, Lote: PR018K, Qtde: 4 ,Data Fab: 01/09/2020, Data Val: 30/09/2025)	40151900	000	6108	CX	4	487,8325	1.951,33	1.951,33	234,16		12,00	
27486	TAMPA LUER MACHO/FEMEA C/100-BIOBASE LT 20191130 (2)12/24 (Fornecedor: 2414, Lote: 20191130, Qtde: 2 ,Data Fab: 01/12/2019, Data Val: 01/12/2024)	90183999	200	6108	CX	2	17,1850	34,37	34,37	1,37		4,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

UTI MIRANDOPOLIS - CONVENIO 0107/2017# R 43 B 1
ITENS 1 : Aliquota para produtos importados (Resol urao 13/2012 do Senado Federal, Emenda Constitucional 87 de 2015).
Valor da partilha para UF de Destino: R$ 127,84
Pedido: 443325
End. Entrega: AV DR.RAUL DA CUNHA BUENO,585 - MIRANDOPOLIS - 16800-000, MIRANDOPOLIS-SP - Horario : COMERCIAL
Empresa Enquadrada como Dist. Hospitalar nos termos do Inc. XVII do art. 222 do RICMS/MG
Setor de Cobranca: (11)4934-1669 / 4934-1677 / 4934-1671
QUALQUER INCONFORMIDADE NA ENTREGA, ENTRE IMEDIATAMENTE EM CONTATO COM NOSSO PÓS-VENDAS NO NUMERO (11) 4934-1703
Kgs..... C Cubagem: 0,09

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 19/10/2020
ASS.

Merc[illegible]
só se[illegible]
ao conhecimento do [illegible]

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

03/12/2020 - BANCO DO BRASIL - 18:10:18
679006790 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

03399484570130000096363420001040784360000176541
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	110.606
DATA DE VENCIMENTO	11/11/2020
DATA DO PAGAMENTO	06/11/2020
VALOR DO DOCUMENTO	1.765,41
VALOR COBRADO	1.765,41

NR.AUTENTICACAO D.E0A.C34.C25.46A.552

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

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

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

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAÍDA [1]

Nº 128945
SERIE 1
FOLHA 1/2

CHAVE DE ACESSO
3520 1011 2060 9900 0441 5500 1000 1289 4510 0005 7402

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO
Venda de Merc. Adq de Terc.

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
135200924657261 14/10/2020 15:29:17

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTADO

CNPJ
11.206.099/0004-41

DESTINATÁRIO / REMETENTE

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

CNPJ / CPF
45.349.461/0001-02

DATA DA EMISSÃO
14/10/2020

ENDEREÇO
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03

BAIRRO / DISTRITO
JARDIM ARIANO

CEP
16400-400

DATA DE SAÍDA/ENTRADA
14 OUT 2020

MUNICÍPIO
1435325198

UF

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA

FATURA / DUPLICATA

11/11/2020	1.765,41	002	18/11/2020	1.765,41	

CÁLCULO DO IMPOSTO

VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
129,32	0,00	0,00	1.765,41

VALOR DO FRETE	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00		0,00	0,00	1.765,41

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL
ATIVA DISTRIBUICAO E LOGISTICA LTDA

FRETE POR CONTA
0 - DO EMITENTE

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ / CPF
01125797000701

ENDEREÇO
RUA SALVADOR RODRIGUES PRADO, 200

MUNICÍPIO
SAO PAULO

UF

INSCRIÇÃO ESTADUAL
149529966118

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
1	CAIXA			12,47	12,47

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UNID	QUANT	V.UNIT	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	ALÍQUOTA ICMS	ALÍQUOTA IPI
DURETAPENA(CEFALEXINA) 250MG 10CP XEV.-GEN-FMG (PORT.344/98) LT IW5505 (17) 08/2022 (Fornecedor: 335, Lote: IW5505, Qtde: 17 ,Data Fab: 07/08/2020, Data Val: 31/07/2022)	30049079	500	5102	CX	17	4,7800	81,26	81,26	9,75		12,00	
KERIPENEM 10 FRAM GEN-BIOCHIMICO LT 0090-21 07/2022 (Fornecedor: 15111, Lote: 0090-21, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/08/2020, Data Val: 31/07/2022)	30049099	400	5102	CX	2	521,2450	1.042,49	1.042,49	125,10		12,00	
BENACILINA(CXAC1021) 500MG 50FAM-NOVAFARMA LT 20FA0053 (1) 01/2022 (Fornecedor: 2681, Lotes: 20FA0053, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/07/2020, Data Val: 31/01/2022)	30041019	000	5102	CA	1	91,6600	91,66	91,66	16,50		18,00	
BIOCEFRIDA 1GRS 50AMP 2ML GEN-NOVAFARMA LT 20N11399 (1) 09/2021 (Fornecedor: 1901, Lotes: 20N11399, Qtde: 1 ,Data Fab: 02/09/2019, Data Val: 02/09/2021)	30049045	000	5102	CX	3	48,5000	145,50	145,50	17,46		12,00	
AMPERINEFRINA 2MG/ML 50AMP 4ML GEN-HIPOLABOR LT AB-092/20 (1) 09/2022 (Fornecedor: 1442, Lotes: AB-092/20, Qtde: 1 ,Data Fab: 31/08/2020, Data Val: 31/08/2022)	30049039	000	5102	CX	1	490,3100	490,31	490,31	58,84		12,00	

DADOS ADICIONAIS

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 19 / 10 / 2020
ASS. _____

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

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

OK

_____ / _____ / _____

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

Avenida Tower Auto Motive - Galpão 28, 300 - Laranja Azeda - ARUJA, SP, CEP:07430350, Fone:11-4934-1700

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA [1]

Nº 128945
SERIE 1
FOLHA 2/2

CHAVE DE ACESSO
3520 1011 2060 9900 0441 5500 1000 1289 4510 0005 7402

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO
Venda de Merc Adq de Terc

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
135200924657261 14/10/2020 15:29:17

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO

CNPJ
11.206.099/0004-41

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓD.	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UNID	QUANT.	V.UNIT	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	ALÍQ. ICMS	ALÍQ. IPI
3767	DEXAMETASONA 4MG 100AMP 2,5ML GEN-FARMACE LT DX200704 (1) 07/2022 (Fornecedor: 2385, Lote: DX200704, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/07/2020, Data Val: 31/07/2022)	30039099	000	5102	CX	1	126,0000	126,00	126,00	15,12		12,00	
3769	HIOACODIL(DUCODIL) 5MG 20CPR-CIMED LT 2007682 (1) 03/2022 (Fornecedor: 1666, Lote: 2007682, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/03/2020, Data Val: 31/03/2022)	30039079	000	5102	CX	1	2,0000	2,00	2,00	0,36		18,00	
3827	CEFTRIAXONA 1G (FAM+DIL IM GEN-EUROFARMA LT 645153A (746) 10/2021 \ LT 672756A (4) 04/2022 (Fornecedor: 2164, Lote: 645153A, Qtde: 146 ,Data Fab: 17/10/2019, Data Val: 17/10/2021 / Fornecedor: 2164, Lote: 6727-56A, Qtde: 4 ,Data Fab: 01/04/2020, Data Val: 30/04/2022)	30042059	000	5102	FAM	150	10,3440	1.551,60	1.551,60	186,19		12,00	

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

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
03/12/2020 - AUTOATENDIMENTO - 18.10.18
6790306790 SEGUNDA VIA 0002

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE
TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

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

==========

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : ASSOCIACAO H B DO BRASIL
BANCO: 104 - CAIXA ECONOMICA FEDERAL
AGENCIA: 1354-4 - CIDADE DE MIRANDOPOLIS
CONTA: 37.895-0

FAVORECIDO: SONIA DOS SANTOS ROCHA
CPF/CNPJ: 304.418.188-70
VALOR: R$ 1.668,56
DEBITO EM: 06/11/2020

==========

DOCUMENTO: 110607
AUTENTICACAO SISBB: 8.44A.487.0EA.5CD.50F

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

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

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,95	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	104,00	264,34	
339	DESC ODONTO COMPANY	25,00		25,00
340	DESC ADESÃO ODONTO COMPANY	25,00		25,00
998	I.N.S.S.	8,16		152,73

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.871,29	202,73
Valor Líquido ⇨	1.668,56

BANCO DO BRASIL 1
conta salário: 88417-X Agência: 0295 - X

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,95	1.871,29	1.871,29	149,70	1.718,56	0,00

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

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

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,95	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	104,00	264,34	
339	DESC ODONTO COMPANY	25,00		25,00
340	DESC ADESÃO ODONTO COMPANY	25,00		25,00
998	I.N.S.S.	8,16		152,73

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

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.871,29	202,73
Valor Líquido ⇨	1.668,56

BANCO DO BRASIL 1
conta salário: 88417-X Agência: 0295 - X

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,95	1.871,29	1.871,29	149,70	1.718,56	0,00

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

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
03/12/2020 - AUTOATENDIMENTO - 18.10.18
6790306790 SEGUNDA VIA 0001
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE
TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL
CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL
AGENCIA: 6790-3 CONTA: 211-9

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

FAVORECIDO: ELIANA CRISTINA RODRIGUES
CPF/CNPJ: 294.873.608-08
VALOR: R$ 1.378,01
DEBITO EM: 06/11/2020

DOCUMENTO: 110608
AUTENTICACAO SISBB: 4.731.361.BA0.B74.48A

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

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,95	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
339	DESC ODONTO COMPANY	50,00		50,00
340	DESC ADESÃO ODONTO COMPANY	50,00		50,00
998	I.N.S.S.	8,02		128,94

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.606,95	228,94
Valor Líquido ⇨	1.378,01

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,95	1.606,95	1.606,95	128,55	1.288,42	0,00

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

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

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,95	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
339	DESC ODONTO COMPANY	50,00		50,00
340	DESC ADESÃO ODONTO COMPANY	50,00		50,00
998	I.N.S.S.	8,02		128,94

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.606,95	228,94
Valor Líquido ⇨	1.378,01

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,95	1.606,95	1.606,95	128,55	1.288,42	0,00

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

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

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
03/12/2020 - AUTOATENDIMENTO - 18.10.18
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$ 2.855,87
DEBITO EM: 06/11/2020

DOCUMENTO: 110609
AUTENTICACAO SISBB: B.9FD.A6C.7DB.D72.C72

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

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

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Faal
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	
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
3.257,41	401,54
Valor Líquido ⇨	2.855,87

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa 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
CNPJ: 45.349.461/0008-89 CC: UTI MIRANDOPOLIS Folha Mensal
Mensalista Outubro de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Faal
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	
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
3.257,41	401,54
Valor Líquido ⇨	2.855,87

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa 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 Mirandopolis
Tipo de Despesa: Custeio

09/11/2020 - BANCO DO BRASIL - 11:39:31
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 09/11/2020
NR. DOCUMENTO 553.370.000.026.500
VALOR TOTAL 365,34
****** TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: ATIVA COML HOSP LTDA
AGENCIA: 3370-7 CONTA: 26.500-4
NR. DOCUMENTO 556.790.000.000.211

NR.AUTENTICACAO 0.795.BEE.3F5.FA7.71C

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

ATIVA COMERCIAL HOSPITALAR LTDA
RUA HUMAITA, 290
SANTA CRUZ DO JOSE JACQUES - 14020-680
RIBEIRAO PRETO - SP Fone/Fax: 1639939100

DANFE
Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA [1]

Nº. 000.038.680
Série 001
Folha 1/2

CHAVE DE ACESSO
3520 1004 2749 8800 0138 5500 1000 0386 8010 1256 6121

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO	PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
VENDA	135200924808127 - 14/10/2020 15:52:01

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT	CNPJ / CPF
582596876113		04.274.988/0001-38

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL			CNPJ / CPF		DATA DA EMISSÃO
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL (13378-164)			45.349.461/0001-02		14/10/2020
ENDEREÇO	**BAIRRO / DISTRITO**		**CEP**		**DATA DA SAÍDA/ENTRADA**
AVENIDA JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 - SALA 03	JARDIM ARIANO		16400-400		
MUNICÍPIO	**UF**	**FONE / FAX**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**		**HORA DA SAÍDA/ENTRADA**
LINS	SP	1836591411			

INFORMAÇÕES DO LOCAL DE ENTREGA

NOME / RAZÃO SOCIAL		CNPJ / CPF		INSCRIÇÃO ESTADUAL
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL (13378-164)		45.349.461/0001-02		
ENDEREÇO	**BAIRRO / DISTRITO**			**CEP**
Dr Raul da Cunha Bueno, 585	16800-000*CENTRO			16800-000
MUNICÍPIO			**UF**	**FONE / FAX**
MIRANDOPOLIS			SP	

FATURA / DUPLICATA

Num.	001
Venc.	13/11/2020
Valor	R$ 365,34

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE CALC ICMS	VALOR DO ICMS	VALOR DO ICMS-FCP	BASE CALC ICMS S.T.	VALOR ICMS S.T.	VALOR ICMS S.T-FCP	TOTAL PRODUTOS
365,34	56,25	0,00	0,00	0,00	0,00	365,34
VALOR DO FRETE	**VALOR DO SEGURO**	**DESCONTO**	**OUTRAS DESPESAS**	**VALOR TOTAL IPI**	**VALOR IMPORTAÇÃO**	**TOTAL DA NOTA**
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	365,34

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ / CPF
QUALITY TRANSPORTES E ENTREGAS RAPIDAS LTDA - EPP	0-Remetente				06.321.409/0001-96
ENDEREÇO		**MUNICÍPIO**		**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**
AVENIDA HENRY FORD -,1153		SAO PAULO		SP	148923420116

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
2	Volumes			2,000	2,230

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	O/CST	CFOP	UN	QUANT	VALOR UNIT	VALOR TOTAL	B.CALC ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALIQ ICMS	ALIQ IPI
45056	CARVEDILOL 25MG (GEN) CT C/ 30 CPx EMS CP G= PMC: 3,49 Lote: 1W2077 Qtd: 30 Fab: 27/07/2020 Val: 27/07/2022	30049069	500	5102	CP	30	0,1633	4,90	4,90	0,59		12,00	
39163	DEXAMETASONA 0,1% CREM DERM 10G (GEN) SANVAL G= Lote: AX716 Qtd: 3 Fab: 01/04/2020 Val: 31/03/2022	30043929	000	5102	TB	3	1,0267	3,08	3,08	0,37		12,00	
51090	FUROSEFARMA 10MG/ML SOL INJ 2ML CX C/ 100 AP/FARMACE S+ Lote: FS20H068 Qtd: 100 Fab: 16/09/2020 Val: 31/08/2022	30039086	000	5102	AP	100	0,5326	53,26	53,26	9,59		18,00	
38128	INSUNORM R 100UI/ML SOL INJ 10ML ASPEN S= PMC: 58,77 Lote: BF20001537 Qtd: 2 Fab: 30/06/2020 Val: 30/05/2022	30043100	300	5102	FA	2	20,4000	40,80	40,80	7,34		18,00	
48910	LEVOFLOXACINO 500MG (GEN) CT C/ 10 CP REV CIMED G= PMC: 15,60 Lote: 2004408 Qtd: 30 Fab: 17/02/2020 Val: 17/02/2022	30049099	000	5102	CP	30	0,4763	14,29	14,29	1,71		12,00	
50223	NISTATINA + OXIDO DE ZINCO POM DERM 60G (GEN)x CIMED BG G= PMC: 19,14 Lote: 2010658 Qtd: 4 Fab: 27/05/2020 Val: 27/05/2022	30049099	000	5102	BG	4	5,4250	21,70	21,70	2,60		12,00	
51975	NITROP 25MG/ML SOL INJ 2ML CT C/ 5 AP/HYPOFARMA S= Lote: 20081337 Qtd: 10 Fab: 18/08/2020 Val: 31/08/2022	30039099	000	5102	AP	10	11,2960	112,96	112,96	20,33		18,00	
45046	ONDANSETRONA 4MG SOL INJ 2ML (GEN) CX C/ 50 AP/HYPOFARMA G= Lote: 20060501 Qtd: 50 Fab: 31/07/2020 Val: 30/06/2022	30039079	000	5102	AP	50	1,1100	55,50	55,50	6,66		12,00	
41003	PARACETAMOL 200MG/ML SOL OR 15ML (GEN)/FARMACE G= Lote: PC20H475 Qtd: 10 Fab: 21/08/2020 Val: 21/08/2022	30039055	300	5102	FR	10	1,0810	10,81	10,81	1,30		12,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Inf. Contribuinte: **PEDIDO N 5482**
Vendedor: 164-ATIVA REGIAO 18 - ALENCAR Mov:1256612
BANCO BRASIL - AG. 3370-7 C/C. 26500-4
BANCO BRADESCO - AG. 2401-5 C/C. 15122-0
"CONFIRA A MERCADORIA NO ATO DO RECEBIMENTO"
Inf. fisco: Valor Aprox Tributos Federal: R$ 49,12 Estadual: R$ 36,59 Municipal: R$ 0,00 Fonte: IBPT

RESERVADO AO FISCO
AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 15 / 10 / 2020
ASS

Impresso em 14/10/2020 as 15:52:02

www.gerweb.com.br

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

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

ATIVA COMERCIAL HOSPITALAR LTDA

RUA HUMAITA, 290
SANTA CRUZ DO JOSE JACQUES - 14020-680
RIBEIRAO PRETO - SP Fone/Fax: 1639939100

DANFE

Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA [1]

Nº. 000.038.680
Série 001
Folha 2/2

CHAVE DE ACESSO

3520 1004 2749 8800 0138 5500 1000 0386 8010 1256 6121

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO	PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
VENDA	**135200924808127 - 14/10/2020 15:52:01**

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.	CNPJ / CPF
582596876113		**04.274.988/0001-38**

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	O/CST	CFOP	UN	QUANT.	VALOR UNIT	VALOR TOTAL	B.CÁLC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALIQ. ICMS	ALIQ. IPI
37587	PETIDINA 50MG/ML SOL INJ 2ML (GEN) CT C/ 25 AP/UNIAO QUIMICA;A1 G+ Lote: 2023652 Qtd. 25 Fab: 22/06/2020 Val: 30/06/2022	30049064	500	5102	AP	25	1,9216	48,04	48,04	5,76		12,00	

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

www.gewebi.com.br

03/12/2020 - BANCO DO BRASIL - 18:10:18
679006790 0003

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

BANCO COOPERATIVO DO BRASIL S.

75691321650100230510800041430026184340000021963
BENEFICIARIO:
AUGUSTO VALERIO DE SIQUEIRA PAPELAR
NOME FANTASIA:
AUGUSTO VALERIO DE SIQUEIRA PAPELAR
CNPJ: 01.641.665/0001-47
BENEFICIARIO FINAL:
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	110.901
DATA DE VENCIMENTO	09/11/2020
DATA DO PAGAMENTO	09/11/2020
VALOR DO DOCUMENTO	219,63
VALOR COBRADO	219,63

NR.AUTENTICACAO B.85D.A21.418.FCF.051

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

...SIQUEIRA PAPELARIA ME os produtos e/ou serviços constantes da Nota Fiscal Eletrônica indicada ao lado
Destinatário: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL - Avenida Jose Ariano Rodrigues, 303 - Jardim Ariano - LINS - SP
Emissão: 09/09/2020 Valor Total: R$ 439,25

DATA DO RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

NF-e
Nº 000.004.881
Série 001

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 [1]

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO	PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
Venda de mercadoria adquirida ou recebid	135200792940093 09/09/2020 16:30:12

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBSTITUTO TRIBUTÁRIO	CNPJ
449014737115		01.641.665/0001-47

ESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL			CNPJ / CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL			45.349.461/0001-02	09/09/2020
ENDEREÇO	**BAIRRO / DISTRITO**		**CEP**	**DATA DA SAÍDA**
Avenida Jose Ariano Rodrigues, 303 SALA	Jardim Ariano		16400-400	09/09/2020
MUNICÍPIO	**UF**	**TELEFONE / FAX**	**TELEFONE / CELULAR**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**
LINS	SP	(14)3532-5198		

HORA DA EMISSÃO: 16:27:28
HORA DA SAÍDA: 16:27:28

ATURA/DUPLICATAS

NÚMERO DA FATURA	VALOR ORIGINAL	VALOR DO DESCONTO	VALOR LÍQUIDO
4881	439,25	0,00	439,25

ímero	001
ncimento	09/10/2020
lor R$	439,25

2x 219,63

LCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR DO FCP	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	439,25

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	**439,25**

ANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ / CPF
	0-EMITENTE				

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
8					

OS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO DO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	CSOSN	CFOP	UNID.	QUANTIDADE	VALOR UNITÁRIO	DESC %	VALOR TOTAL	BASE DE CÁLC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTA % ICMS	ALÍQUOTA % IPI
216	PAPEL SULFITE RINO CX/ 10 RESMAS	48025610	0500	5405	UN	2,00	194,20	0,00	388,40	0,00	0,00	0,00	0,00	0
338	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
733	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
731	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
729	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
737	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

LO DO ISSQN

INSCRIÇÃO MUNICIPAL	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	BASE DE CÁLCULO DO ISSQN	VALOR TOTAL DO ISSQN
0552	0,00	0,00	0,00

ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

prox. Impostos R$40,17 (9,14%) Federal
15 (2,08%) Estadual
: IBPT
CUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL", II-"NAO
DIREITO A CREDITO FISCAL DE ISS E IPI", III-Permite credito de ICMS no valor de R$
quivalente 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
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saude
UGE: 090196. - Hospital Estadual
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandopolis
Tipo de Despesa: Custeio

RA DA IMPRESSÃO: 09/09/2020 16:30:36

Mirandopolis

Modelo Padrão

03/12/2020 - BANCO DO BRASIL - 18:10:18
679006790 0002

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

BANCO CITIBANK S.A.

74593180151154701700100737347054684350000082288
BENEFICIARIO:
THOMSON REUTERS BRAS
NOME FANTASIA:
THOMSON REUTERS BRAS
CNPJ: 00.910.509/0013-05
BENEFICIARIO FINAL:
THOMSON REUTERS BRAS
CNPJ: 00.910.509/0013-05
PAGADOR:
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE D
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	110.902
DATA DE VENCIMENTO	10/11/2020
DATA DO PAGAMENTO	09/11/2020
VALOR DO DOCUMENTO	822,88
VALOR COBRADO	822,88

NR.AUTENTICACAO D.F3F.707.EB1.96F.9BF

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 Mirandopolis
Tipo de Despesa: Custeio

Mirandopolis

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

Número do RPS	Número da nota
1278174	**1327563**

Data da emissão da nota: **18/10/2020 13:06:46**

Data do fato gerador: **16/10/2020 16:48:41**

Código de verificação: **ICEP-3OMEH**

PRESTADOR DE SERVIÇOS

THOMSON REUTERS

CPF/CNPJ: **00910509001305** Inscrição Municipal: **48.563** Telefone: **((**0x) x48)-3461**
Nome/Razão Social: **THOMSON REUTERS BRASIL CONTEUDC** Inscrição Estadual:
Endereço: **Av. Centenário** Número: **7405** Bairro: **Nª Sra. da Salete** CEP: **88813325**
Município: **CRICIUMA** UF: **SC**
E-mail: **faturamento@dominiosistemas.com.br** Site: **www.dominiosistemas.com.br**

TOMADOR DE SERVIÇOS

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

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

	Valor Unitário	Qtd	Valor Serviço	Base de cálculo	(%)	ISS
Domínio WEB 2.0 conf. contrato(s): 190860 comp.: 10/2020.	822,88	1	822,88	822,88 x	2,00 =	16,46

VENCIMENTOS: (10/11/2020 - 822,88) OBSERVAÇÃO: (Valor dos tributos incidentes (Lei nº 12.741/2012) R$0,00.)

RETENÇÕES FEDERAIS

PIS/PASEP	COFINS	INSS	IR	CSLL
R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00
	VALOR BRUTO DA NOTA = R$ 822,88		**VALOR LÍQUIDO DA NOTA = R$ 822,88**	

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

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

OUTRAS INFORMAÇÕES

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

03/12/2020 - BANCO DO BRASIL - 18:10:19
679006790 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

BANCO DO BRASIL

00190000090171153600100848461174784370000396000
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	110.903
NOSSO NUMERO	17115360000848461
CONVENIO	01711536
DATA DE VENCIMENTO	12/11/2020
DATA DO PAGAMENTO	09/11/2020
VALOR DO DOCUMENTO	3.960,00
VALOR COBRADO	3.960,00

NR.AUTENTICACAO D.63E.58A.63F.BA3.666

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

Identificação do emitente

Rioclarense

COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA

DANFE
DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA [1]

Nº. 1350688 FL 1 / 1
SÉRIE 1

CHAVE DE ACESSO
3520 0967 7291 7800 0491 5500 1001 3506 8814 8110 9190

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO		PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
VENDA DENTRO ESTADO		135200863913490 28/09/2020 18:45:31
INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCR. EST. SUBS. TRIBUTÁRIO	CNPJ
395060142110		67.729.178/0004-91

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL			CNPJ / CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL			45.349.461/0001-02	28/09/2020
ENDEREÇO	BAIRRO / DISTRITO	CEP		DATA DA ENTRADA/SAÍDA
AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303	JARDIM ARIANO	16400-400		28/09/2020
MUNICÍPIO	FONE / FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DE SAÍDA
LINS	1836591243	SP		

FATURA/DUPLICATA

FATURA/DUPLIC	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC	VENCIMENTO	VALOR
1350688/1	12/11/2020	3.960,00						

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUTO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
3.960,00	712,80	0,00	0,00	3.960,00

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	VALOR DO DESCONTO	OUTRAS DESPESAS	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	3.960,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ
NIKKEY RIO PRETO LOG. E TRANSP.	0 - Por conta do emitente				15.066.184/0001-60

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
R MARIA CERON VOLPE 2260	SAO JOSE DO RIO PRETO	SP	647598751114

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
8,00	VOLUME(S)		0,02354	41,290	41,290

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / SH	CST	CFOP	UN	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	B. CÁLC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTAS ICMS	ALÍQUOTAS IPI
031578	AVENTAL CIRCULACAO (VENKURD L T22717 Q 300,00 00 F 30/05/20 V 30/05/2023	62101000	000	5102	PC	300,00	12,33	3.699,00	3.699,00	665,82	0,00	18,00	0,00
010366	TIRAS REAGENTES N/INDIV (MEDLEVENSOHN) L 1290577 Q 500,0000 F 20/03/20 V 19/03/2022	38220090	700	5102	TI	500,00	0,522	261,00	261,00	46,98	0,00	18,00	0,00

CÁLCULO DO ISSQN

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

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

LOCAL DE ENTREGA 36374500001247 AV DR RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito CENTRO Município MIRANDOPOLIS CEP 16800000 UF SP País BRASIL PREZADO CLIENTE, FAVOR CONFERIR NO ATO DA ENTREGA - NÃO ACEITAREMOS RECLAMAÇÕES APÓS 48hs DO RECEBIMENTO PEDIDO 5184*UTI MIRANDOPOLIS DATA ENTREGA 29/09/2020 Pedido 1727564 Autorizacao de Compra/Pedido Cliente 1727564 *** O pagamento deverá ser realizado através do boleto anexo a nota fiscal, caso não receba entre em contato através do e-mail boletos@rioclarense.com.br ou no telefone (19)3522-5800, Setor de Cobrança Privado AFE 1.643978-2 ** AE 1.22375-2 ** ASS 130216 Validade 23/01/2021 MODAL RODOVIARIO TIPO ENTREGA EXPRESSA LOCAL DE ENTREGA Endereço AV DR RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito CENTRO Município MIRANDOPOLIS CEP 16800000 UF SP País BRASIL Código Interno Emitente 4768 Nome Fantasia ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL) LOCAL DE ENTREGA AV DR RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito CENTRO Município MIRANDOPOLIS UF SP País BRASIL

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 29/9/20
ASS Isabel C. de Sag

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

03/12/2020 - BANCO DO BRASIL - 18:10:19
679006790 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

ITAU UNIBANCO S.A.

34191090080737504271512711770003884370000241910
BENEFICIARIO:
BELIVE COM DE PROD HOSP LTDA
NOME FANTASIA:
BELIVE COM DE PROD HOSP LTDA
CNPJ: 14.335.544/0001-19
BENEFICIARIO FINAL:
BELIVE COM DE PROD HOSP LTDA
CNPJ: 14.335.544/0001-19
PAGADOR:
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICE
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	110.904
DATA DE VENCIMENTO	12/11/2020
DATA DO PAGAMENTO	09/11/2020
VALOR DO DOCUMENTO	2.419,10
VALOR COBRADO	2.419,10

NR.AUTENTICACAO C.458.C91.C46.DC3.112

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

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

BELIVE COMERCIO DE PRODUTOS HOSPITALARES LTDA

RUA LAURO VANNUCCI, 330
Bairro: FAZ. STA CANDIDA
13087-548 Campinas - SP

Fone: (19)3256-0500
Fax: (19)3256-0500

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA [1]

Nº 68.155
SÉRIE: 0
FOLHA: 1/2

CONTROLE FISCO

CHAVE DE ACESSO
3520.0914.3355.4400.0119.5500.0000.0681.5510.1198.1777

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
135200563376718 - 28/09/2020 16:43:02

NATUREZA DA OPERAÇÃO
5102 VENDA DE MER ADQ REC D TERC

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

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL		CNPJ	DATA EMISSÃO
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		45.349.461/0001-02	28/09/2020
ENDEREÇO	**BAIRRO/DISTRITO**	**CEP**	**DATA DA SAÍDA**
AVENIDA JOSE ARIANO RODRIGUES, 620 SL 03	CENTRO	16370-000	28/09/2020
MUNICÍPIO	**FONE / FAX**	**UF** / **INSCRIÇÃO ESTADUAL**	**HORA DA SAÍDA**
Lins	(014)3541-1544	SP	16:43:01

INFORMAÇÕES DO LOCAL DE ENTREGA

NOME / RAZÃO SOCIAL		CPF/CNPJ	INSCRIÇÃO ESTADUAL
ENDEREÇO	**BAIRRO/DISTRITO**		**CEP**
MUNICÍPIO		**UF**	**FONE / FAX**

FATURA DUPLICATAS

68155 1 - 12/11/20 - 2419,10

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS ST	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
2.419,10	373,46	0,00	0,00	2.419,10

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA	ALIQ. IPI
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2.419,10	

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA (1-EMITENTE / 2-DESTINATÁRIO)	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
	0				
ENDEREÇO	**MUNICÍPIO**			**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
23	CAIXAS			322,0000	322,0000

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO PRODUTO NCM/SH	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	CST CFOP	UNID.	QTDE.	VALOR UNITÁRIO	VLR. DESC. UNIT. /PERC.	VALOR TOTAL	BASE CÁLC. ICMS	VALOR ICMS/ST. Calculado	VALOR IPI	ALIQ. ICMS
[illegible]	[illegible]	500 5102	CX	5,0000	57,5600	0,0000 0,0000 %	287,80	287,80	34,54 0,00	0,00	12,00
[illegible]	[illegible]	500 5102	CX	10,0000	138,6000	0,0000 0,0000 %	1.386,00	1.386,00	249,48 0,00	0,00	18,00
[illegible]	[illegible]	500 5102	CX	2,0000	99,0000	0,0000 0,0000 %	198,00	198,00	23,76 0,00	0,00	12,00
[illegible]	[illegible]	500 5102	CX	4,0000	69,0000	0,0000 0,0000 %	276,00	276,00	33,12 0,00	0,00	12,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

ICMS Mirandopolis - Convenio 0107/2017 / "REGIME ESPECIAL 136/2012 - DISTRIBUIDORA HOSPITALAR PROCESSO - UA 31820-378893/2012" /

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 02/10/2020
ASS.

RESERVADO AO FISCO

BOLETO ANEXO

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

/ /

OUROWEB.COM.BR

RECEBEMOS DE BELIVE COMERCIO DE PRODUTOS HOSPITALARES LTDA OS PRODUTOS DA NOTA FIS
EMISSAO: 28/09/2020 DESTINATARIO: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENT Total NF 2.419,10 Volume 23 Numero Pedido 1197981	NF-e Nº: 68155 SÉRIE: 0 FOLHA: 2/2

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

BELIVE COMERCIO DE PRODUTOS HOSPITALARES LTDA

RUA LAURO VANNUCCI, 330
Bairro: FAZ. STA CANDIDA
13087-548 Campinas - SP

Fone: (19)3256-0500
Fax: (19)3256-0500

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA
1 - SAIDA [1]

Nº 68.155
SÉRIE: 0
FOLHA: 2/2

CONTROLE FISCO

CHAVE DE ACESSO
3520,0914,3355,4400,0119,5500,0000,0681,5510,1198,1727

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
135200863376718 - 28/09/2020 16:43:02

NATUREZA DA OPERAÇÃO
5102 VENDA DE MER ADQ REC D TERC

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTARIO	CNPJ
795.194.063.113		14.335.544/0001-19

[illegible]	GLICOSE 5% 250ML AZB0987CX54BOLS BAXTER Lote: PR3[illegible] - 06/08/2021 Qtde: 1.00 Numero da FCI: EE9C201D-5BC4-40EC-AAA7-7397A68E31A7	500 5102	CX	1,0000	103,5000	0,0000 0,0000%	103,50	103,50	19,60 0,00	0,00	12,50	0,00
[illegible]	GLICOSE 5% 250ML AZB0962C CX50BOLS BAXTER Lote: PR3[illegible] - 16/02/2022 Qtde: 1.00 Numero da FCI: E06[illegible]C-B1DD-4E15-9A6B-5BB8A69AAC0B4	500 5102	CX	1,0000	107,5000	0,0000 0,0000%	107,50	107,50	12,90 0,00	0,00	12,50	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
UTI Mirandopolis - Convenio 0107/2017 / "REGIME ESPECIAL 136/2012 - DISTRIBUIDORA HOSPITALAR PROCESSO - UA 31820-378893/2012" /

RESERVADO AO FISCO

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

03/12/2020 - BANCO DO BRASIL - 18:10:19
679006790 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

03399676146580000000500040501017184380000950000
BENEFICIARIO:
ECQ SERVICOS TECNICOS EIRELI EPP
NOME FANTASIA:
ECQ SERVICOS TECNICOS EIRELI EPP
CNPJ: 14.352.079/0001-24
BENEFICIARIO FINAL:
ECQ SERVICOS TECNICOS EIRELI EPP
CNPJ: 14.352.079/0001-24
PAGADOR:
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE D
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	110.905
DATA DE VENCIMENTO	13/11/2020
DATA DO PAGAMENTO	09/11/2020
VALOR DO DOCUMENTO	9.500,00
VALOR COBRADO	9.500,00

NR.AUTENTICACAO E.C97.289.C81.4F9.A5A

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

Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto - SP
Secretaria Municipal da Fazenda
Fone: (16) - https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/portal/

Nota Fiscal Eletrônica

Série do Documento: Nota Fiscal de Serviço Eletrônica - NFS-e

Ecq Servicos Tecnicos Medicos Hospitalares Ltda
Ecq
Avenida Portugal, 001740 - CONJ. A - - Santa Cruz do José Jacques
CEP 14020-733 - Fone 16997252285 - Ribeirão Preto - SP
fercdalpicolo@gmail.com
Inscrição Municipal 20004074 - CPF/CNPJ 14.352.079/0001-24

Identificação da Nota Fiscal Eletrônica

Natureza da Operação	Data de Competência da NFS-e	Data de Emissão da NFS-e	Código de Verificação de Autenticidade	Número da Nota Fiscal
Tributação no município	03/11/2020	03/11/2020 11:08:22	F4 8B 34	43

Número do RPS	Série do RPS	Data de Emissão do RPS

Consulte a autenticidade deste documento acessando o site: https://www.issnetonline.com.br/ribeiraopreto/online

Dados do Tomador de Serviços

CNPJ/CPF	Inscrição Municipal	Razão Social
45.349.461/0001-02		Associação Hospitalar Beneficiente do Brasil

Endereço	Número	Complemento	Bairro
Rua Sete de Setembro	529		Centro

CEP	Cidade / UF	Telefone	e-mail
16210-000	Bilac / SP	(14)3532-5198	

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.
Aliquota do ISS igual a 2,79%.

Pagamento conforme boleto.

Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza-ISSQN

Atividade do Município	Alíquota	Item da LC116/2003	Cód. Nacional Atividade Econômica
140115 - Conserto, Restauracao de Aparelhos Odontologicos...	2,79	1401	3312103

Valor Total dos Serviços	Desconto Incondicionado	Deduções Base Cálculo	Base de Cálculo	Total do ISSQN	ISSQN Retido	Desconto Condicionado
R$ 9.500,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 9.500,00	R$ 265,05	Não	R$ 0,00

Retenções de Impostos

PIS	COFINS	INSS	IRRF	CSLL	Outras Retenções	ISSQN
R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00

Valor Líquido da Nota Fiscal	R$ 9.500,00

Informações Complementares

I - "DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL"; e II - "NÃO GERA DIREITO A CRÉDITO FISCAL DE IPI." .

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

03/12/2020 - BANCO DO BRASIL - 18:10:19
679006790 0003

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

BANCO DO BRASIL

00190616135329513347300001526110184380000254400
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	110.906
NOSSO NUMERO	6161532951
CONVENIO	00000000
DATA DE VENCIMENTO	13/11/2020
DATA DO PAGAMENTO	09/11/2020
VALOR DO DOCUMENTO	2.544,00
VALOR COBRADO	2.544,00

NR.AUTENTICACAO 9.CC1.AFD.09D.2FB.DA7

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

BAU

RECEBEMOS DE [illegible] e Comercio Ltda OS PRODUTOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO

DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

NF-e
N. 000251731
SÉRIE 1

3925

Samtronic Industria e Comercio Ltda

Rua Venda da Esperança, 162
Socorro Cep:04763-040
Sao Paulo/SP
Fone: 5511224447751

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA
0-ENTRADA
1-SAIDA [1]

N. 000251731
SÉRIE 1
FOLHA 01/01

CHAVE DE ACESSO DA NF-E
3520 1058 4266 2800 0133 5500 1000 2517 3111 0028 2026

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO	PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
VENDA DE PRODUCAO DO ESTABELECIMENTO	135200922294497 14/10/2020 09:15:55-03:00

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSC.ESTADUAL DO SUBST.TRIB.	CNPJ
[illegible]0685801[illegible]5		58.426.628/0001-33

DESTINATARIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL	CNPJ/CPF	DATA DE EMISSAO
ASSOCIACAO BENEFICENTE DO BRASIL	45.349.461/0001-02	14/10/2020

ENDEREÇO	BAIRRO/DISTRITO	CEP	DATA ENTRADA/SAIDA
AV. JOSE ARIANO RODRIGUES,303, SALA 03	CENTRO	16400-400	

MUNICIPIO	FONE/FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA ENTRADA/SAIDA
[illegible]NS	1435325198	SP		

FATURA

[illegible]	002
[illegible]/2020	13/12/2020
[illegible]544,00	2.544,00

CALCULO DO IMPOSTO

BASE DE CALCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CALCULO DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	5.088,00

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	5.088,00

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
VOLPAX TRANSPORTES LTDA	0-EMITENTE				14.990.752/0001-51

ENDEREÇO	MUNICIPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
[illegible] ALVARENGA PEIXOTO	SAO PAULO	SP	146964519117

QUANTIDADE	ESPECIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LIQUIDO
[illegible]	CAIXA			14,832	12,432

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇO

COD. PROD	DESCRIÇÃO DO PROD./SERV.	NCM/SH	CST	CFOP	UN	QUANT.	V.UNITARIO	V.TOTAL	BC.ICMS	V.ICMS	V.IPI	A.ICMS	A.IPI
[illegible]902206	EQUIPO GIRASET EG 0421 0000 ESTERILIZADO (CX 500U) Lote(S): AG0209023363180CB - Val idade: 01/08/2023	90189099	040	5101	UN	200,0000	16,960000000	3.392,00	0,00	0,00	0,00	0,00%	0,00%
[illegible]902203	EQUIPO GIRASET EG 0623 CT00 ESTERILIZADO (CX 500U) Lote(S): AG0209052363092CB - Val idade: 01/08/2023	90189099	040	5101	UN	100,0000	16,960000000	1.696,00	0,00	0,00	0,00	0,00%	0,00%

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

CALCULO DO ISSQN

INSCRIÇÃO MUNICIPAL	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	BASE DE CALCULO DO ISSQN	VALOR DO ISSQN
[illegible]21827			

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Protocolo 135200922294497
[illegible] ENTREGAR DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585, MIRANDOPOLIS/SP
[illegible]NAIS DA NOTA - UTI MIRANDOPOLIS - CONVENIO 0107-2017 ALIQUOTA DO IPI
[illegible] ZERO A 0 CONFORME DECRETO N 8950 DE 2016 MATERIAL HOSPITALAR CONJUNTO
[illegible] APTAVEL DE CIRCULACAO ASSISTIDA EQUIPO E EXTENSORES ISENCAO DE ICMS
[illegible] 08/SE, item 54 do Convenio ICMS 01/99 PRORROGADO PELO CONVENIO 133/2019 ATE
[illegible] INCISO XLVIII CLAUSULA SEGUNDA ALIQUOTA ZERO DE PIS E COFINS DE
[illegible] COM DECRETO 6426/2008 LEI 10637/2002 ARTIGO 2 PARAGRAFO 3 LEI 10833/2003
[illegible] entrega: *** Pedido de Venda: 462425 *** Cotacao Numero:
[illegible] Valor Aproximado dos Tributos: R$ 1088,49 (21,39%). Fonte: IBPT.

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 16/10/2020
ASS.

03/12/2020 - BANCO DO BRASIL - 18:10:19
679006790 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

BANCO DO BRASIL

00190616132816383359400002034312684320000031200
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	110.907
NOSSO NUMERO	6161281638
CONVENIO	00000000
DATA DE VENCIMENTO	07/11/2020
DATA DO PAGAMENTO	09/11/2020
VALOR DO DOCUMENTO	312,00
VALOR COBRADO	312,00

NR.AUTENTICACAO C.E58.3D7.965.AA5.4E9

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 Saude
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Fana de Mirandopolis
Tipo de Despesa: Custeio

DUPATRI HOSPITALAR COM IMP EXT LTDA

AV JOSE SEVERINO Nº 3530
CATALÃO - GO
CEP: 75.709-410
TELEFONES
ESTOQUE CATALÃO (64) 3442-8061
ACM SANTOS (13) 3228-8200

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA [1]

Nº 1129225
SERIE 1
FOLHA 1/1

CHAVE DE ACESSO
5220 1004 0278 9400 0326 5500 1001 1292 2510 0053 9342

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO
VENDA N CONTRIB

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO
152203478862736 08/10/2020 15:02:10

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO	CNPJ
10.444.430-4	809.010.530.117	04.027.894/0003-26

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL	CNPJ / CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOC HOSPITALAR BENEF DO BRASIL (8149)	45.349.461/0001-02	08/10/2020

ENDEREÇO	BAIRRO / DISTRITO	CEP	DATA ENTRADA/SAÍDA
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303	JARDIM ARIANO	16400-400	08/10/2020

MUNICÍPIO	FONE/FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DA SAÍDA
LINS	1435325198	SP		14:53

FATURA / DUPLICATA

001	07/11/2020	312,00

CALCULO DO IMPOSTO

BASE DE CALCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CALCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
259,99	31,20	0,00	0,00	312,00

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00		0,00	0,00	312,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ / CPF
VEICULO PROPRIO (90)	0 - DO EMITENTE				04027894000326

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
AVENIDA JOSE SEVERINO, 3530	CATALAO	GO	104444304

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
4	CAIXAS			18,00	18,00

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UND	QUANT	V.UNIT	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL. ICMS	AL.IPI
36559	FRALDA GERIAT.TAM.EG C/7 - SLIM	96190000	020	6108	PCT	40	7,8000	312,00	259,99	31,20		12,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

RECLAMACOES DE MERCADORIAS COM NO MAXIMO DE 48HORAS APOS A ENTREGA FAVOR REALIZAR A CONFERENCIA DO PEDIDO NO ATO
UTI MIRANOPOLIS CONV 0107/2017 AC/ LAIS
ITEM 1 RED.BASE DE CALCULO CONF. ART. 8º, INC. VIII, ANEXO IX DEC.4.852/97 - RICMS/GO
ITEM 1
ITEM 1 DIFERENCIAL DE ALIQ.CFCONV.93 -EMENDA 87/15
ITEM 1
ITEM 1
Emenda Constitucional 87 de 2015:
Valor da partilha para UF de Destino: R$ 18,72
VALOR APROX. TRIBUTOS, R$ 55,44, Federal, R$ 24,24, Estadual, R$ 31,20
Pedido: 1208615
Representante: REGIAO SJRP - (VITOR)
Redespacho....: O EMITENTE (43) - CIF - CNPJ.: - Inscrição Estadual.:ISENTO -
Endereco.:RUA SAO PAULO SANTOS-SP

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 09/10/2020
ASS.

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

09/11/
Mira

03/12/2020 - BANCO DO BRASIL - 18:10:19
679006790 0003

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

ITAU UNIBANCO S.A.

34191123585969653293280127350009884360000034500
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	110.908
DATA DE VENCIMENTO	11/11/2020
DATA DO PAGAMENTO	09/11/2020
VALOR DO DOCUMENTO	345,00
VALOR COBRADO	345,00

NR.AUTENTICACAO B.27B.3A7.F44.31B.27F

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

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA [1]

Nº.2765517 FL 1 / 1
SÉRIE 10

CRISTÁLIA
PRODUTOS QUÍMICOS FARMACÊUTICOS LTDA

CRISTALIA PROD. QUIM. FARMACEUTICOS LTDA
RODOVIA ITAPIRA LINDOIA S/N KM 14 - ITAPIRA
Itapira - SP - CEP: 13974-900
(19)3843-9300 - www.cristalia.com.br

CHAVE DE ACESSO
3520 1044 7346 7100 0151 5501 0002 7655 1711 7742 0230

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO	PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
5.101 VENDA DE PRODUTO	135200925347811 14/10/2020 17:17:47

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCR. EST. SUBS. TRIBUTÁRIO	CNPJ
374007758117		44.734.671/0901-51

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME / RAZÃO	CNPJ / CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOC HOSPIT BENEFICENTE DO BRASIL (23292 - 0000006N)	45.349.461/0001-02	14/10/2020

ENDEREÇO	BAIRRO / DISTRITO	CEP	DATA DA ENTRADA/SAÍDA
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03	JARDIM ARIANO	16400-400	14/10/2020

MUNICÍPIO	FONE / FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DE SAÍDA
LINS	14 35325198	SP	ISENTO	18:00:00

FATURA/DUPLICATA

FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR
2765517/01	11/11/2020	345,00						

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
345,00	62,10	0,00	0,00	345,00

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	VALOR DO DESCONTO	OUTRAS DESPESAS	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	345,00

BLOCO TRANSPORTADOR / VOLUMES

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ
QUALITY TRANSPORTES E ENTREGAS RÁPIDAS LTDA.	0 – Emitente				06.321.409/0007-81

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
ESTRADA MUNICIPAL JOSÉ SEDANO 854	CAMPINAS	SP	795549474111

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
2	CAIXA(S)			0,435	0,405

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / SH	CST	CFOP	UN	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	B.CÁLC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTA ICMS	ALÍQUOTA IPI
46.6406	HEPARINOX 60mg/0,6mL Sol Inj 2 ser pre ench x 0,6mL SIST SE G - Lis POS - Trib aprox R$ 68,58 Federal e 36,00 Estadual Fonte IBPT/empresometro co 02C353. Lote A131107P - Qtd. 5,0000	3004.90.99	100	5102	CX	5,0000 Val. 02/2022	60,0000	300,00	100,00	54,00	9,00	18,00	9,00
49.9870	MYTEDOM 5mg Com. 28 x 10 (COM VENDA) - (A1) - Lis POS - Trib aprox R$ 6,05 Federal e 3,15 Estadual Fonte IBPT/empresometro co 02C353. Lote 20010830 - Qtd. 5,0000	3004.90.39	500	5101	CX	5,0000 Val. 01/2022	9,0000	45,00	45,00	8,10	0,00	18,00	0,00

CÁLCULO DO ISSQN

INSCRIÇÃO MUNICIPAL	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	BASE DE CÁLCULO DO ISSQN	VALOR DO ISSQN
256-2	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

LOCAL DE ENTREGA
Local Entr.: 46374500001247 - Isento - 2 - Rua Dr Raul da Cunha Bueno, 585 - Centro - Mirandópolis - SP - 16800000

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 15 / 10 / 2020
ASS.

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
Ped. 0000006N - Rep. 13404 - Prod. Lista Positiva. 345,60 - - "CREDITO PRESUMIDO - LEI NR. 10147/00" - Resp. LAIS MARIANI SILVA - CRM 53551-SP - Trib aprox R$ 74,63 Federal e 39,15 Estadual Fonte IBPT/empresometro com.br. 02C353 Transp. Redespa Quality Transportes e Entregas Rapidas Ltda. CPF/CNPJ 06.321.409/0007-81 INS. ESTADUAL 795549474111 - BOLETO DISPONIVEL NO DDA do seu banco OU INSTR. DEPOS. Banco Itau S/A (341)-AG. 0600-11- C/C 00601069-0 COD IDENT. NR. CNPJ (SEM PONTUACAO) OU INSTR. DEPOS. Banco do Brasil S/A (001)-AG. 0085-15-2 C/C 000002014-1 COD ID ENT. 023292-0. Se preferir, solicitar o boleto pelo e-mail cobranca.boleto@cristalia.com.br

23292-0

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

____/____/____

_____

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
03/12/2020 - AUTOATENDIMENTO - 18.10.19
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: 033 - BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.
AGENCIA: 3337-5 - TRES LAGOAS
CONTA: 1.095.383-5

FAVORECIDO: SAMIR BISPO DOS SANTOS
CPF/CNPJ: 246.121.428-02
VALOR: R$ 527,70
DEBITO EM: 10/11/2020

DOCUMENTO: 111001
AUTENTICACAO SISBB: B.B83.368.B37.FF7.8FE

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0008-89 CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Outubro de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
3807	SAMIR BISPO DOS SANTOS	322205	600	1
	TEC. ENFERMAGEM	Admissão:		26/10/2020

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	5,00	232,95	
316	VALE REFEIÇÃO	280,00	280,00	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	34,83	
998	I.N.S.S.	7,50		20,08

Total de Vencimentos	Total de Descontos
547,78	20,08
Valor Líquido ⇨	527,70

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	267,78	267,78	21,42	247,70	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
Outubro de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
3807	SAMIR BISPO DOS SANTOS	322205	600	1
	TEC. ENFERMAGEM	Admissão:		26/10/2020

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	5,00	232,95	
316	VALE REFEIÇÃO	280,00	280,00	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	34,83	
998	I.N.S.S.	7,50		20,08

Total de Vencimentos	Total de Descontos
547,78	20,08
Valor Líquido ⇨	527,70

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	267,78	267,78	21,42	247,70	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

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

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
03/12/2020 - AUTOATENDIMENTO - 18.10.19
6790306790 SEGUNDA VIA 0005

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE
TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

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

==========

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : ASSOCIACAO H B DO BRASIL
BANCO: 077 - BANCO INTER S.A.
AGENCIA: 0001-9 - MATRIZ
CONTA: 5.493.384-6

FAVORECIDO: KATAOKA SERVICOS DE FISIOTERAPIA LT
CPF/CNPJ: 33.433.450/0001-27
VALOR: R$ 28.000,00
DEBITO EM: 12/11/2020

==========

DOCUMENTO: 111201
AUTENTICACAO SISBB: D.84D.C5A.CF3.A18.ABD

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

Mia

Prefeitura do Município de Jahu

Prefeitura do Município de Jahu

Nota Fiscal Eletrônica de Serviços - NF-e

Número da Nota/Série
29/NFE
Data e Hora de Emissão
10/11/2020 15:35:50
Código de Verificação
ABB8A841B3438282883C
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
Municipio :MIRANDOPOLIS - SP

Discriminação do Serviço

SERVIÇOS DE FISIOTERAPIA PRESTADOS NO MÊS DE OUTUBRO/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.

__/__/__ _____
Data Identificação do Recebedor

Dados que identificam a nota

Número da Nota **29/NFE**

Emissão **10/11/2020 15:35:50**

Código de verificação **ABB8A841B3438282883C**

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

12/11

24

16/11/2020 - BANCO DO BRASIL - 15:32:13
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 16/11/2020
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 8.4A1.662.A72.931.18C

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

PREFEITURA MUNICIPAL DE LINS

Secretaria Municipal da Fazenda

Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e

Número da Nota	2166
Data de Emissão	03/11/2020
Data e Hora da Competência	03/11/2020 às 16:15:17
Código de Verificação	1257-6911-3287

PRESTADOR DE SERVIÇOS

SEM IMAGEM

CNPJ	12.119.494/0001-07	Cód. Mobiliário	100166	Insc. Mun.	100166
Nome	TECSEG EQUIPAMENTOS CONTRA INCENDIO E MATERIAIS DE SEGURANCA LTDA			IE	419065626119
Logradouro	RUA-ALVARES DE AZEVEDO			Número	60
Bairro	JARDIM PINHEIRO			CEP	16400-580
Município	LINS			UF	SP
Situação	Optante do Simples Nacional				
Telefones	(14) 3532-3506				
E-MailPs					

Autenticação

TOMADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ	45.349.461/0001-02	IE	ISENTO
Inscrição Mun.	104244	Cód. Mobiliário	104244
Nome	ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		
E-mail	jvalentim@ahbb.org.br;	Telefone	contabilidade@ahbb.org.br
Inf. Comp.			
Logradouro	AVENIDA.-JOSE ARIANO RODRIGUES	Número	303
Bairro	JARDIM ARIANO	CEP	16400-400
Município	LINS	UF	SP
Complemento	SALA 03	País	BRASIL

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Serviço	Descrição	Vlr. Unitário	Qtde	Desconto	Alíq. Tributo (IBPT)	Total
58	SERVIÇOS DE SST	934,0000	1,00	0,00	0,00	934,00

Valor Total dos Serviços - R$934,00

INFORMAÇÕES REFERENTES A DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

REFERENTE AO SERVIÇO DA UTI DE MIRANDOPOLIS
VENCIMENTO:
20/11/2020

CONTA PARA DEPOSITO
BANCO DO BRASIL
AG:0058-2
C/C:59599-3

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

TRIBUTOS

PIS (R$)	COFINS (R$)	INSS (R$)	IR (R$)	CSLL (R$)	Outras Retenções (R$)	Outros Tributos (R$)
CIDE (R$)	IOF (R$)	IPI (R$)	ICMS (R$)			

VALOR TOTAL DA NOTA = R$ 934,00

Atividade
3314710-Manutenção e reparação de máquinas e equipamentos para uso geral não especificados anteriormente

Item da Lista / LCF 116/2003
14.01-LUBRIFICACAO, LIMPEZA, LUSTRACAO, REVISAO, CARGA E RECARGA, CONSERTO, RESTAURACAO, BLINDAGEM.MANUTENÇÃO E CONSERVAÇÃO DE MÁQUINAS, VEÍCULOS, APARELHOS, EQUIPAMENTOS, MOTORES,ELEVADORES OU DE QUALQUER OBJETO (EXCETO PEÇAS E PARTES EMPREGADAS, QUE FICA

Operação	Deduçao 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 Cálc. (R$)	Vlr. Total das Deduções (R$)	Vlr. Total Retido (R$)	Vlr. do ISS (R$)
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 n.º 116/2003 e as normas municipais respectivas. A autenticidade deste documento poderá ser verificada no endereço 'www.lins.sp.gov.br'

Recebi(emos) do Prestador: TECSEG EQUIPAMENTOS CONTRA INCENDIO E MATERIAIS DE SEGURANCA LTDA CNPJ: 12.119.494/0001-07

Os serviços constantes da Nota Fiscal de Serviços Eletrônica n.º **2166** emitida em **03/11/2020** às **16:15:17** - Cód Verif **1257-6911-3287**
Condições de Pagamento: Vencimento: 03/11/2020 Valor Total R$ **934,00** Valor Líquido R$ **934,00**

Ass: _____ em ____/____/_____.

16/11/2020 - BANCO DO BRASIL - 15:32:13
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 16/11/2020
NR. DOCUMENTO 550.448.000.007.505
VALOR TOTAL 118,00

****** TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: BANZAY TELEC INF LTDA
AGENCIA: 0448-0 CONTA: 7.505-1
NR. DOCUMENTO 556.790.000.000.211

NR.AUTENTICACAO C.9C3.5A4.F04.E99.8DA

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

Recebemos de BANZAY TELECOMUNICACOES E INFORMATICA LTDA ME os produtos constantes na Nota Fiscal indicada ao lado. Destinatário: Associacao Hospitalar Beneficente do Brasil - Avenida Jose Ariano Rodrigues, 303 - Jardim Ariano - Lins/SP		Data de Emissão 27/10/2020	NFe Nº 0000006357 Série 001
Data de Recebimento	Identificação e Assinatura do Recebedor	Valor Total da Nota 118,00	

Banzay

BANZAY TELECOMUNICACOES E INFORMATICA LTDA ME - BANZAY
Rua NACOES UNIDAS, 325 - - CENTRO
16800-000 - Mirandopolis - SP - Fone/Fax: 18 3701 3033

DANFE
Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

Saida: 1
Entrada: 0
1
N 0000006357
Série 001
Folha 1/1

Controle do Fisco

Chave de Acesso
3520 1004 6326 7000 0181 5500 1000 0063 5718 8391 8137

Consulta de autenticidade do portal nacional da NFe www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz autorizadora

Natureza de Operação	Protocolo de Autorização
VENDA DE MERCADORIA COM SUBST. TRIBUTARI	135200974345371 - 27/10/2020 - 15:06:59

Inscrição Estadual	Inscrição Estadual Sub. Tributária	CNPJ/CPF
449067176112		04.632.670/0001-81

Destinatário / Remetente

Nome/Razão Social			CNPJ/CPF	Data de Emissão
Associacao Hospitalar Beneficente do Brasil			45.349.461/0001-02	27/10/2020
Endereço	**Bairro/Distrito**		**CEP**	**Data Saída/ Entrada**
Avenida Jose Ariano Rodrigues, 303 -	Jardim Ariano		16400-400	27/10/2020
Município	**Fone**	**UF** / **Inscrição Estadual**		**Hora Saída/Entrada**
Lins		SP		15:06:00

Fatura

Nº da duplicata	Vencimento	Valor	Nº da duplicata	Vencimento	Valor	Nº da duplicata	Vencimento	Valor	Nº da duplicata	Vencimento	Valor	Nº da duplicata	Vencimento	Valor
001	10/11/2020	118,00												

Cálculo dos Impostos

Base de Cálculo do ICMS	Valor do ICMS	Base Calc. do ICMS Subs.	Valor do ICMS Subs.	Valor Aprox. dos Trib. (IBPT)	Valor Total dos Produtos
0,00	0,00	0,00	0,00	23,05	118,00

Valor do Frete	Valor do Seguro	Desconto	Out. Desp. Acessor.	Valor do IPI	Valor Deson.	Valor Total da Nota
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	118,00

Transportador / Volumes Transportados

Razão Social	Frete por Conta	Código ANTT	Placa Veículo	UF	CNPJ/CPF
	9-Sem Transporte				

Endereço	Município	UF	Inscrição Estadual

Quantidade	Espécie	Marca	Numeração	Peso Bruto	Peso Líquido

Dados dos Produtos

Cod. Prod.	Descrição dos Produtos	NCM/SH	CST CSOSN	CFOP	Med.	Quantidade	Vlr. Unitario	Vlr. Desconto	Vlr. Total	BC Icms	Vlr. Icms	Vlr. IPI	ALIQ. % ICMS	ALIQ. % IPI	Vlr Aprox dos Trib.
1777	TONER COMPATIVEL SAMSUNG MLT-D101 2165	84439933	5500	5405	UN	1,0000	118,0000	0,00	118,00	0,00	0,00	0,00	0,00		23,05

Dados Adicionais

Informações Complementares	Informações Adicionais do Fisco
I-DOC.EMITIDO P/ME OU EPP OPTANTE P/SIMPLES NACIONAL II-NAO GERA DIREITO A CREDITO FISCAL DE IPI MD5: D39789B7B3CA30B9CFBAE73A2345C9C1 Trib Aprox. R$ 8,89 Fed - R$ 14,16 Est - R$ 0,00 Mun / Fonte:IBPT/empresome 0C3829	

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

16/11/2020 - BANCO DO BRASIL - 15:31:48
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 16/11/2020
NR. DOCUMENTO 553.370.000.026.500
VALOR TOTAL 1.119,50
****** TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: ATIVA COML HOSP LTDA
AGENCIA: 3370-7 CONTA: 26.500-4
NR. DOCUMENTO 556.790.000.000.211

NR.AUTENTICACAO A.1A2.632.CFC.879.6F3

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

DANFE

Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA [1]

Nº. 000.038.988
Série 001
Folha 1/1

ATIVA COMERCIAL HOSPITALAR LTDA

RUA HUMAITA, 290
SANTA CRUZ DO JOSE JACQUES - 14020-680
RIBEIRAO PRETO - SP Fone/Fax: 1639939100

CHAVE DE ACESSO
3520 1004 2749 8800 0138 5500 1000 0389 8810 1258 1044

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO	PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
VENDA	135200948244883 - 20/10/2020 17:05:22

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.	CNPJ / CPF
582596876113		04.274.988/0001-38

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL			CNPJ / CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL (13378-164)			45.349.461/0001-02	20/10/2020
ENDEREÇO	**BAIRRO / DISTRITO**		**CEP**	**DATA DA SAÍDA/ENTRADA**
AVENIDA JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 - SALA 03	JARDIM ARIANO		16400-400	
MUNICÍPIO	**UF**	**FONE / FAX**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**	**HORA DA SAÍDA/ENTRADA**
LINS	SP	1633748438		

INFORMAÇÕES DO LOCAL DE ENTREGA

NOME / RAZÃO SOCIAL		CNPJ / CPF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL (13378-164)		45.349.461/0001-02	
ENDEREÇO	**BAIRRO / DISTRITO**		**CEP**
Dr Raul da Cunha Bueno, 585	16800-000*CENTRO		16800-000
MUNICÍPIO		**UF**	**FONE / FAX**
MIRANDOPOLIS		SP	

FATURA / DUPLICATA

Num.	001
Venc.	19/11/2020
Valor	R$ 1.119,50

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE CALC. ICMS	VALOR DO ICMS	VALOR DO ICMS-FCP	BASE CALC. ICMS S.T.	VALOR ICMS S.T.	VALOR ICMS S.T-FCP	TOTAL PRODUTOS
1.119,50	201,51	0,00	0,00	0,00	0,00	1.119,50
VALOR DO FRETE	**VALOR DO SEGURO**	**DESCONTO**	**OUTRAS DESPESAS**	**VALOR TOTAL IPI**	**VALOR IMPORTAÇÃO**	**TOTAL DA NOTA**
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1.119,50

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ / CPF
QUALITY TRANSPORTES E ENTREGAS RAPIDAS LTDA - EPP	0-Remetente				06.321.409/0001-96
ENDEREÇO	**MUNICÍPIO**			**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**
AVENIDA HENRY FORD -,1153	SAO PAULO			SP	148923420116

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
1	Volumes			1,000	

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	O/CST	CFOP	UN	QUANT.	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL	B.CALC ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALIQ ICMS	ALIQ IPI
37769	HEPAMAX S 5000UI/ML SOL INJ 5ML CX C/ 25 FA/BLAU S+ PMC: 30,96 Lote: 20090505 Qtd: 25 Fab: 03/09/2020 Val: 03/09/2022 Lote: 20081199 Qtd: 25 Fab: 25/08/2020 Val: 25/08/2022	30049099	300	5102	FA	50	22,3900	1.119,50	1.119,50	201,51		18,00	

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

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Inf. Contribuinte: Vendedor: 164-ATIVA REGIAO 18 - ALENCAR Mov:1258104
BANCO BRASIL - AG. 3370-7 C.C. 26500-4
BANCO BRADESCO - AG. 2401-5 C/C. 15122-0
"CONFIRA A MERCADORIA NO ATO DO RECEBIMENTO"
Inf. fisco: Valor Aprox Tributos Federal: R$ 150,57 Estadual: R$ 134,34 Municipal: R$ 0,00 Fonte: IBPT

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 21 / 10 / 20
ASS.

Impresso em 20/10/2020 as 17:05:24

www.gcweb.com.br

03/12/2020 - BANCO DO BRASIL - 18:10:19
679006790 0003

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

BANCO DO BRASIL

00190615899178153359000002034312184390000032570
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	111.601
NOSSO NUMERO	6158917815
CONVENIO	00000000
DATA DE VENCIMENTO	14/11/2020
DATA DO PAGAMENTO	16/11/2020
VALOR DO DOCUMENTO	325,70
VALOR COBRADO	325,70

NR.AUTENTICACAO 5.2EB.28E.020.965.186

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

DUPATRI HOSPITALAR COM IMP EXT LTDA

AV. JOSE SEVERINO N. 3530
CATALAO - GO
CEP. 75.709-515
TELEFONES
ESTOQUE CATALÃO (64) 3442-8081
ADM. CAMPOS (12) 3228-4709

HOSPITALAR COM IMP EXP LTDA

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 7066

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO
VENDA N CONTRIB

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO
152203420126667 15/09/2020 20:51:38

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO	CNPJ
10.444.430-4	809.010.530.117	04.027.894/0003-26

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL	CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOC HOSPITALAR BENEF DO BRASIL (8149)	45.349.461/0001-02	15/09/2020

ENDEREÇO	BAIRRO/DISTRITO	CEP	DATA DA SAÍDA/ENTRADA
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303	JARDIM ARIANO	16400-400	15/09/2020

MUNICÍPIO	FONE/FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DA SAÍDA
LINS	1435325198	SP		20:51

FATURA / DUPLICATA

001	15/10/2020	325.70	002	14/11/2020	325.70

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
542,82	65,14	0,00	0,00	651,41

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00		0,00	0,00	651,41

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
VEICULO PROPRIO (90)	0 - DO EMITENTE				04027894000326

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
AVENIDA JOSE SEVERINO, 3530	CATALAO	GO	10444304

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
3	CAIXAS			7,90	7,90

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UNID	QUANT	V.UNIT	V.TOTAL	B.ICMS	V.ICMS	V.IPI	ALÍQ. ICMS	ALÍQ. IPI
33095	ALGODAO HIDROF.500GR - CREMER (Lote: 3671-82030, Qtde: 2, Dt Val: 31/07/2025 ,Data Fab: 01/07/2020)	30059090	020	6108	RL	2	10,0000	20,00	16,67	2,00		12,00	
28702	DERMASTAR OLEO 200ML - PHARMASTAR (Lote: 011, Qtde: 24, Dt Val: 31/07/2022 ,Data Fab: 01/07/2020)	15121919	020	6108	FR	24	3,7000	88,80	74,00	8,88		12,00	
35708	FITA ONCALL PLUS C/50- MEDLEVENSOHN (Lote: 1290572, Qtde: 10, Dt Val: 24/03/2022 ,Data Fab: 25/03/2020)	38220090	720	6108	CX	10	26,4000	264,00	219,99	26,40		12,00	
30874	ELETRODO DESC. C/50 (N) REF.BRQ 2223/2228 - 3M (Lote: 2006500227, Qtde: 20, Dt Val: 31/03/2022 ,Data Fab: 01/03/2020)	90181990	020	6108	PCT	20	13,9300	278,60	232,16	27,86		12,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

RECLAMACOES DE MERCADORIAS COM NO MAXIMO DE 48HORAS APOS A ENTREGA FAVOR REALIZAR A CONFERENCIA DO PEDIDO NO ATO
ICMS MIRANDOPOLIS CONV 0107/2017 AO/ LAISENTREGAR DE PAUL DA CUNHA BUENO 695 JD SANTA ROSA MIRANDOPOLIS SP
ITENS 1 a 4 RED.BASE DE CALCULO CONF. ART. 8º, INC. VIII, ANEXO IX DEC.4.852/97 - RICMS/00
ITENS 1,3 a 4
ITEM 2 ISENTO PIS/COFINS DECRETO 6426/08 ANEXO III
ITENS 1 a 4 DIFERENCIAL DE ALIQ.CFCONV.93 -EMENDA 87/15
ITENS 1,3 a 4
ITENS 1,3 a 4
Decisão Constitucional 87 de 2015.
Valor da partilha para UF de Destino: R$ 39,09
VALOR APROX. TRIBUTOS, R$ 108,86, Federal, R$ 43,72, Estadual, R$ 65,14
Pedido: 1202633
Representante: REGIAO SORP - (VITOR)
Redespacho...: O EMITENTE (43) - CIF - CNPJ.: - Inscrição Estadual.:ISENTO -
ENTREGA: RUA SAO PAULO SANTOS-SP

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 15 / 09 / 2020
ASS.

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

03/12/2020 - BANCO DO BRASIL - 18:10:19
679006790 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

BANCO DO BRASIL

00190615899171453359200002034312184390000416547
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	111.602
NOSSO NUMERO	6158917145
CONVENIO	00000000
DATA DE VENCIMENTO	14/11/2020
DATA DO PAGAMENTO	16/11/2020
VALOR DO DOCUMENTO	4.165,47
VALOR COBRADO	4.165,47

NR.AUTENTICACAO 3.064.E11.081.5BF.1ED

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

DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IMPORTACAO E EXPORTACAO LTDA

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

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRONICA

0-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 da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora

NATUREZA DA OPERAÇÃO
VENDA MERCADO REC TERCEIROS

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO
135200816149039 15/09/2020 21:30:21

INSCRIÇÃO ESTADUAL
[illegible]

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO

CNPJ
04.027.894/0007-50

DESTINATÁRIO / REMETENTE

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

CNPJ / CPF
45.349.461/0001-02

DATA DA EMISSÃO
15/09/2020

ENDEREÇO
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303

BAIRRO / DISTRITO
JARDIM ARIANO

CEP
16400-400

DATA ENTRADA / SAÍDA
15/09/2020

FONE / FAX
1435325198

UF

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA
21:27

FATURA / DUPLICATA

[illegible]/2020	4.165,42	002	14/11/2020	4.165,42	

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
[illegible]	601,22	0,00	0,00	[illegible]

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
[illegible]	0,00		0,00	0,00	[illegible]

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL
EMITENTE (43)

FRETE POR CONTA
0 - DO EMITENTE

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ / CPF

ENDEREÇO
RUA SAO PAULO, 31

MUNICÍPIO
SANTOS

UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL
ISENTO

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
[illegible]	CAIXAS			12,00	[illegible]

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

DESCRIÇÃO DO PRODUTO SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UND	QUANT.	V.UNIT	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	ALÍQ. ICMS	ALÍQ. IPI
ACTILYSE 50MG - BOEHRINGER (Lote: 0035-76, Qtde: 2, Dt Val: 30/11/2022 ,Data Fab: 01/11/2019)	30049019	240	5102	CX	2	1.982,6700	3.965,34					
BUTILESCOPOLAMINA 20MG 100/1ML GEN - FARMACE (Lote: HS20G030, Qtde: 1, Dt Val: 31/07/2022 ,Data Fab: 01/07/2020)	30039099	000	5102	CX	1	130,0000	130,00	130,00	15,60		12,00	
PIPER.TAZOB.4,5G C/25 GEN - NOVAFARMA (Lote: 78PE1982, Qtde: 3, Dt Val: 31/05/2022 ,Data Fab: 01/05/2020Lote: 78PE-1983, Qtde: 2, Dt Val: 31/05/2022 ,Data Fab: 01/05/2020)	30041019	000	5102	CX	5	547,3000	2.736,50	2.736,50	328,38		12,00	
CEFTRIONA IV 1G C/50F/A-NOVAFARMAFRASCO AMPOLA (Lote: 78PD1617, Qtde: 2, Dt Val: 30/04/2022 ,Data Fab: 01/04/20-20)	30042059	000	5102	CX	2	556,5000	1.113,00	1.113,00	200,34		18,00	
XYLESTESIN 2% GELEIA 30GR C/10-CRI-SESTERIL-COM APLICADOR (Lote: 20010288, Qtde: 1, Dt Val: 31/01/2022 ,Data Fab: 01/01/2020)	30049049	000	5102	CX	1	46,1000	46,10	46,10	8,30		18,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

[illegible] VER VALIDADE, TEM NO MAXIMO 30 DIAS APOS A ENTREGA PODER REALIZAR A [illegible]

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO ___/___/___
ASS. _____

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

13/10/___

da atri	AVENIDA PEDRO PASCOAL DOS SANTOS, 410 - GALPAO002 MD 4 E 5 - RESIDENCIAL REAL PARQUE SUMARE - SUMARE, SP, CEP:13178561. Fone:13-3228-8700	0-ENTRADA 1-SAIDA [1] Nº 97157 SERIE 1 FOLHA 2/2	CHAVE DE ACESSO 3520 0904 0278 9400 0750 5500 1000 0971 5710 0000 1336 Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora

NATUREZA DA OPERACAO: REMESSA MERC ADC REC TERCEIROS

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO: 135200816149039 15/09/2020 21:30:21

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO	CNPJ
62.680.115		04.027.894/0007-50

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UNID	QUANT	V.UNIT	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	ALÍQ. ICMS	ALÍQ. IPI
365060	SERINGA GASOMETRIA A-LINE 3ML 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	
08520031	SONDA FOLEY 2V N.16 805CC C/10-SOLIDOR (Lote: 08520031, Qtde: 1, Dt Val: 31/03/2025 ,Data Fab: 01/03/2020)	90183921	200	5102	CX	1	30.8000	30.80	30.80	5.54		18.00	
02910	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		18.00	

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

03/12/2020 - BANCO DO BRASIL - 18:10:19
679006790 0003

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

BANCO DO BRASIL

00190615895927503347600001526110384390000254400
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	111.603
NOSSO NUMERO	6158592750
CONVENIO	00000000
DATA DE VENCIMENTO	14/11/2020
DATA DO PAGAMENTO	16/11/2020
VALOR DO DOCUMENTO	2.544,00
VALOR COBRADO	2.544,00

NR.AUTENTICACAO 5.C01.690.990.230.6D3

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 Mirandopolis
Tipo de Despesa: Custeio

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 19/09/2020
ASS

IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

NF-e
N. 000249362
SÉRIE 1

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAÍDA 1

Saintronic Industria e Comercio Ltda

Rua Venda da Esperança, 162
Socorro Cep:04763-040
São Paulo SP
Fone: 5511224477S1

N. 000249362
SÉRIE 1
FOLHA 01/01

CHAVE DE ACESSO DA NF-E
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 SEFAZ Autorizada

NATUREZA DA OPERAÇÃO
VENDA DE PRODUÇÃO DO ESTABELECIMENTO

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
135200812824061 15/09/2020 09:57:25/03/001

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSC.ESTADUAL DO SUBST.TRIB.	CNPJ
[illegible]		58.426.628/0001-33

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL	CNPJ/CPF	DATA DE EMISSÃO
[illegible]	15.546.46[illegible]/0001-02	15/09/2020

ENDEREÇO	BAIRRO/DISTRITO	CEP	DATA ENTRADA/SAÍDA
[illegible]	CENTRO	16400-469	

MUNICÍPIO	FONE/FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA ENTRADA/SAÍDA
[illegible]	1435325198	SP		

FATURA

[illegible]	002
[illegible]	14/11/2020
[illegible]	2.344,00

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	5.088,00

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	5.088,00

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
[illegible]	0-EMITENTE				44.914.992/0013-71

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
[illegible]	SÃO PAULO	SP	112782533118

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
[illegible]	CAIXA			14,832	12,432

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO

COD.PROD	DESCRIÇÃO DO PROD/SERV.	NCM/SH	CST	CFOP	UN	QUANT.	V.UNITÁRIO	V.TOTAL	BC.ICMS	V.ICMS	V.IPI	ALÍQ.ICMS	ALÍQ.IPI
[illegible]	[illegible]	90183090	040	5101	UN	200,0000	16,960000000	3.392,00	0,00	0,00	0,00	0,00%	0,00%
	LOTE: [illegible] - Val: 13/08/2023												
[illegible]	[illegible]	90183090	040	5101	UN	100,0000	16,960000000	1.696,00	0,00	0,00	0,00	0,00%	0,00%
	LOTE: [illegible] - Val: 31/08/2023												

CÁLCULO DO ISSQN

INSCRIÇÃO MUNICIPAL	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	BASE DE CÁLCULO DO ISSQN	VALOR DO ISSQN
[illegible]			

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	RESERVADO AO FISCO
[illegible]	

ENTREGAR NO ALMOXARIFADO DA CENTRAL DE ESTERILIZAÇÃO DO HOSPITAL MUNICIPAL DE MIRANDÓPOLIS SP ADICIONAIS DA NOTA: UTI MIRANDÓPOLIS - CONVÊNIO 0107/2017 - ALÍQUOTA DO IPI REDUZIDA A 0% CONFORME DECRETO Nº 10.985/2021 DE 2021 MATERIAL HOSPITALAR CONJUNTO DESCARTÁVEL DE CIRCULAÇÃO EXTRACORPÓREA - CÓDIGO 09 - EXTENSORES ISENÇÃO DE ICMS CONFORME item 54 do Convênio [illegible] PEDIDO DE ACORDO COM O CONVÊNIO 133/2019 ATÉ 31/12/2020 INCISO XLVII [illegible] ALÍQUOTA ZERO DE PIS E COFINS DE ACORDO COM DECRETO 6426/2008 [illegible] 2084 ARTIGO 28 INCISO XXXV Endereço de entrega: [illegible] *** Pedido de [illegible] *** Código Numérico Contrôle Valor Aproximado dos Tributos - DS [illegible] Lote: IMPI

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

03/12/2020 - BANCO DO BRASIL - 18:10:19
679006790 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

03399154567950000000913776601018584400000007000
BENEFICIARIO:
RELOGIOS DE PONTO BAURU LTDA
NOME FANTASIA:
RELOGIOS DE PONTO BAURU LTDA
CNPJ: 44.705.580/0001-98
BENEFICIARIO FINAL:
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	111.604
DATA DE VENCIMENTO	15/11/2020
DATA DO PAGAMENTO	16/11/2020
VALOR DO DOCUMENTO	70,00
VALOR COBRADO	70,00

NR.AUTENTICACAO 3.026.069.5A0.BD6.CB0

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 Saude
UGE: 080196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandopolis
Tipo de Despesa: Custeio

PREFEITURA MUNICIPAL DE BAURU

Secretaria Municipal de Economia e Finanças

Divisão de Receitas Mobiliárias

Nota Fiscal Eletrônica de Serviços

Número da Nota: 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:
CONSERTO MANUT CONSERV REPAR DE MAQUINAS E EQUIPAMENTOS

Código do Serviço:
14.01 - LUBRIFICAÇÃO, LIMPEZA, LUSTRAÇÃO, REVISÃO, CARGA E RECARGA, CONSERTO, RESTAURAÇÃO, BLINDAGEM, MANUTENÇÃO E CONSERVAÇÃO DE MÁQUINAS, VEÍCULOS, APARELHOS, EQUIPAMENTOS, MOTORES, ELEVADORES OU DE QUALQUER OBJETO

Local da Prestação: BAURU			**Situação de Tributação:** Tributada no Prestador	
I.N.S.S. (R$) 0,00	**I.R. (R$)** 0,00	**PIS (R$)** 0,00	**COFINS (R$)** 0,00	**C.S.L.L. (R$)** 0,00
Os valores acima referem-se as retenções de tributos administrados pela União, sendo de responsabilidade do Prestador e não implicam na alteração da base de cálculo deduzindo apenas do total liquido				**Valor Aprox. Tributos** 0,00
Deduções de Materiais 0,00	**Base de Cálculo (R$)** 420,00	**Aliquota (%)** 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 liquido da nota (R$)** 420,00	

Chave de autenticação: A83F7E732476C72CB6FAADDA294DB0EA

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

03/12/2020 - BANCO DO BRASIL - 18:10:19
679006790 0005

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

BANCO BRADESCO S.A.

23790110069000000529945007252807284410000290345
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	111.605
DATA DE VENCIMENTO	16/11/2020
DATA DO PAGAMENTO	16/11/2020
VALOR DO DOCUMENTO	2.903,45
VALOR COBRADO	2.903,45

NR.AUTENTICACAO F.CE6.E6D.EA4.5B9.8C9

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

PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAÇATUBA

Secretaria Municipal da Fazenda

Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e

Número da Nota	52945
Data do Emissão	26/10/2020
Data e Hora da Competência	26/10/2020 às 16:27:47
Código de Verificação	0000-0006-1188

PRESTADOR DE SERVIÇOS

CNPJ	51.100.840/0001-67	Cód. Mobiliário	1069	Insc. Mun.	1069
Nome	LABORATORIO SAO PAULO ANALISES CLINICAS LTDA				
Logradouro	RUA-TIRADENTES			Número	1086
Bairro	VILA MENDONÇA			CEP	16015-020
Município	ARAÇATUBA			UF	SP
Situação	Não Optante do Simples Nacional				
Telefones	(18)3623-2649 ; (18)3117-7010				
E-Mail's	nfe@laboratoriosaopaulo.com.br ; fernando@escritorionacional.com.br ; legalizacao@escritorionacional.com.br				

Autenticação

TOMADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ	45.349.461/0001-02	IE	ISENTO
Inscrição Mun.		Cód. Mobiliário	0
Nome	ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		
E-mail	acpinotti@gmail.com;	Telefone	
Inf. Comp.			
Logradouro	RUA-AVENIDA JOSE ARIANO RODRIGUES	Número	303
Bairro	JARDIM ARIANO	CEP	16400-400
Município	LINS	UF	SP
Complemento	N.A.	País	BRASIL

INFORMAÇÕES DA IMPORTAÇÃO

Data e Hora	26/10/2020 às 15:26:51	Lote	61188
Número do RPS	0000-0006-1188	Sequência	61188

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Serviço	Descrição	Vlr. Unitário	Qtde	Desconto	Aliq. Tributo (IBPT)	Total
2076	PRESTACAO DE SERVICOS DE MEDICINA E DIAGNOSE REF. 10/2020	3.093,7200	1,00	0,00	0,00	3.093,72

Valor Total dos Serviços - R$3.093,72

INFORMAÇÕES REFERENTES A DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

PRESTACAO DE SERVICOS DE MEDICINA E DIAGNOSE REF. 10/2020

TRIBUTOS

PIS (R$)	COFINS (R$)	INSS (R$)	IR (R$)	CSLL (R$)	Outras Retenções (R$)	Descontos (R$)
20,11	92,81		46,41	30,94		
CIDE (R$)	IOF (R$)	IPI (R$)	ICMS (R$)			

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

VALOR TOTAL DA NOTA = R$ 3.093,72

Atividade
8640202-LABORATÓRIOS CLÍNICOS

Operação
Sem Lançamentos de Materiais/Equipamentos

Dedução de Materiais/Equipamentos
Não

Responsável pelo Imposto
Prestador dos Serviços

Situação da Nota Fiscal
Normal

Local do Serviço
Dentro do Município

Alíquota (%)	Base de Cálc. (R$)	Vlr. Total das Deduções (R$)	Vlr. Total Retido (R$)	Vlr. do ISS (R$)
3,0000	3.093,72	0,00	190,27	92,81

VALOR LÍQUIDO DA NOTA = R$ 2.903,45

OUTRAS INFORMAÇÕES (RESERVADO AO FISCO)

- O crédito gerado estara disponivel somente após o recolhimento do ISS desta NF-e.

Recebi(emos) do Prestador: LABORATORIO SAO PAULO ANALISES CLINICAS LTDA CNPJ: 51.100.840/0001-67

Os serviços constantes da Nota Fiscal de Serviços Eletrônica n.º **52945** emitida em **26/10/2020** às **16:27:47** - Cód Verif **0000-0006-1188**
Condições de Pagamento: Vencimento: 26/10/2020 Valor Total R$ **3.093,72** Valor Liquido R$ **2.903,45**

Ass: _____ em ____/____/_____.

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

Mirandopolis

Laboratório	LABORATORIO SAO PAULO ANALISES CLINICAS LTDA - MAT
CNPJ	51100840000167
Endereço	Rua Tiradentes, 1086 - Vila Mendonça,
Cidade	Araçatuba
Credenciado	ASSOCIACAO HOSP. BENEFIC. DO BRASIL
Conta de assist. médica período	21/09/2020 - 23/10/2020
Data da fatura/Vencimento	26/10/2020 - 30/10/2021
CNPJ	45349461000102

Data	Cód. O.S	Paciente	Matrícula	Guia	Procedimento	Valor
06/10/2020	023-65658-363	ANTONIO DAS NEVES			CULTURA DE VIGILANCIA	26,20
06/10/2020	023-65658-363	ANTONIO DAS NEVES			ANTIBIOGRAMA, VIGILANC	31,19
06/10/2020	023-65658-363	ANTONIO DAS NEVES			CULTURA DE VIGILANCIA	26,20
06/10/2020	023-65658-363	ANTONIO DAS NEVES			ANTIBIOGRAMA, VIGILANC	31,19
06/10/2020	023-65658-363	ANTONIO DAS NEVES			CULTURA DE VIGILANCIA	26,20
06/10/2020	023-65658-363	ANTONIO DAS NEVES			ANTIBIOGRAMA, VIGILANC	31,19
06/10/2020	023-65658-363	ANTONIO DAS NEVES			CULTURA DE VIGILANCIA	26,20
06/10/2020	023-65658-363	ANTONIO DAS NEVES			ANTIBIOGRAMA, VIGILANC	31,19
Sub-total						**229,56**
28/09/2020	023-65650-390	APARECIDA NANTES			HEMOCULTURA AUTOMATIZA	41,00
28/09/2020	023-65650-390	APARECIDA NANTES			HEMOCULTURA AUTOMATIZA	41,00
28/09/2020	023-65650-390	APARECIDA NANTES			CULTURA DE URINA	22,16
28/09/2020	023-65650-390	APARECIDA NANTES			SECRECAO PULMONAR, QUA	47,61
28/09/2020	023-65650-390	APARECIDA NANTES			ANTIBIOGRAMA, SECRECOE	31,19
Sub-total						**182,96**
07/10/2020	023-65659-436	APARECIDA NANTES			SECRECAO PULMONAR, QUA	47,61
07/10/2020	023-65659-436	APARECIDA NANTES			ANTIBIOGRAMA, SECRECOE	31,19
Sub-total						**78,80**
14/10/2020	023-65666-439	APARECIDA NANTES			HEMOCULTURA AUTOMATIZA	41,00
14/10/2020	023-65666-439	APARECIDA NANTES			HEMOCULTURA AUTOMATIZA	41,00
14/10/2020	023-65666-439	APARECIDA NANTES			ANTIBIOGRAMA AUTOMATIZ	31,19
Sub-total						**113,19**
23/10/2020	023-65675-401	APARECIDA NANTES			CULTURA [GERAL]	26,20
Sub-total						**26,20**
21/09/2020	023-65643-317	CARLOS VILHALVA			CULTURA DE VIGILANCIA	26,20
21/09/2020	023-65643-317	CARLOS VILHALVA			ANTIBIOGRAMA, VIGILANC	31,19
21/09/2020	023-65643-317	CARLOS VILHALVA			CULTURA DE VIGILANCIA	26,20
21/09/2020	023-65643-317	CARLOS VILHALVA			ANTIBIOGRAMA, VIGILANC	31,19
21/09/2020	023-65643-317	CARLOS VILHALVA			CULTURA DE VIGILANCIA	26,20
21/09/2020	023-65643-317	CARLOS VILHALVA			ANTIBIOGRAMA, VIGILANC	31,19
Sub-total						**172,17**
28/09/2020	023-65650-298	DAUSINA ALVES DE OLIV			CULTURA DE VIGILANCIA	26,20
28/09/2020	023-65650-298	DAUSINA ALVES DE OLIV			ANTIBIOGRAMA, VIGILANC	31,19
28/09/2020	023-65650-298	DAUSINA ALVES DE OLIV			CULTURA DE VIGILANCIA	26,20
28/09/2020	023-65650-298	DAUSINA ALVES DE OLIV			CULTURA DE VIGILANCIA	26,20
28/09/2020	023-65650-298	DAUSINA ALVES DE OLIV			ANTIBIOGRAMA, VIGILANC	31,19
28/09/2020	023-65650-298	DAUSINA ALVES DE OLIV			CULTURA DE VIGILANCIA	26,20
28/09/2020	023-65650-298	DAUSINA ALVES DE OLIV			ANTIBIOGRAMA, VIGILANC	31,19
Sub-total						**198,37**
06/10/2020	023-65658-368	FRANCISCA IRACI CORDE			CULTURA DE VIGILANCIA	26,20
06/10/2020	023-65658-368	FRANCISCA IRACI CORDE			ANTIBIOGRAMA, VIGILANC	31,19
06/10/2020	023-65658-368	FRANCISCA IRACI CORDE			CULTURA DE VIGILANCIA	26,20
06/10/2020	023-65658-368	FRANCISCA IRACI CORDE			ANTIBIOGRAMA, VIGILANC	31,19
06/10/2020	023-65658-368	FRANCISCA IRACI CORDE			CULTURA DE VIGILANCIA	26,20
06/10/2020	023-65658-368	FRANCISCA IRACI CORDE			ANTIBIOGRAMA, VIGILANC	31,19
Sub-total						**172,17**

(*) Antibiograma não realizado

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

06/10/2020	023-65658-371 GENY ESMEIRA DE SOUZA	CULTURA DE VIGILANCIA	26,20
06/10/2020	023-65658-371 GENY ESMEIRA DE SOUZA	ANTIBIOGRAMA, VIGILANC	31,19
06/10/2020	023-65658-371 GENY ESMEIRA DE SOUZA	CULTURA DE VIGILANCIA	26,20
06/10/2020	023-65658-371 GENY ESMEIRA DE SOUZA	ANTIBIOGRAMA, VIGILANC	31,19
06/10/2020	023-65658-371 GENY ESMEIRA DE SOUZA	CULTURA DE VIGILANCIA	26,20
06/10/2020	023-65658-371 GENY ESMEIRA DE SOUZA	ANTIBIOGRAMA, VIGILANC	31,19
Sub-total			**172,17**
20/10/2020	023-65672-466 IZAURA BRITES MARTINS	CULTURA DE VIGILANCIA	26,20
20/10/2020	023-65672-466 IZAURA BRITES MARTINS	ANTIBIOGRAMA, VIGILANC	31,19
20/10/2020	023-65672-466 IZAURA BRITES MARTINS	CULTURA DE VIGILANCIA	26,20
20/10/2020	023-65672-466 IZAURA BRITES MARTINS	ANTIBIOGRAMA, VIGILANC	31,19
20/10/2020	023-65672-466 IZAURA BRITES MARTINS	CULTURA DE VIGILANCIA	26,20
20/10/2020	023-65672-466 IZAURA BRITES MARTINS	ANTIBIOGRAMA, VIGILANC	31,19
Sub-total			**172,17**
28/09/2020	023-65650-301 JAIR ALBERTO DOS SANT	CULTURA DE VIGILANCIA	26,20
28/09/2020	023-65650-301 JAIR ALBERTO DOS SANT	CULTURA DE VIGILANCIA	26,20
28/09/2020	023-65650-301 JAIR ALBERTO DOS SANT	ANTIBIOGRAMA, VIGILANC	31,19
Sub-total			**83,59**
21/09/2020	023-65643-306 JORGE FARINHA	CULTURA DE VIGILANCIA	26,20
21/09/2020	023-65643-306 JORGE FARINHA	ANTIBIOGRAMA, VIGILANC	31,19
21/09/2020	023-65643-306 JORGE FARINHA	CULTURA DE VIGILANCIA	26,20
21/09/2020	023-65643-306 JORGE FARINHA	CULTURA DE VIGILANCIA	26,20
21/09/2020	023-65643-306 JORGE FARINHA	ANTIBIOGRAMA, VIGILANC	31,19
Sub-total			**140,98**
07/10/2020	023-65659-438 MARIA VALENTINA PEREI	HEMOCULTURA AUTOMATIZA	41,00
07/10/2020	023-65659-438 MARIA VALENTINA PEREI	HEMOCULTURA AUTOMATIZA	41,00
07/10/2020	023-65659-438 MARIA VALENTINA PEREI	CULTURA DE URINA	22,16
07/10/2020	023-65659-438 MARIA VALENTINA PEREI	SECRECAO PULMONAR, QUA	47,61
Sub-total			**151,77**
14/10/2020	023-65666-440 MARIA VALENTINA PEREI	HEMOCULTURA AUTOMATIZA	41,00
14/10/2020	023-65666-440 MARIA VALENTINA PEREI	HEMOCULTURA AUTOMATIZA	41,00
14/10/2020	023-65666-440 MARIA VALENTINA PEREI	SECRECAO PULMONAR, QUA	47,61
14/10/2020	023-65666-440 MARIA VALENTINA PEREI	ANTIBIOGRAMA, SECRECOE	31,19
Sub-total			**160,80**
15/10/2020	023-65667-378 MARIA VALENTINA PEREI	CULTURA [GERAL]	26,20
Sub-total			**26,20**
20/10/2020	023-65672-464 MILTON LEITE REIS	CULTURA DE VIGILANCIA	26,20
20/10/2020	023-65672-464 MILTON LEITE REIS	ANTIBIOGRAMA, VIGILANC	31,19
20/10/2020	023-65672-464 MILTON LEITE REIS	CULTURA DE VIGILANCIA	26,20
20/10/2020	023-65672-464 MILTON LEITE REIS	ANTIBIOGRAMA, VIGILANC	31,19
20/10/2020	023-65672-464 MILTON LEITE REIS	CULTURA DE VIGILANCIA	26,20
20/10/2020	023-65672-464 MILTON LEITE REIS	ANTIBIOGRAMA, VIGILANC	31,19
Sub-total			**172,17**
28/09/2020	023-65650-292 NAIR DETONI	CULTURA DE VIGILANCIA	26,20
28/09/2020	023-65650-292 NAIR DETONI	ANTIBIOGRAMA, VIGILANC	31,19
28/09/2020	023-65650-292 NAIR DETONI	CULTURA DE VIGILANCIA	26,20
28/09/2020	023-65650-292 NAIR DETONI	CULTURA DE VIGILANCIA	26,20
28/09/2020	023-65650-292 NAIR DETONI	ANTIBIOGRAMA, VIGILANC	31,19
Sub-total			**140,98**
06/10/2020	023-65658-376 NOBUO KAZAMA	CULTURA DE VIGILANCIA	26,20
06/10/2020	023-65658-376 NOBUO KAZAMA	ANTIBIOGRAMA, VIGILANC	31,19
06/10/2020	023-65658-376 NOBUO KAZAMA	CULTURA DE VIGILANCIA	26,20
06/10/2020	023-65658-376 NOBUO KAZAMA	ANTIBIOGRAMA, VIGILANC	31,19
06/10/2020	023-65658-376 NOBUO KAZAMA	CULTURA DE VIGILANCIA	26,20
06/10/2020	023-65658-376 NOBUO KAZAMA	ANTIBIOGRAMA, VIGILANC	31,19
Sub-total			**172,17**
28/09/2020	023-65650-304 TEREZINHA BUENO	CULTURA DE VIGILANCIA	26,20
28/09/2020	023-65650-304 TEREZINHA BUENO	ANTIBIOGRAMA, VIGILANC	31,19

(*) Antibiograma não realizado

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

28/09/2020	023-65650-304 TEREZINHA BUENO	CULTURA DE VIGILANCIA	26,20
28/09/2020	023-65650-304 TEREZINHA BUENO	ANTIBIOGRAMA, VIGILANC	31,19
28/09/2020	023-65650-304 TEREZINHA BUENO	CULTURA DE VIGILANCIA	26,20
28/09/2020	023-65650-304 TEREZINHA BUENO	ANTIBIOGRAMA, VIGILANC	31,19
Sub-total			**172,17**
06/10/2020	023-65658-373 TEREZINHA BUENO	CULTURA DE VIGILANCIA	26,20
06/10/2020	023-65658-373 TEREZINHA BUENO	ANTIBIOGRAMA, VIGILANC	31,19
06/10/2020	023-65658-373 TEREZINHA BUENO	CULTURA DE VIGILANCIA	26,20
06/10/2020	023-65658-373 TEREZINHA BUENO	ANTIBIOGRAMA, VIGILANC	31,19
06/10/2020	023-65658-373 TEREZINHA BUENO	CULTURA DE VIGILANCIA	26,20
06/10/2020	023-65658-373 TEREZINHA BUENO	ANTIBIOGRAMA, VIGILANC	31,19
Sub-total			**172,17**
09/10/2020	023-65661-438 WALDIR DOS SANTOS GOM	HEMOCULTURA AUTOMATIZA	41,00
09/10/2020	023-65661-438 WALDIR DOS SANTOS GOM	HEMOCULTURA AUTOMATIZA	41,00
09/10/2020	023-65661-438 WALDIR DOS SANTOS GOM	CULTURA DE URINA	22,16
09/10/2020	023-65661-438 WALDIR DOS SANTOS GOM	SECRECAO PULMONAR, QUA	47,61
09/10/2020	023-65661-438 WALDIR DOS SANTOS GOM	ANTIBIOGRAMA, SECRECOE	31,19
Sub-total			**182,96**

Quantidade de O.S.	21
Quantidade de procedimentos	101
Valor total bruto	3.093,72
Valor total desconto	0,00
Valor total líquido	3.093,72

(*) Antibiograma não realizado

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

AHBB | REDE SANTA CASA

Prestação de Contas

Novembro
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

03/12/2020 - BANCO DO BRASIL - 18:10:19
679006790 0004

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

03399862915103300000406897201015584410000163000
BENEFICIARIO:
HUMANA ALIMENTAR - DISTRIBUIDORA DE
NOME FANTASIA:
HUMANA ALIMENTAR - DISTRIBUIDORA DE
CNPJ: 02.786.436/0001-83
BENEFICIARIO FINAL:
HUMANA ALIMENTAR - DISTRIBUIDORA DE
CNPJ: 02.786.436/0001-83
PAGADOR:
ASSOC. HOSPITALAR BENEFICENTE DO BR
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	111.606
DATA DE VENCIMENTO	16/11/2020
DATA DO PAGAMENTO	16/11/2020
VALOR DO DOCUMENTO	1.630,00
VALOR COBRADO	1.630,00

NR.AUTENTICACAO 2.C9B.190.23E.B44.67D

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

NUTR LTDA

AVENIDA DOUTOR ADOLPHO MIRAGLIA, 1-100, VILA REGINA
17012-648 BAURU SP
Telefone(14) 3104-1880

Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA [1]

Nº 49058
Série 0
FL 1/1

CHAVE DE ACESSO
3520 1002 7864 3600 0183 5500 0000 0490 5817 0686 5969

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

NATUREZA DE OPERAÇÃO	INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCR.EST.DO SUBST.TRIBUTÁRIO	CNPJ
VENDAS MERC.AD/REC.TERC	209248284110		02.786.436/0001-83

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
135200883386527 02/10/2020 16:06:46

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL	CNPJ/CPF	DATA DE EMISSÃO
ASSOC. HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL	45.349.461/0001-02	02/10/2020

ENDEREÇO	BAIRRO / DISTRITO	CEP	
RUA 7 DE SETEMBRO, 529	CENTRO	16200-000	02/10/2020

MUNICÍPIO	FONE / FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA SAÍDA / ENTRADA
BILAC	1435325198	SP		16:05

FATURA

0 - À vista
1 - A prazo [1]

16/11/2020 1.630,00

CALCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO ICMS	VALOR ICMS	BASE CALCULO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR FCP-ST	VLR APROX TRIBUTOS (LEI 12.741/2012)	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	513,45	1.630,00

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	1.630,00

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
NIKKEY RIO PRETO LOGISTICA E TRANSPORTES	0-CIF				15066184000160

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
RUA MARIA CERON VOLPE, 2260	SAO JOSE DO RIO PRETO	SP	647598751114

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
2	CX			12,000	12,000

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO DOS PRODUTOS	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM/SH	ORIG	CST	CFOP	UN	QTDE	VLR UNITÁRIO	VLR TOTAL	DESC	BC ICMS	VLR ICMS	VLR IPI	ALIQ ICMS	ALIQ IPI
53	KABIVEN 900 KCAL / 1026 ML Lote 10NI515 Val 30/10/21 Qtd 2,00 Vlr aprox. tributos R$ 178,92 (31,5000% Conf Lei 12741/2012 CHAVE: 1 Fonte 1	30049099	3	260	5405	UN	2,000	284,0000	568,00						
54	KABIVEN 1903 KCAL / 2053 ML Lote 10NI6091 Val 30/07/21 Qtd 3,00 Vlr aprox. tributos R$ 334,53 (31,5000% Conf Lei 12741/2012 CHAVE: 1 Fonte 1	30049099	3	260	5405	UN	3,000	354,0000	1.062,00						

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

CÁLCULO DO ISSQN

INSCRIÇÃO MUNICIPAL / CNAE	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	BASE DE CALCULO DO ISSQN	VALOR DO ISSQN

DADOS ADICIONAIS

ICMS Desonerado 0,00	ICMS FCP p/UF dest	Vlr ICMS Inter. p/destino	Vlr ICMS Inter. p/remetente	Vlr IPI devol 0,00	RESERVADO AO FISCO

Ind. presença: 3 - Operação não presencial, Teleatendimento

PEDIDO PASSADO POR MICHELE - CONSULTORA E DIG POR DRIELY ENDERECO DE ENTREGA: RUA DR RAUL DA CUNHA RUE NO. 580 [illegible] MIRANDOPOLIS - CONVENIO 0107/2017 MONTADO E FAT POR LUCAS

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 03/10/20
ASS.

03/12/2020 - BANCO DO BRASIL - 18:10:19
679006790 0006

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

ITAU UNIBANCO S.A.

34191123740680202293680127350009184420000104850
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	111.607
DATA DE VENCIMENTO	17/11/2020
DATA DO PAGAMENTO	16/11/2020
VALOR DO DOCUMENTO	1.048,50
VALOR COBRADO	1.048,50

NR.AUTENTICACAO 0.379.3DF.C63.0E5.13B

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 Mirandopolis
Tipo de Despesa: Custeio

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA [1]

Nº.2769530 FL 1 / 1
SÉRIE 10

CRISTÁLIA
PRODUTOS QUIMICOS FARMACÊUTICOS LTDA.

CR STALIA PROD. QUIM. FARMACEUTICOS LTDA
ROD D PAPA LINDOIA S/N KM 14 - FAZ E CRISTALIA
itapira / SP - CEP 13974-900
(19)38439500 - www.cristalia.com.br

CHAVE DE ACESSO
3520 1044 7346 7100 0151 5501 0002 7695 3016 4589 0710
Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e
www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora

NATUREZA DA OPERAÇÃO		PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
5.101 VENDA DE PRODUTO		135200946433812 20/10/2020 11:41:04
INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCR. EST. SUBS. TRIBUTARIO	CNPJ
374007758117		44.734.671/0001-51

DESTINATÁRIO REMETENTE

NOME / RAZÃO			CNPJ / CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOC HOSPIT BENEFICENTE DO BRASIL (23292 - 0000006N-50)			45.349.461/0001-02	20/10/2020
ENDEREÇO	BAIRRO / DISTRITO		CEP	DATA DA ENTRDA\SAIDA
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03	JARDIM ARIANO		16400-400	20/10/2020
MUNICÍPIO	FONE / FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DE SAIDA
LINS	14 35325198	SP	ISENTO	18:00:00

FATURA/DUPLICATA

FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR
2769530/01	17/11/2020	1.048,50						

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CALCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUTO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
1.048,50	188,73	0,00	0,00	1.048,50

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	1.048,50

BLOCO TRANSPORTADOR / VOLUMES

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEICULO	UF	CNPJ
QUALITY TRANSPORTES E ENTREGAS RÁPIDAS LTDA.	0 – Emitente				06.321.409/0007-81

ENDEREÇO	MUNICIPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
ESTRADA MUNICIPAL JOSÉ SEDANO 854	CAMPINAS	SP	795549474111

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO	PESO LIQUIDO
1	CAIXA(S)			2,250	2,250

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / SH	CST	CFOP	UN	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	B.CALC ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTA ICMS	ALÍQUOTA IPI
40.2275	DORMIRE 5mg/mL Sol. Inj. - 10amp. X 10mL - (B1) - Lis.POS - Trib aprox R$: 141,02 Federal Fonte: IBPT/empresometro.co 02C353 Lote: 20090157 - Qtd: 15,0000	3004.90.69	000	5101	CX	15,0000 Val: 09/2022	69,9000	1.048,50	1.048,50	188,73	0,00	18,00	0,00

CÁLCULO DO ISSQN

INSCRIÇÃO MUNICIPAL	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	BASE DE CÁLCULO DO ISSQN	VALOR DO ISSQN
256-2	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

LOCAL DE ENTREGA
Local Entr.: 46374500001247 - isento - 2 - Rua Dr Raul da Cunha Bueno, 585 - Centro - Mirandopolis - SP - 168000000

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
Ped: 0000006N-50 - Rep: 13304 - Prod. Lista Positiva: 1.048,50 - - "CREDITO PRESUMIDO - LEI NR. 10147/00" - Resp.: LAIS MARANI SILVA - CRM 53551-SP - Trib aprox R$: 141,02 Federal Fonte: IBPT/empresometro.com.br 02C353.Transp. Redespa Quality Transportes e Entregas Rapidas Ltda. CPF/CNPJ:06.321.409/0007-81 INS. ESTADUAL:795549474111 - BOLETO DISP ONIVEL NO DDA do seu banco. OU INSTR. DEPOS.: Banco Itau S/A (341)-AG. 0000l1- C/C 000010069-0 COD.IDENT.: NR. CNPJ (SEM PONTUACAO) OU INSTR. DEPOS.: Banco do Brasil S/A (001)-AG. 005115-2 C/C 000002014-1 COD.IDENT.: 02 3292-0 . Se preferir, solicitar o boleto pelo e-mail: cobranca.boleto@cristalia.com.br

RESERVADO AO FISCO

Convênio 000/2020
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saude
UGE: 090196. - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandopolis
Tipo de Despesa: Custeio

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 21 / 10 / 20
ASS.

03/12/2020 - BANCO DO BRASIL - 18:10:19
679006790 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

03399484570130000096391943401041484430000176541
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	111.608
DATA DE VENCIMENTO	18/11/2020
DATA DO PAGAMENTO	16/11/2020
VALOR DO DOCUMENTO	1.765,41
VALOR COBRADO	1.765,41

NR.AUTENTICACAO C.D50.457.79B.6AF.A70

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 Mirandopolis
Tipo de Despesa: Custeio

RECEBEMOS DE SUPERMED COM. E IMP. DE PROD. MED. E HOSPIT. LTDA OS PRODUTOS E/OU SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA INDICADA ABAIXO. EMISSÃO: 14/10/2020 VALOR TOTAL: R$ 3.530,82 DESTINATÁRIO: ASSOC. HOSP. BENEFICENTE DO BRASIL - AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 - SALA 03 JARDIM ARIANO LINS-SP

DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

NF-e
Nº. 000.128.945
Série 001

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

SUPERMED COM. E IMP. DE PROD. MED. E HOSPIT. LTDA
Avenida Tower Automotive - Galpao 26, 300
Laranja Azeda - 07430-350
ARUJA - SP Fone/Fax: 1149341700

DANFE
Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA
1

Nº. 000.128.945
Série 001
Folha 1/2

CHAVE DE ACESSO
3520 1011 2060 9900 0441 5500 1000 1289 4510 0005 7402

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO	PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
Venda de Merc.Adq.de Terc.	**135200924657261 - 14/10/2020 15:29:17**

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCRIÇÃO MUNICIPAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.	CNPJ
188070970117			**11.206.099/0004-41**

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL			CNPJ / CPF		DATA DA EMISSÃO
ASSOC. HOSP. BENEFICENTE DO BRASIL			**45.349.461/0001-02**		**14/10/2020**
ENDEREÇO	BAIRRO / DISTRITO		CEP		DATA DA SAÍDA/ENTRADA
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 - SALA 03	**JARDIM ARIANO**		**16400-400**		
MUNICÍPIO	UF	FONE / FAX	INSCRIÇÃO ESTADUAL		HORA DA SAÍDA/ENTRADA
LINS	**SP**	**1435325198**			

INFORMAÇÕES DO LOCAL DE ENTREGA

NOME / RAZÃO SOCIAL		CNPJ / CPF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
HOSP.EST."DR.OSWALDO.B.FARIA"		**45.349.461/0001-02**	
ENDEREÇO	BAIRRO / DISTRITO		CEP
AV.DR.RAUL DA CUNHA BUENO,585, 585	**MIRANDOPOLIS**		**16800-000**
MUNICÍPIO	UF	FONE / FAX	
MIRANDOPOLIS	**SP**		

FATURA / DUPLICATA

Num.	001	Num.	002
Venc.	11/11/2020	Venc.	18/11/2020
Valor	R$ 1.765,41	Valor	R$ 1.765,41

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLC. DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLC. ICMS S.T.	VALOR DO ICMS SUBST.	V. IMP. IMPORTAÇÃO	V. ICMS UF REMET.	V. FCP UF DEST.	VALOR DO PIS	V. TOTAL PRODUTOS
3.530,82	**429,32**	**0, 00**	**0, 00**	**0, 00**	**0, 00**	**0, 00**	**0, 00**	**3.530,82**
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS	VALOR TOTAL IPI	V. ICMS UF DEST.	V. TOT. TRIB.	VALOR DA COFINS	V. TOTAL DA NOTA
0, 00	**0, 00**	**0, 00**	**0, 00**	**0, 00**	**0, 00**	**0, 00**	**0, 00**	**3.530,82**

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ / CPF
ATIVA DISTRIBUICAO E LOGISTICA LTDA	**0-Por conta do Rem**				**01.125.797/0007-01**
ENDEREÇO	MUNICÍPIO			UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
RUA SALVADOR RODRIGUES PRADO, 200	**SAO PAULO**			**SP**	**149529966118**

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
4	**CAIXA**			**12,410**	**12,410**

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	O/CST	CFOP	UN	QUANT	VALOR UNIT	VALOR TOTAL	VALOR DESC	B.CÁLC ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQ. ICMS	ALÍQ. IPI
23523	QUETIAPINA(C1) 25MG 30CP REV.GEN-EMS (PORT.344/98) LT 1W5505 (17) 08/2022 (Fornecedor: 335, Lote: 1W5505, Qtde: 17 ,Data Fab: 01/08/2020, Data Val: 31/08/2022) Lote: 1W5505 Quant: 17.000 Fab: 01/08/2020 Val: 31/08/2022	30049079	500	5102	CX	17,0000	4,7800	81,26	0,00	81,26	9,75		12,00	
22773	MEROPENEM 1G 25FAM GEN-BIOCHIMICO LT 009035 (2) 07/2022 (Fornecedor: 15111, Lote: 009035, Qtde: 2 ,Data Fab: 01/08/2020, Data Val: 31/07/2022) Lote: 009035 Quant: 2.000 Fab: 01/08/2020 Val: 31/07/2022	30042099	400	5102	CX	2,0000	521,2450	1.042,49	0,00	1.042,49	125,10		12,00	
12988	OXACILINA(OXACILIL) 500MG 50FAM-NOVAFARMA LT 78PA0053 (1) 01/2022 (Fornecedor: 2681, Lote: 78PA0053, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/01/2020, Data Val: 31/01/2022) Lote: 78PA0053 Quant: 1.000 Fab: 01/01/2020 Val: 31/01/2022	30041019	000	5102	CX	1,0000	91,6600	91,66	0,00	91,66	16,50		18,00	
14765	BROMOPRIDA 10MG 50AMP 2ML GEN-NOVAFARMA LT 78NI3399 (3) 09/2021 (Fornecedor: 1901, Lote: 78NI3399, Qtde: 3 ,Data Fab: 02/09/2019, Data Val: 02/09/2021) Lote: 78NI3399 Quant: 3.000 Fab: 02/09/2019 Val: 02/09/2021	30049045	000	5102	CX	3,0000	48,5000	145,50	0,00	145,50	17,46		12,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	RESERVADO AO FISCO
LOCAL DE ENTREGA : 45349461000102-AV.DR.RAUL DA CUNHA BUENO,585, 585 - MIRANDOPOLIS MIRANDOPOLIS - SP Inf. Contribuinte: #R1V1R2V1R7V2UTI MIRANDOPOLIS - CONVENIO 0107/2017 Pedido: 129132 End. Entrega: AV.DR.RAUL DA CUNHA BUENO,585 , MIRANDOPOLIS - 16800-000, MIRANDOPOLIS-SP - Horario : COMERCIAL Empresa credenciada no Regime Especial de Distribuidor Hospitalar 036035/2018 nos termos da Portaria CAT 116/2017 Setor de Cobranca: (11)4934-1669 / 4934-1673 / 4934-1671 QUALQUER INCONFORMIDADE NA ENTREGA, ENTRE IMEDIATAMENTE EM CONTATO COM NOSSO POS-VENDAS NO NUMERO (11) 4934-1703 Rota....: 2 Cubagem: 0,06 Email do Destinatário: ebatista@ahbb.org.br	

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

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

SUPERMED COM. E IMP. DE PROD. MED. E HOSPIT. LTDA
Avenida Tower Automotive - Galpao 26, 300
Laranja Azeda - 07430-350
ARUJA - SP Fone/Fax: 1149341700

DANFE

Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA **1**

Nº. 000.128.945
Série 001
Folha 2/2

CHAVE DE ACESSO
3520 1011 2060 9900 0441 5500 1000 1289 4510 0005 7402

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO	PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
Venda de Merc.Adq.de Terc.	**135200924657261 - 14/10/2020 15:29:17**

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCRIÇÃO MUNICIPAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.	CNPJ
188070970117			**11.206.099/0004-41**

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	O/CST	CFOP	UN	QUANT	VALOR UNIT	VALOR TOTAL	VALOR DESC	B.CÁLC ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQ. ICMS	ALÍQ. IPI
12083	NOREPINEFRINA 2MG/ML 50AMP 4ML GEN-HIPOLABOR LT AB-092/20 (1) 08/2022 (Fornecedor: 1898, Lote: AB-092/20, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/09/2020, Data Val: 31/08/2022) Lote: AB-092/20 Quant: 1.000 Fab: 01/09/2020 Val: 31/08/2022	30049099	000	5102	CX	1,0000	490,3100	490,31	0,00	490,31	58,84		12,00	
12157	DEXAMETASONA 4MG 100AMP 2,5ML GEN-FARMACE LT DX20G104 (1) 07/2022 (Fornecedor: 2385, Lote: DX20G104, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/08/2020, Data Val: 31/07/2022) Lote: DX20G104 Quant: 1.000 Fab: 01/08/2020 Val: 31/07/2022	30039099	000	5102	CX	1,0000	126,0000	126,00	0,00	126,00	15,12		12,00	
21615	BISACODIL(DUCODIL) 5MG 20CPR-CIMED LT 2007682 (1) 03/2022 (Fornecedor: 1666, Lote: 2007682, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/03/2020, Data Val: 31/03/2022) Lote: 2007682 Quant: 1.000 Fab: 01/03/2020 Val: 31/03/2022	30039079	000	5102	CX	1,0000	2,0000	2,00	0,00	2,00	0,36		18,00	
5477	CEFTRIAXONA 1G 1FAM+DIL IM GEN-EUROFARMA LT 645153A (146) 10/2021 \ LT 672756A (4) 04/2022 (Fornecedor: 2164, Lote: 645153A, Qtde: 146 ,Data Fab: 17/10/2019, Data Val: 17/10/2021 / Fornecedor: 2164, Lote: 672756A, Qtde: 4 ,Data Fab: 01/04/2020, Data Val: 30/04/2022) Lote: 645153A Quant: 146.000 Fab: 17/10/2019 Val: 17/10/2021 Lote: 672756A Quant: 4.000 Fab: 01/04/2020 Val: 30/04/2022	30042059	000	5102	FAM	150,0000	10,3440	1.551,60	0,00	1.551,60	186,19		12,00	

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

03/12/2020 - BANCO DO BRASIL - 18:10:19
679006790 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

BANCO DO BRASIL

00190000090171153600100850563172884440000160393
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	111.609
NOSSO NUMERO	17115360000850563
CONVENIO	01711536
DATA DE VENCIMENTO	19/11/2020
DATA DO PAGAMENTO	16/11/2020
VALOR DO DOCUMENTO	1.603,93
VALOR COBRADO	1.603,93

NR.AUTENTICACAO C.068.991.F4D.0AE.85A

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

identific. ão do emitente

Rioclarense

COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA
PC EMILIO MARCONATO 1000 - NUCLEO RESIDENCIAL DOUTOR JOAO ALDO NASSIF - JAGUARIUNA - SP
CEP 13916-074 - 1935225800

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA [1]

Nº. 1353560 FL 1 / 1
SÉRIE 1

CHAVE DE ACESSO
3520 1067 7291 7800 0491 5500 1001 3535 6010 5905 7980

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO	PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
VENDA DENTRO ESTADO	135200891788655 05/10/2020 20:32:44

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCR. EST. SUBS. TRIBUTÁRIO	CNPJ
395060142110		67.729.178/0004-91

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL			CNPJ / CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL			45.349.461/0001-02	05/10/2020
ENDEREÇO	**BAIRRO / DISTRITO**	**CEP**		**DATA DA ENTRADA/SAÍDA**
AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303	JARDIM ARIANO	16400-400		05/10/2020
MUNICÍPIO	**FONE / FAX**	**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**	**HORA DE SAÍDA**
LINS	1836591243	SP		

FATURA/DUPLICATA

FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR
1353560/1	19/11/2020	1.603,93						

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
1.603,93	288,71	0,00	0,00	1.603,93

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	1.603,93

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ
NIKKEY RIO PRETO LOG. E TRANSP. LTDA ME	0 - Por conta do emitente				15.066.184/0001-60

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
R MARIA CERON VOLPE 2260	SAO JOSE DO RIO PRETO	SP	647598751114

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
1,00	VOLUME(S)		0,00005	2,307	2,307

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / SH	CST	CFOP	UN	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	B.CALC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALIQUOTAS ICMS	ALIQUOTAS IPI
028794	MIDAZOLAM 50MG (UNIAO QUIMICA) L: 2030666 Q: 50,0000 F: 11/08/20 V: 31/08/2022 *** Portaria 344/98 B1, nFCI: 1A628A3C-5993-4228-B0DA-BE7D31D5C800	30049069	500	5102	AP	50,00	20,9114	1.045,57	1.045,57	188,20	0,00	18,00	0,00
031020	CEFTRIAXONA 1G IV (NOVAFAR/FRESEN) L: 78PE1838 Q: 50,0000 F: 30/05/20 V: 30/05/2022	30042059	000	5102	FA	50,00	11,1672	558,36	558,36	100,51	0,00	18,00	0,00

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

CÁLCULO DO ISSQN

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

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

LOCAL DE ENTREGA: 46374500001247-AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Municipio: MIRANDOPOLIS CEP: 16800000 UF: SP Pais: BRASIL. PREZADO CLIENTE, FAVOR CONFERIR NO ATO DA ENTREGA - NAO ACEITAREMOS RECLAMACOES APOS 48hs DO RECEBIMENTO. DATA ENTREGA: 06/10/2020 Pedido: 1733135 Autorizacao de Compra(Pedido Cliente): 1733135 *** O pagamento devera ser realizado atraves do boleto anexo a nota fiscal, caso nao receba entre em contato atraves do e-mail boletos@rioclarense.com.br ou no telefone (19)3522-5800, Setor de Cobranca Privado. AFE: 1.04397-7 ** AE: 1.22375-2 ** ASS: 1302/16 Validade: 23/01/2021 MODAL: RODOVIARIO / TIPO ENTREGA: EXPRESSA LOCAL DE ENTREGA: Endereço: AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Municipio: MIRANDOPOLIS CEP: 16800000 UF: SP Pais: BRASIL(Código Interno Emitente: 4768 Nome Fantasia: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL) LOCAL DE ENTREGA: AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Municipio: MIRANDOPOLIS UF: SP Pais: BRASIL

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 06 / 10 / 2020
ASS.

03/12/2020 - BANCO DO BRASIL - 18:10:20
679006790 0002

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

BANCO COOPERATIVO SICREDI S.A.

74891116205358643021602213581024984450000018990
BENEFICIARIO:
F B BABETO ME
NOME FANTASIA:
F B BABETO ME
CNPJ: 14.508.613/0001-49
BENEFICIARIO FINAL:
F B BABETO ME
CNPJ: 14.508.613/0001-49
PAGADOR:
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE D
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	111.610
DATA DE VENCIMENTO	20/11/2020
DATA DO PAGAMENTO	16/11/2020
VALOR DO DOCUMENTO	189,90
DESCONTO/ABATIMENTO	10,00
VALOR COBRADO	179,90

NR.AUTENTICACAO D.E4E.1F9.82C.2D6.F4D

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 Mirandopolis
Tipo de Despesa: Custeio

F.B. BABETO ME

RUA NOVE DE JULHO, 784 - CEP:16800-000-Mirandopolis(SP)

IE : 449019473114 CNPJ 14.508.613/0001-49

Nota Fiscal de Serviço de

Modelo 21 - Série 95

Nº 000000010 Emissão: 03/11/2020

Tomador dos serviços/Destinatário das mercadorias

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO

RUA DRº RAUL DA CUNHA BUENO Nº 585

16800-000 CENTRO Mirandópolis SP

Nº de Referencia: 02825

CNPJ/CPF: 45349461000102

Inscrição Estadual ISENTO

Base do Cálculo do ICMS	ICMS	Isenta e Não Tributada	Outros	Valor Total
0,00	0,00	189,90	0,00	189,90

Chave de Codificação Digital	Situação do documento fiscal
3d56.538a.8c48.4c6c.c8f6.989e.2328.6430	

SEQ.	DESCRIÇÃO DOS SERVICOS / PRODUTOS	VALOR TOTAL	BASE DE CÁLCULO ICMS	ALIQUOTA ICMS
1	FNET FIBRA EMPRESARIAL 600 (DW400/UP200)	189,90	0,00	0,00

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

16/11

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
03/12/2020 - AUTOATENDIMENTO - 18.10.20
6790306790 SEGUNDA VIA 0007
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	10/2020
IDENTIFICADOR	45349461000889
DATA DO PAGAMENTO	16/11/2020
VALOR DO INSS	4.081,45
VALOR OUTRAS ENTIDADES	0,00
VALOR ATM/JUROS/MULTA	0,00
VALOR TOTAL	4.081,45

DOCUMENTO: 111611
AUTENTICACAO SISBB: F.A09.55F.61F.298.EA0

******** VIA EMPREGADOR ********

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
03/12/2020 - AUTOATENDIMENTO - 18.10.20
6790306790 SEGUNDA VIA 0007
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	10/2020
IDENTIFICADOR	45349461000889
DATA DO PAGAMENTO	16/11/2020
VALOR DO INSS	4.081,45
VALOR OUTRAS ENTIDADES	0,00
VALOR ATM/JUROS/MULTA	0,00
VALOR TOTAL	4.081,45

DOCUMENTO: 111611
AUTENTICACAO SISBB: F.A09.55F.61F.298.EA0

******** VIA CONTRIBUINTE ********

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

Mia

MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - MPS
INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS
SECRETARIA DA RECEITA PREVIDENCIÁRIA - SRP

PREVIDÊNCIA SOCIAL

GUIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - GPS

3 - CÓDIGO DE PAGAMENTO		2305
4 - COMPETÊNCIA		10/2020
5 - IDENTIFICADOR		45.349.461/0008-89
6 - VALOR DO INSS		4.081,45
7 -		
8 -		
9 - VALOR OUTRAS ENTIDADES		0,00
10 - ATM/MULTA E JUROS		0,00
11 - TOTAL		4.081,45

1 - NOME OU RAZÃO SOCIAL / FONE / ENDEREÇO
CNPJ 45.349.461/0008-89
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303 SALA 08
JARDIM ARIANO
LINS SP
CEP 16400-400

2 - VENCIMENTO (Uso exclusivo INSS) 20/11/2020

ATENÇÃO: É vedada a utilização de GPS para recolhimento de receita de valor inferior ao estipulado em resolução publicada pelo INSS. A receita que resultar valor inferior deverá ser adicionada à contribuição ou importância correspondente nos meses subsequentes, até que o total seja igual ou superior ao valor mínimo fixado.

AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA

1ªVia-INSS -2ªVia CONTRIBUINTE

MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - MPS
INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS
SECRETARIA DA RECEITA PREVIDENCIÁRIA - SRP

PREVIDÊNCIA SOCIAL

GUIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - GPS

3 - CÓDIGO DE PAGAMENTO		2305
4 - COMPETÊNCIA		10/2020
5 - IDENTIFICADOR		45.349.461/0008-89
6 - VALOR DO INSS		4.081,45
7 -		
8 -		
9 - VALOR OUTRAS ENTIDADES		0,00
10 - ATM/MULTA E JUROS		0,00
11 - TOTAL		4.081,45

1 - NOME OU RAZÃO SOCIAL / FONE / ENDEREÇO
CNPJ 45.349.461/0008-89
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303 SALA 08
JARDIM ARIANO
LINS SP
CEP 16400-400

2 - VENCIMENTO (Uso exclusivo INSS) 20/11/2020

ATENÇÃO: É vedada a utilização de GPS para recolhimento de receita de valor inferior ao estipulado em resolução publicada pelo INSS. A receita que resultar valor inferior deverá ser adicionada à contribuição ou importância correspondente nos meses subsequentes, até que o total seja igual ou superior ao valor mínimo fixado.

AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA

1ªVia-INSS -2ªVia CONTRIBUINTE

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

RELAÇÃO DE BASES DO INSS

Código	Nome do empregado	Base cálculo	Excedente	Ded.sal.mat.13	Deduções	Taxa	Valor
EMPREGADOS							
2329	ALCIONE BOGAZ	1.871,00	0,00	0,00	0,00	8,16	152,71
2163	ALESSANDRA DE CASSIA MARDEGAN	3.471,40	0,00	0,00	0,00	9,94	344,93
2122	ANA AUGUSTA FELICIANI NOGUEIRA	2.151,11	0,00	0,00	0,00	8,36	179,76
2123	ANA PAULA AZEVEDO ZANATTA	1.871,00	0,00	0,00	0,00	8,16	152,71
2445	ANA PAULA DOS SANTOS SILVA	1.830,34	0,00	0,00	0,00	8,14	149,05
2336	BIANCA CAETANO COSTA	2.757,41	0,00	0,00	0,00	9,16	252,51
2977	BRUNA BERALDO FERRANTE	3.038,36	0,00	0,00	0,00	9,42	286,23
2125	CATIA FERNANDA FERRAZ	1.850,67	0,00	0,00	0,00	8,15	150,88
2752	CRISTIANE PASCOALETO VENDRAME	1.606,71	0,00	0,00	0,00	8,02	128,92
2772	DANIELA DOS SANTOS DE OLIVEIRA	1.846,75	0,00	0,00	0,00	8,15	150,52
2126	DEBORA CRISTINA LOCHE	1.625,79	0,00	0,00	0,00	8,04	130,64
2132	DENISE PRISCILA ANCILOTTO LISBOA DE SOUZA	1.869,28	0,00	0,00	0,00	8,16	152,55
2134	EDILAINE MUNHOZ MAQUEA	1.788,56	0,00	0,00	0,00	8,12	145,29
2135	EDILENE MANOEL	1.606,71	0,00	0,00	0,00	8,02	128,92
2136	ELAINE CRISTINA DIAS BORGES	1.606,71	0,00	0,00	0,00	8,02	128,92
2992	ELIANA CRISTINA RODRIGUES	1.606,95	0,00	0,00	0,00	8,02	128,94
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	1.891,33	0,00	0,00	0,00	8,17	154,53
2146	KELLY CRISTINA RAMOS ROCHA	1.606,71	0,00	0,00	0,00	8,02	128,92
2771	LAIS MARANI SILVA	3.379,97	0,00	0,00	2.823,09	10,62	332,12
2147	LETICIA MAIARA DOS SANTOS FERRAZ	1.606,71	0,00	0,00	0,00	8,02	128,92
2148	LUCAS CARVALHO DOS SANTOS	1.769,35	0,00	0,00	0,00	8,11	143,56
2149	MAIRA TEIXEIRA DE CASTRO	1.606,71	0,00	0,00	0,00	8,02	128,92
2129	MARCIA MAIARA POSSENTI	1.451,33	0,00	0,00	0,00	7,92	114,93
3021	MAURO CELSO CHIAVELLI	3.257,41	0,00	0,00	0,00	9,67	314,97
2721	NATALIA PAZINATO DA SILVA	1.606,71	0,00	0,00	0,00	8,02	128,92
2154	NATALIA XAVIER NASCIMENTO OLIVEIRA	3.480,81	0,00	0,00	0,00	9,95	346,24
2153	PATRICIA ADRIANA FERREIRA	2.548,88	0,00	0,00	0,00	8,93	227,49
2164	PATRICIA MICHELE DE ALMEIDA	1.606,71	0,00	0,00	0,00	8,02	128,92
2155	PRISCILA SANTOS LEITE DE ALMEIDA	3.979,84	0,00	0,00	0,00	10,46	416,11
2128	REGINA LEIA PARRO RODRIGUES DE SOUSA	1.660,45	0,00	0,00	0,00	8,06	133,76
2157	RICARDO DE CARVALHO	1.869,05	0,00	0,00	0,00	8,16	152,53
3807	SAMIR BISPO DOS SANTOS	267,78	0,00	0,00	0,00	7,50	20,08
2839	SONIA DOS SANTOS ROCHA	1.871,29	0,00	0,00	0,00	8,16	152,73
33	THAIS BOARETO DA SILVA	4.620,04	0,00	0,00	0,00	10,95	505,73
2799	VALERIA CRISTINA DE SOUZA DA CRUZ	1.606,72	0,00	0,00	0,00	8,02	128,92
	Empregados: 38	Total: 78.528,90	0,00	0,00	2.823,09		6.904,54
	Contribuintes: 0	Total: 0,00	0,00	0,00	0,00		0,00
	Total: 38	Total: 78.528,90	0,00	0,00	2.823,09		6.904,54

Resumo Geral das bases de INSS

	Base cálculo	Excedente	Segurados	Contribuintes	RAT	Empresa	Deduções	Terceiros	Total
Total	78.528,90	0,00	6.904,54	0,00	0,00	0,00	2.823,09	0,00	4.081,45

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

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
03/12/2020 - AUTOATENDIMENTO - 18.10.20
6790306790 SEGUNDA VIA 0002

COMPROVANTE DE PAGAMENTO

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

AG. ARRECADADOR	
CNC 001 - 6790 - BILAC	SP
CODIGO DE BARRAS	85600000005 57440064032
	51453494610 00105610305
DATA DO PAGAMENTO	16/11/2020
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	557,44

DOCUMENTO: 111612
AUTENTICACAO SISBB: 1.B9F.32E.BC8.441.7BA

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

Aprovado pela IN/RFB nº 736/2007 — 1ª Via

MINISTÉRIO DA FAZENDA
SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL
Documento de Arrecadação de Receitas Federais

DARF

02 PERÍODO DE APURAÇÃO	31/10/2020
03 NÚMERO DO CPF OU CNPJ	45.349.461/0001-02
04 CÓDIGO DA RECEITA	0561
05 NÚMERO DE REFERÊNCIA	
06 DATA DE VENCIMENTO	20/11/2020
07 VALOR DO PRINCIPAL	557,44
08 VALOR DA MULTA	0,00
09 VALOR DOS JUROS E / OU ENCARGOS DL - 1.025/69	0,00
10 VALOR TOTAL	557,44

01 NOME / TELEFONE
ASSOC HOSP BENEFICENTE DO BRASIL
16 3374-8438

DARF IRRF 10 2020 UTI MIR ANDOPOLIS

DARF válido para pagamento até 20/11/2020

Domicilio tributário do contribuinte:
LINS

NÃO RECEBER COM RASURAS

Auto Atendimento Versão 5.59.71.6643 - opção 1 - DLL versão 1.4

85600000005-4 57440064032-6 51453494610-8 00105610305-2

11 AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1ª e 2ª vias)

cortar nesta linha

Aprovado pela IN/RFB nº 736/2007 — 2ª Via

MINISTÉRIO DA FAZENDA
SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL
Documento de Arrecadação de Receitas Federais

DARF

02 PERÍODO DE APURAÇÃO	31/10/2020
03 NÚMERO DO CPF OU CNPJ	45.349.461/0001-02
04 CÓDIGO DA RECEITA	0561
05 NÚMERO DE REFERÊNCIA	
06 DATA DE VENCIMENTO	20/11/2020
07 VALOR DO PRINCIPAL	557,44
08 VALOR DA MULTA	0,00
09 VALOR DOS JUROS E / OU ENCARGOS DL - 1.025/69	0,00
10 VALOR TOTAL	557,44

01 NOME / TELEFONE
ASSOC HOSP BENEFICENTE DO BRASIL
16 3374-8438

DARF IRRF 10 2020 UTI MIR ANDOPOLIS

DARF válido para pagamento até 20/11/2020

Domicilio tributário do contribuinte:
LINS

NÃO RECEBER COM RASURAS

Auto Atendimento Versão 5.59.71.6643 - opção 1 - DLL versão 1.4

85600000005-4 57440064032-6 51453494610-8 00105610305-2

11 AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1ª e 2ª vias)

cortar nesta linha

DARF emitido em duas vias. Recorte nas linhas pontilhadas e efetue o pagamento na rede bancária autorizada.

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

RELAÇÃO DAS BASES DO IRRF

Código	Nome do empregado	Tipo	Base cálculo	Abatimentos	Dependentes	ND	Taxa	Dedução	Valor IRRF
Período: 01/10/2020 a 31/10/2020									
EMPREGADOS									
2329	ALCIONE BOGAZ	Mensal 09/20	1.891,33	154,53	189,59	1	0,00	0,00	0,00
2478	ALESSANDRA AGUIAR SALESSE FARIAS	Rescisão	2.968,46	713,08	379,18	2	0,00	0,00	0,00
2478	ALESSANDRA AGUIAR SALESSE FARIAS	13o Resc.	2.605,99	234,34	379,18	2	7,50	142,80	6,64
2163	ALESSANDRA DE CASSIA MARDEGAN	Mensal 09/20	3.202,22	307,24	0,00	0	15,00	354,80	79,45
2122	ANA AUGUSTA FELICIANI NOGUEIRA	Mensal 09/20	1.647,37	132,58	379,18	2	0,00	0,00	0,00
2123	ANA PAULA AZEVEDO ZANATTA	Mensal 09/20	1.871,00	152,71	0,00	0	0,00	0,00	0,00
2445	ANA PAULA DOS SANTOS SILVA	Mensal 09/20	1.909,25	156,15	568,77	3	0,00	0,00	0,00
2336	BIANCA CAETANO COSTA	Mensal 09/20	2.964,22	277,33	189,59	1	7,50	142,80	44,50
2977	BRUNA BERALDO FERRANTE	Mensal 09/20	2.905,68	270,30	0,00	0	7,50	142,80	54,85
2125	CATIA FERNANDA FERRAZ	Mensal 09/20	1.849,53	150,77	189,59	1	0,00	0,00	0,00
2752	CRISTIANE PASCOALETO VENDRAME	Mensal 09/20	1.627,04	130,75	189,59	1	0,00	0,00	0,00
2772	DANIELA DOS SANTOS DE OLIVEIRA	Mensal 09/20	1.891,35	154,54	0,00	0	0,00	0,00	0,00
2126	DEBORA CRISTINA LOCHE	Mensal 09/20	1.643,12	132,20	0,00	0	0,00	0,00	0,00
2132	DENISE PRISCILA ANCILOTTO LISBOA DE	Mensal 09/20	1.025,02	76,87	379,18	2	0,00	0,00	0,00
2134	EDILAINE MUNHOZ MAQUEA	Mensal 09/20	100,48	12,06	0,00	0	0,00	0,00	0,00
2135	EDILENE MANOEL	Mensal 09/20	1.606,71	128,92	189,59	1	0,00	0,00	0,00
2136	ELAINE CRISTINA DIAS BORGES	Mensal 09/20	1.627,04	130,75	0,00	0	0,00	0,00	0,00
2992	ELIANA CRISTINA RODRIGUES	Mensal 09/20	1.647,62	132,60	189,59	1	0,00	0,00	0,00
2137	GISLAINE MACHADO MORABITO	Mensal 09/20	1.606,71	128,92	379,18	2	0,00	0,00	0,00
2127	ISADORA MORAIS DE CASTRO SANTOS	Mensal 09/20	1.417,82	111,92	0,00	0	0,00	0,00	0,00
2130	IZABEL CRISTINA DE SOUZA	Mensal 09/20	1.417,82	111,92	0,00	0	0,00	0,00	0,00
2139	JOSE LOPES DE OLIVEIRA	Mensal 09/20	1.871,00	152,71	379,18	2	0,00	0,00	0,00
2146	KELLY CRISTINA RAMOS ROCHA	Mensal 09/20	1.647,37	132,58	0,00	0	0,00	0,00	0,00
2771	LAIS MARANI SILVA	Mensal 09/20	3.257,41	314,97	189,59	1	7,50	142,80	63,66
2771	LAIS MARANI SILVA	Férias	4.176,55	443,65	189,59	1	15,00	354,80	176,70
2147	LETICIA MAIARA DOS SANTOS FERRAZ	Mensal 09/20	1.728,69	139,90	0,00	0	0,00	0,00	0,00
2148	LUCAS CARVALHO DOS SANTOS	Mensal 09/20	101,65	12,20	0,00	0	0,00	0,00	0,00
2149	MAIRA TEIXEIRA DE CASTRO	Mensal 09/20	1.606,71	128,92	0,00	0	0,00	0,00	0,00
2129	MARCIA MAIARA POSSENTI	Mensal 09/20	1.451,33	114,93	0,00	0	0,00	0,00	0,00
2129	MARCIA MAIARA POSSENTI	Férias	1.935,11	158,47	0,00	0	0,00	0,00	0,00
3021	MAURO CELSO CHIAVELLI	Mensal 09/20	3.257,41	314,97	0,00	0	15,00	354,80	86,57
2721	NATALIA PAZINATO DA SILVA	Mensal 09/20	1.667,70	134,41	0,00	0	0,00	0,00	0,00
2154	NATALIA XAVIER NASCIMENTO OLIVEIRA	Mensal 09/20	1.452,85	115,07	0,00	0	0,00	0,00	0,00
2153	PATRICIA ADRIANA FERREIRA	Mensal 09/20	1.869,86	152,60	0,00	0	0,00	0,00	0,00
2164	PATRICIA MICHELE DE ALMEIDA	Mensal 09/20	1.606,71	128,92	189,59	1	0,00	0,00	0,00
2164	PATRICIA MICHELE DE ALMEIDA	Férias	2.142,28	178,70	189,59	1	0,00	0,00	0,00
2155	PRISCILA SANTOS LEITE DE ALMEIDA	Mensal 09/20	2.757,41	252,51	0,00	0	7,50	142,80	45,07
2128	REGINA LEIA PARRO RODRIGUES DE SOL	Mensal 09/20	1.660,45	133,76	189,59	1	0,00	0,00	0,00
2157	RICARDO DE CARVALHO	Mensal 09/20	1.871,00	152,71	0,00	0	0,00	0,00	0,00
2839	SONIA DOS SANTOS ROCHA	Mensal 09/20	642,78	48,20	0,00	0	0,00	0,00	0,00
33	THAIS BOARETO DA SILVA	Mensal 09/20	462,60	81,28	0,00	0	0,00	0,00	0,00
33	THAIS BOARETO DA SILVA	Férias	117,95	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0,00
2799	VALERIA CRISTINA DE SOUZA DA CRUZ	Mensal 09/20	1.627,05	130,75	379,18	2	0,00	0,00	0,00
		Total:	78.337,65	7.222,69					557,44
Empregados:	43 Estagiários: 0 Contribuintes: 0	Total:	78.337,65	7.222,69	5.308,52				557,44
Total Geral:									
Empregados:	38 Estagiários: 0 Contribuintes: 0	Total:	78.337,65	7.222,69	5.308,52				557,44

Resumo Geral IRRF

Cód. de Recolhimento	Periodicidade	Valores Acum. Comp. Ant.		Valor a Recolher	Valor a Compensar	Valor a Pagar	Valor a Acumular
Todos		09/2020	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0561	Mensal	09/2020	0,00	57.657,04	0,00	57.657,04	0,00
0588	Mensal	09/2020	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Totalizador				57.657,04	0,00	57.657,04	0,00

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

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
03/12/2020 - AUTOATENDIMENTO - 18.10.20
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$ 102,59
DEBITO EM: 16/11/2020

DOCUMENTO: 111613
AUTENTICACAO SISBB: 9.358.D31.26D.A75.FCE

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA

NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFS-e

RPS Nº 278604158960 Série A, emitido em 03/11/2020

20201112u20617386000192

Número da Nota	Data e Hora de Emissão	Código de Verificação
00025158	**03/11/2020 09:10:54**	**NLRJ-A5IK**

PRESTADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ: **20.617.386/0001-92** Inscrição Municipal: **5.046.020-0**

Nome/Razão Social: **AUTOMATIZAÇÕES SECULO XXI TRATAMENTO DE DADOS LTDA - EPP**

Endereço: **R Martins Fontes 230, 7° e 9° ANDAR - Centro - CEP: 01050-000**

Município: **São Paulo** UF: **SP**

TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome/Razão Social: **ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL**

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

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

Município: **Lins** UF: **SP** E-mail: -----

INTERMEDIÁRIO DE SERVIÇOS

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

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Prestação de serviços do uso da plataforma PONTOTEL, que é um software padrão, não customizado
Não há aplicação de retenção, seja IRRF ou CSRF
Obs: Vencimento conforme boleto emitido

VALOR TOTAL DO SERVIÇO = R$ 1.562,00

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

Código do Serviço

02800 - Licenciamento ou cessão de direito de uso de programas de computação, inclusive distribuição.

Valor Total das Deduções (R$)	Base de Cálculo (R$)	Alíquota (%)	Valor do ISS (R$)	Crédito (R$)
0,00	**1.562,00**	**2,90%**	**45,29**	**0,00**

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

OUTRAS INFORMAÇÕES

(1) Esta NFS-e foi emitida com respaldo na Lei nº 14.097/2005; (2) Esta NFS-e substitui o RPS Nº 278604158960 Série A, emitido em 03/11/2020; (3) Data de vencimento do ISS desta NFS-e: 10/12/2020;

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

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
03/12/2020 - AUTOATENDIMENTO - 18.10.20
6790306790 SEGUNDA VIA 0003

COMPROVANTE DE PAGAMENTO

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE DARF/DARF SIMPLES

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

AGENTE ARRECADADOR	
CNC 001 - 6790 - AGENCIA BILAC	SP
CODIGO DE BARRAS	---------- ----------
	---------- ----------
DATA DO PAGAMENTO	19/11/2020
PERIODO DE APURACAO	31/10/2020
NUMERO DO CPNJ	45.349.461/0001-02
CODIGO DA RECEITA	5952
NUMERO DE REFERENCIA	----------
DATA DO VENCIMENTO	20/11/2020
RECEITA BRUTA ACUMULADA	----------
PERCENTUAL	----------
VALOR DO PRINCIPAL	5.151,65
VALOR DA MULTA	----------
VALOR DOS JUROS	----------
VALOR TOTAL	5.151,65

AUTENTICACAO SISBB: A.86B.F7A.610.4EE.F5F

Modelo Aprovado pela SRF - ADE
Conjunto Corat/Cotec n. 001,DE 2006

DOCUMENTO: 111901

Mina

PCC

1a. via

MINISTÉRIO DA FAZENDA
SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL
Documento de Arrecadação de Receitas Federais

DARF

02 PERÍODO DE APURAÇÃO →	31/10/2020
03 NÚMERO DO CPF OU CNPJ →	45.349.461/0001-02
04 CÓDIGO DA RECEITA →	5952
05 NÚMERO DE REFERÊNCIA →	
06 DATA DE VENCIMENTO →	20/11/2020
07 VALOR DO PRINCIPAL →	5.151,65
08 VALOR DA MULTA →	0,00
09 VALOR DOS JUROS E / OU ENCARGOS DL - 1.025/69 →	0,00
10 VALOR TOTAL →	5.151,65
11 AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1a. e 2a. vias)	

01 NOME / RAZÃO SOCIAL

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

Data limite para acolhimento: **20/11/2020**

Observações:

Sicalc Contribuinte - 6643 - SP

SENDA (Versão:4.9.3) 17/11/2020 09:32:32

2a. via

MINISTÉRIO DA FAZENDA
SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL
Documento de Arrecadação de Receitas Federais

DARF

02 PERÍODO DE APURAÇÃO →	31/10/2020
03 NÚMERO DO CPF OU CNPJ →	45.349.461/0001-02
04 CÓDIGO DA RECEITA →	5952
05 NÚMERO DE REFERÊNCIA →	
06 DATA DE VENCIMENTO →	20/11/2020
07 VALOR DO PRINCIPAL →	5.151,65
08 VALOR DA MULTA →	0,00
09 VALOR DOS JUROS E / OU ENCARGOS DL - 1.025/69 →	0,00
10 VALOR TOTAL →	5.151,65
11 AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1a. e 2a. vias)	

01 NOME / RAZÃO SOCIAL

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

Data limite para acolhimento: **20/11/2020**

Observações:

Sicalc Contribuinte - 6643 - SP

SENDA (Versão:4.9.3) 17/11/2020 09:32:32

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

19/11 1
2 11

DATA DO DOCUMENTO	NF	CREDOR	Valor	ISS	IRRF	PCC		TOTAL IMP.	TOT. LIQUIDO
08/10/2020	347	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
25/09/2020	51798	Laboratório São Paulo Analises Clinicas Ltda	R$ 3.388,24	R$ -	R$ 50,82	R$ 157,55		R$ 208,38	R$ 3.179,86
			R$ -	R$ -	R$ -	R$ -		R$ -	R$ -
TOTAL			**R$ 110.788,24**	**R$ -**	**R$ 1.661,82**	**R$ 5.151,65**	**R$ -**	**R$ 6.813,48**	**R$ 103.974,76**

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 Mirandopolis
Tipo de Despesa: Custeio

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
03/12/2020 - AUTOATENDIMENTO - 18.10.20
6790306790 SEGUNDA VIA 0002

COMPROVANTE DE PAGAMENTO

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE DARF/DARF SIMPLES

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

AGENTE ARRECADADOR	
CNC 001 - 6790 - AGENCIA BILAC	SP
CODIGO DE BARRAS	
DATA DO PAGAMENTO	19/11/2020
PERIODO DE APURACAO	31/10/2020
NUMERO DO CPNJ	45.349.461/0001-02
CODIGO DA RECEITA	1708
NUMERO DE REFERENCIA	
DATA DO VENCIMENTO	20/11/2020
RECEITA BRUTA ACUMULADA	
PERCENTUAL	
VALOR DO PRINCIPAL	1.661,82
VALOR DA MULTA	
VALOR DOS JUROS	
VALOR TOTAL	1.661,82

AUTENTICACAO SISBB: A.63B.C18.41F.10C.FC2

Modelo Aprovado pela SRF - ADE
Conjunto Corat/Cotec n. 001,DE 2006

DOCUMENTO: 111902

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

Mira

1a. via

MINISTÉRIO DA FAZENDA
SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL
Documento de Arrecadação de Receitas Federais

DARF

02 PERÍODO DE APURAÇÃO →	31/10/2020
03 NÚMERO DO CPF OU CNPJ →	45.349.461/0001-02
04 CÓDIGO DA RECEITA →	1708
05 NÚMERO DE REFERÊNCIA →	
06 DATA DE VENCIMENTO →	20/11/2020
07 VALOR DO PRINCIPAL →	1.661,82
08 VALOR DA MULTA →	0,00
09 VALOR DOS JUROS E / OU ENCARGOS DL - 1.025/69 →	0,00
10 VALOR TOTAL →	1.661,82

01 NOME / RAZÃO SOCIAL
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

Data limite para acolhimento: **20/11/2020**

Observações:

Sicalc Contribuinte - 6643 - SP

SENDA (Versão:4.9.3) 17/11/2020 08:07:13

11 AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1a. e 2a. vias)

2a. via

MINISTÉRIO DA FAZENDA
SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL
Documento de Arrecadação de Receitas Federais

DARF

02 PERÍODO DE APURAÇÃO →	31/10/2020
03 NÚMERO DO CPF OU CNPJ →	45.349.461/0001-02
04 CÓDIGO DA RECEITA →	1708
05 NÚMERO DE REFERÊNCIA →	
06 DATA DE VENCIMENTO →	20/11/2020
07 VALOR DO PRINCIPAL →	1.661,82
08 VALOR DA MULTA →	0,00
09 VALOR DOS JUROS E / OU ENCARGOS DL - 1.025/69 →	0,00
10 VALOR TOTAL →	1.661,82

01 NOME / RAZÃO SOCIAL
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

Data limite para acolhimento: **20/11/2020**

Observações:

Sicalc Contribuinte - 6643 - SP

SENDA (Versão:4.9.3) 17/11/2020 08:07:13

11 AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1a. e 2a. vias)

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

19/11/
2 11

DATA DO DOCUMENTO	NF	CREDOR	Valor	ISS	IRRF	PCC		TOTAL IMP.	TOT. LIQUIDO
08/10/2020	347	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
25/09/2020	51798	Laboratório São Paulo Analises Clinicas Ltda	R$ 3.388,24	R$ -	R$ 50,82	R$ 157,55		R$ 208,38	R$ 3.179,86
			R$ -	R$ -	R$ -	R$ -		R$ -	R$ -
TOTAL			**R$ 110.788,24**	**R$ -**	**R$ 1.661,82**	**R$ 5.151,65**	**R$ -**	**R$ 6.813,48**	**R$ 103.974,76**

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

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
03/12/2020 - AUTOATENDIMENTO - 18.10.20
6790306790 SEGUNDA VIA 0003

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE
TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

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

==========

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

FAVORECIDO: WINTER - GESTAO E CONSULTORIA MEDIC
CPF/CNPJ: 26.392.666/0001-26
VALOR: R$ 100.794,90
DEBITO EM: 20/11/2020

==========

DOCUMENTO: 112001
AUTENTICACAO SISBB: 4.7BD.AA1.A1A.D0F.5D5

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

Mia

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

Número da NFS-e
360

Data e Hora da Emissão	20/11/2020 08:44:32	Competência	20/11/2020	Código de Verificação	U7QEADVYH
Número do RPS		No. da NFS-e substituída		Local da Prestação	SAO CARLOS - SP

Prestador de Serviço

Razão Social/Nome	WINTER - GESTAO E CONSULTORIA MEDICA LTDA - EPP				
Nome Fantasia					
CNPJ/CPF	26.392.666/0001-26	Inscrição Municipal	73644	Município	SAO CARLOS - SP
Endereço e CEP	RUA PASSEIO DOS IPÊS ,320 - PARQUE FABER CASTELL I CEP: 13561-385				
Complemento	COND.TRIADE 01 - CJ.408	Telefone	3419-8647	e-mail	

Tomador de Serviço

Razão Social/Nome	ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL				
CNPJ/CPF	45.349.461/0001-02	Inscrição Municipal		Município	LINS - SP
Endereço e CEP	AVENIDA JOSÉ ARIANO RODRIGUES ,303 - JARDIM ARIANO CEP: 16400-400				
Complemento	SALA 03	Telefone		e-mail	contabilidade2@ahbb.org.br

Discriminação do Serviço

Serviços Médicos Prestados na unidade de terapia intensiva - UTI do HOSPITAL ESTADUAL "DR. OSWALDO BRANDI FARIA" de MIRANDÓPOLIS/SP
Plantonistas Coordenação/Diaristas

Convênio 0107/2017

Termo Aditivo nº 001/2020

Quantidade de plantões: 62

Referente Outubro de 2020

Código do Serviço / Atividade

7490199 / 17.24 - Outras atividades profissionais, cientificas 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 2-Não	(=) Valor do ISSQN R$	2.148,00

Avisos	1- Uma via desta Nota Fiscal será enviada através do e-mail fornecido pelo Tomador do Serviço. 2- A autenticidade desta Nota Fiscal poderá ser verificada no site, http://SaoCarlos.ginfes.com.br com a utilização do Código de Verificação.

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

20/11/21

03/12/2020 - BANCO DO BRASIL - 18:10:20
679006790 0003

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

BANCO DO BRASIL

00190000090171153600100851239178284480000104557
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	112.301
NOSSO NUMERO	17115360000851239
CONVENIO	01711536
DATA DE VENCIMENTO	23/11/2020
DATA DO PAGAMENTO	23/11/2020
VALOR DO DOCUMENTO	1.045,57
VALOR COBRADO	1.045,57

NR.AUTENTICACAO C.8C9.CF4.A80.EF5.384

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 Mirandopolis
Tipo de Despesa: Custeio

Rioclarense

COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA
PC EMILIO MARCONATO 1000 - NUCLEO RESIDENCIAL DOUTOR JOAO ALDO NASSIF - JAGUARIUNA - SP
CEP 13916-074 - 1935225800

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 – ENTRADA
1 – SAÍDA [1]

Nº. 1354448 FL 1 / 1
SÉRIE 1

CHAVE DE ACESSO
3520 1067 7291 7800 0491 5500 1001 3544 4812 7498 4828

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO	PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
VENDA DENTRO ESTADO	135200900736716 07/10/2020 15:50:57

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCR. EST. SUBS. TRIBUTARIO	CNPJ
395060142110		67.729.178/0004-91

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL			CNPJ / CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL			45.349.461/0001-02	07/10/2020
ENDEREÇO	**BAIRRO / DISTRITO**	**CEP**		**DATA DA ENTRADA/SAÍDA**
AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303	JARDIM ARIANO	16400-400		07/10/2020
MUNICÍPIO	**FONE / FAX**	**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**	**HORA DE SAÍDA**
LINS	1836591243	SP		

FATURA/DUPLICATA

FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR
1354448/1	23/11/2020	1.045,57						

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CALCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CALCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUTO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
1.045,57	188,20	0,00	0,00	1.045,57

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	1.045,57

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ
NIKKEY RIO PRETO LOG. E TRANSP.	0 - Por conta do emitente				15.066.184/0001-60
ENDEREÇO	**MUNICÍPIO**			**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**
R MARIA CERON VOLPE 2260	SAO JOSE DO RIO PRETO			SP	647598751114

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
1,00	VOLUME(S)		0,00002	0,937	0,937

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / SH	CST	CFOP	UN	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	B.CALC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTAS ICMS	ALÍQUOTAS IPI
028794	MIDAZOLAM 50MG (UNIAO QUIMICA) L: 2030666 Q: 50,0000 F: 11/08/20 V: 31/08/2022 *** Portaria 344/98 B1, nFCI: 1A628A3C-5993-4228-B0DA-BE7D31D5C800	30049069	500	5102	AP	50,00	20,9114	1.045,57	1.045,57	188,20	0,00	18,00	0,00

CÁLCULO DO ISSQN

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

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

LOCAL DE ENTREGA: 46374500001247-AV DR RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Município: MIRANDOPOLIS CEP: 16800000 UF: SP País: BRASIL. PREZADO CLIENTE, FAVOR CONFERIR NO ATO DA ENTREGA - NAO ACEITAREMOS RECLAMACOES APOS 48hs DO RECEBIMENTO. convenio 0107/2017 DATA ENTREGA: 08/10/2020 Pedido: 1734834 Autorizacao de Compra(Pedido Cliente): 1734834 *** O pagamento devera ser realizado atraves do boleto anexo a nota fiscal, caso nao receba entre em contato atraves do e-mail boletos@rioclarense.com.br ou no telefone (19)3522-5800. Setor de Cobrança Privado. AFE: 1.04397-7 ** AE: 1.22375-2 ** ASS: 1302/16 Validade: 23/01/2021 MODAL: RODOVIARIO / TIPO ENTREGA: EXPRESSA LOCAL DE ENTREGA: Endereço: AV DR RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Município: MIRANDOPOLIS CEP: 16800000 UF: SP País: BRASIL(Código Interno Emitente: 4768 Nome Fantasia: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL) LOCAL DE ENTREGA: AV DR RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Município: MIRANDOPOLIS UF: SP País: BRASIL.

RESERVADO AO FISCO

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

AHBB - UTI MIRANDOPOLIS
RECEBIDO 08/10/2020
ASS.

03/12/2020 - BANCO DO BRASIL - 18:10:20
679006790 0008

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

BANCO BRADESCO S.A.

23792401009000000545511001512208584510000064483
BENEFICIARIO:
ATIVA COMERCIAL HOSPITALAR LTDA
NOME FANTASIA:
ATIVA COMERCIAL HOSPITALAR LTDA
CNPJ: 04.274.988/0001-38
BENEFICIARIO FINAL:
ATIVA COMERCIAL HOSPITALAR LTDA
CNPJ: 04.274.988/0001-38
PAGADOR:
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE D
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	112.302
DATA DE VENCIMENTO	26/11/2020
DATA DO PAGAMENTO	23/11/2020
VALOR DO DOCUMENTO	644,83
VALOR COBRADO	644,83

NR.AUTENTICACAO C.04F.10D.B47.F50.303

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

DANFE

Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA [1]

Nº. 000.039.276
Série 001
Folha 1/1

ATIVA COMERCIAL HOSPITALAR LTDA

RUA HUMAITA, 290
SANTA CRUZ DO JOSE JACQUES - 14020-680
RIBEIRAO PRETO - SP Fone/Fax: 1639939100

CHAVE DE ACESSO
3520 1004 2749 8800 0138 5500 1000 0392 7610 1264 4610

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO	PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
VENDA	135200973608216 - 27/10/2020 12:51:51

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.	CNPJ / CPF
582596876113		04.274.988/0001-38

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL			CNPJ / CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL (13378-164)			45.349.461/0001-02	27/10/2020
ENDEREÇO	**BAIRRO / DISTRITO**		**CEP**	**DATA DA SAÍDA/ENTRADA**
AVENIDA JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 - SALA 03	JARDIM ARIANO		16400-400	
MUNICÍPIO	**UF**	**FONE / FAX**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**	**HORA DA SAÍDA/ENTRADA**
LINS	SP	1836591411		

INFORMAÇÕES DO LOCAL DE ENTREGA

NOME / RAZÃO SOCIAL		CNPJ / CPF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL (13378-164)		45.349.461/0001-02	
ENDEREÇO	**BAIRRO / DISTRITO**		**CEP**
Dr Raul da Cunha Bueno, 585	16800-000*CENTRO		16800-000
MUNICÍPIO	**UF**	**FONE / FAX**	
MIRANDOPOLIS	SP		

FATURA / DUPLICATA

Num.	001
Venc.	26/11/2020
Valor	R$ 644,83

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE CÁLC.ICMS	VALOR DO ICMS	VALOR DO ICMS-FCP	BASE CÁLC.ICMS S.T.	VALOR ICMS S.T.	VALOR ICMS S.T-FCP	TOTAL PRODUTOS
644,83	98,07	0,00	0,00	0,00	0,00	644,83
VALOR DO FRETE	**VALOR DO SEGURO**	**DESCONTO**	**OUTRAS DESPESAS**	**VALOR TOTAL IPI**	**VALOR IMPORTAÇÃO**	**TOTAL DA NOTA**
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	644,83

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ / CPF
QUALITY TRANSPORTES E ENTREGAS RAPIDAS LTDA - EPP	0-Remetente				06.321.409/0001-96
ENDEREÇO		**MUNICÍPIO**		**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**
AVENIDA HENRY FORD -,1153		SAO PAULO		SP	148923420116

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
2	Volumes			3,800	3,260

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	O/CST	CFOP	UN	QUANT	VALOR UNIT	VALOR TOTAL	B.CALC ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALIQ ICMS	ALIQ IPI
30741	CLONAZEPAM 2MG (GEN) CT C/ 30 CP/EMS/B1 G+ PMC: 0.51 Lote: 1U7070 Qtd: 210 Fab: 19/05/2020 Val: 19/05/2022	30049069	500	5102	CP	210	0,0600	12,73	12,73	1,53		12,00	
39163	DEXAMETASONA 0,1% CREM DERM 10G (GEN)/SANVAL G+ Lote: AX716 Qtd: 10 Fab: 01/04/2020 Val: 31/03/2022	30043929	000	5102	TB	10	0,9830	9,88	9,88	1,19		12,00	
37863	ENOXALOW 100MG/ML SOL INJ IV 0,8ML CX C/ 10 SER + SIST SEG/BLAU S+ PMC: 116.73 Lote: 20070345 Qtd: 10 Fab: 02/07/2020 Val: 02/07/2022	30049099	500	5102	SER	10	24,9860	249,86	249,86	44,97		18,00	
38128	INSUNORM R 100UI/ML SOL INJ 10ML/ASPEN S+ PMC: 58.77 Lote: BF20001537 Qtd: 2 Fab: 30/06/2020 Val: 30/05/2022	30043100	500	5102	FA	2	20,4000	40,80	40,80	7,34		18,00	
40646	LABCAINA 20MG/G GELE TOP 30G/PHARLAB S+ Lote: 20002193 Qtd: 10 Fab: 04/05/2020 Val: 31/05/2022	30049043	000	5102	BG	10	2,6910	26,91	26,91	4,84		18,00	
39059	LEVOTIROXINA SODICA 25MCG (GEN) CT C/ 30CP/MERCK G+ PMC: 0.28 Lote: BR120654 Qtd: 30 Fab: 25/01/2020 Val: 31/12/2021	30043981	800	5102	CP	30	0,1670	5,01	5,01	0,60		12,00	
50223	NISTATINA + OXIDO DE ZINCO POM DERM 60G (GEN)/CIMED G- PMC: 19.14 Lote: 2009158 Qtd: 6 Fab: 05/05/2020 Val: 05/05/2022	30049099	000	5102	BG	6	5,1700	31,02	31,02	3,72		12,00	
33120	TOPCOID 5MG/G GEL 40G/UNIAO QUIMICA S- PMC: 27.15 Lote: 2024594 Qtd: 3 Fab: 03/07/2020 Val: 31/07/2023	30049099	000	5102	BG	3	9,1667	27,50	27,50	4,95		18,00	
43320	VANCOMICINA 500MG PO LIOF INJ (GEN)CT C/ 25 FA/ABL G+ Lote: 108967C Qtd: 50 Fab: 30/06/2020 Val: 30/06/2022	30042071	500	5102	FA	50	4,8224	241,12	241,12	28,93		12,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Inf. Contribuinte: **PEDIDO N 5727**
Vendedor: 164-ATIVA REGIAO 18 - ALENCAR Mov:1264461
BANCO BRASIL - AG. 3370-7 C/C. 26500-4
BANCO BRADESCO - AG. 2401-5 C/C. 15122-0
"CONFIRA A MERCADORIA NO ATO DO RECEBIMENTO"
Inf. fisco: Valor Aprox Tributos Federal: R$ 87,37 Estadual: R$ 75,85 Municipal: R$ 0,00 Fonte: IBPT

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

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 28 / 10 / 2020
ASS.

Impresso em 27/10/2020 as 12:51:53

www.gerak.com.br

03/12/2020 - BANCO DO BRASIL - 18:10:20
679006790 0003

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

BANCO BRADESCO S.A.

23790014039000001090148011554101584510000019130
BENEFICIARIO:
BIRIPEL EMBALAGENS LTDA
NOME FANTASIA:
BIRIPEL EMBALAGENS
CNPJ: 03.748.769/0001-80
BENEFICIARIO FINAL:
BIRIPEL EMBALAGENS LTDA
CNPJ: 03.748.769/0001-80
PAGADOR:
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE D
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	112.303
DATA DE VENCIMENTO	26/11/2020
DATA DO PAGAMENTO	23/11/2020
VALOR DO DOCUMENTO	191,30
VALOR COBRADO	191,30

NR.AUTENTICACAO 1.620.745.370.8A3.0F7

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 Mirandopolis
Tipo de Despesa: Custeio

BIRIPEL EMBALAGENS LTDA

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

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA **1**

Nº 000156022 fl. 1 /1
SÉRIE 001

CHAVE DE ACESSO
3520 1003 7487 6900 0180 5500 1000 1560 2212 9044 6313

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

NATUREZA DE OPERAÇÃO	PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
VENDA	135200974037034 27/10/2020 14:16:35

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIB.	CNPJ / CPF
214073629113		03.748.769/0001-80

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL			CNPJ / CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL			45.349.461/0001-02	27/10/2020
ENDEREÇO	**BAIRRO / DISTRITO**		**CEP**	**DATA SAÍDA / ENTRADA**
RUA SETE SETEMBRO, 529	CENTRO		16210-000	27/10/2020
MUNICÍPIO	**FONE / FAX**	**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**	**HORA DA SAÍDA**
BILAC	(18)3659-1411	SP		14:15:36

FATURA

	NÚMERO	VALOR ORIGINAL	VALOR DESCONTO	VALOR LÍQUIDO
DADOS DA FATURA	156022	191,30	0,00	191,30

DUPLICATAS

Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR	Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR	Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR	Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR
001	26/11/2020	191,30									

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE CÁLC. ICMS SUBST.	VALOR DO ICMS SUBST.	VALOR APROX. DOS TRIBUTOS	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
94,50	17,01	0,00	0,00	62,77	191,30
VALOR DO FRETE	**VALOR DO SEGURO**	**DESCONTO**	**OUTRAS DESP. ACESS.**	**VALOR DO IPI**	**VALOR TOTAL DA NOTA**
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	191,30

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ / CPF
JOSE BRAZ GOMES DE ALMEIDA	0 - REMETENTE		DZX8053	SP	217.690.098-76
ENDEREÇO	**MUNICÍPIO**			**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**
RUA : EDUARDO IBANHEZ	BIRIGUI			SP	

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇOS

CÓDIGO DO PROD. / SERV.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / SH	CST	CFOP	UNID.	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR DESCONTO	VALOR LÍQUIDO	BASE CÁLC. ICMS	VALOR I.C.M.S.	VALOR I.P.I.	ALÍQUOTAS ICMS	ALÍQUOTAS IPI
0000000002549	BOBINA PLAST. PICOTADA 50X70	39201010	000	5102	kg	5,000	18,90	0,00	94,50	94,50	17,01	0,00	18,00	0,00
0000000004931	COPO PLAST. KEROCOPO 180 ML TRANSP. PS CX C/2500	39241000	060	5405	cx	1,000	84,90	0,00	84,90	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0000000000321	DETERGENTE NEUTRO 5 LTS	34022000	060	5405	gl	1,000	11,90	0,00	11,90	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

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

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	RESERVADO AO FISCO
IMPOSTOS:Valor Aproximado dos Tributos R$: 28,33 Federal, 34,43 Estadual e 0,00 Municipal - Fonte: IBPT/empresometro.com.br (02C353).	AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS RECEBIDO 29 / 10 / 2020 ASS.

03/12/2020 - BANCO DO BRASIL - 18:10:20
679006790 0005

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

BANCO DO BRASIL

00190616051458043359800002034312184520000121326
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	112.304
NOSSO NUMERO	6160145804
CONVENIO	00000000
DATA DE VENCIMENTO	27/11/2020
DATA DO PAGAMENTO	23/11/2020
VALOR DO DOCUMENTO	1.213,26
VALOR COBRADO	1.213,26

NR.AUTENTICACAO 7.4B3.104.086.281.B12

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

DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IMPORTACAO E EXPORTACAO LTDA

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

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRONICA

0-ENTRADA 1-SAIDA: 1

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 Sefaz Autorizadora

NATUREZA DA OPERAÇÃO
VENDA MERCADO REC TERCEIROS

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO
135200864192179 28/09/2020 20:33:01

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSC ESTADUAL DO SUBST TRIBUTARIO	CNPJ
671 392 680 115		04.027.894/0007-50

DESTINATARIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL		CNPJ/CPF		DATA DA EMISSAO
ASSOC HOSPITALAR BENEF DO BRASIL (8149)		45.349.461/0001-02		28/09/2020
ENDEREÇO		**BAIRRO/DISTRITO**	**CEP**	**DATA ENTRADA/SAIDA**
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303		JARDIM ARIANO	16400-400	28/09/2020
MUNICIPIO	**FONE/FAX**	**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**	**HORA DA SAIDA**
LINS	1435325198	SP		20:28

FATURA / DUPLICATA

001	28/10/2020	1.213,27	002	27/11/2020	1.213,26		

CALCULO DO IMPOSTO

BASE DE CALCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CALCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
2.426,53	329,05	0,00	0,00	2.426,53

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSORIAS	VALOR TOTAL DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00		0,00	0,00	2.426,53

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CODIGO ANTT	PLACA DO VEICULO	UF	CNPJ/CPF
O EMITENTE (43)	0 - DO EMITENTE				

ENDEREÇO	MUNICIPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
RUA SAO PAULO 31	SANTOS	SP	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/SH	CST	CFOP	UND	QUANT	V.UNIT	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL ICMS	AL IPI
36285	SERINGA GASOMETRIA A-LINE 3ML LL - BD 365060BD 365060 (Lote: 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	
26694	INSUNORM R 100UI C/1FA X 10ML (I) - 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	000	5102	CX	4	122,6700	490,68	490,68	58,88		12,00	
7445	PIPER.TAZOB.4,5G 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	1.094,60	1.094,60	131,35		12,00	
2314	NITROP 50MG 5/2ML - HYPOFARMA (Lote: 20060932, Qtde: 1, Dt Val: 30/06/2022 ,Data Fab: 01/06/2020)	30039099	000	5102	CX	1	61,1000	61,10	61,10	11,00		18,00	
11265	AMPLOSPEC IV 1G C/50F/A-BIOCHIMICO (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

INFORMACOES COMPLEMENTARES

ENTREGA DE MERCADORIAS COM NO MAXIMO DE 48HORAS APOS A ENTREGA FAVOR REALIZAR A CONFERENCIA DO PEDIDO NO ATO
ENTREGAR EM PAUL DA CUNHA BUENO 585 JD SANTA ROSA MIRANOPOLIS SPUTI MIRANOPOLIS CONV [illegible] LINS
ITEM 1 - ALIQ.12% CF LEI GENERICOSSP 16005/2015
ITEM 2 - ALIQ. 12% CONF. art. 54,inciso XV da alinea "D"do RICMS/SP
ITEM 3 - CREDITO PIS/COFINS DECRETO 6426/08 ANEXO III
ITENS 1 E 2 ALIQUOTA ZERO PIS/COFINS,CF.ART.2 DA LEI 10.147/00
VALOR APROX. TRIBUTOS. R$ 329,05. Federal. R$ 0,00. Estadual. R$ 329,05
PEDIDO: 114571
OBSERVACOES: REGIAO SURF - (VITOR)

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 29/09/20
ASS.

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

03/12/2020 - BANCO DO BRASIL - 18:10:20
679006790 0002

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

BANCO DO BRASIL

00190616052816263359900002034312184530000007500
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	112.305
NOSSO NUMERO	6160281626
CONVENIO	00000000
DATA DE VENCIMENTO	28/11/2020
DATA DO PAGAMENTO	23/11/2020
VALOR DO DOCUMENTO	75,00
VALOR COBRADO	75,00

NR.AUTENTICACAO C.F95.5A7.974.E7A.C24

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

DUPATRI HOSPITALAR COM IMP EXP LTDA

AV. JOSE SEVERINO, Nº 3530
CATALÃO - GO
CEP: 75.706-416

TELEFONES
ESTOQUE CATALÃO: (64) 3142-8081
ADM. SANTOS: (13) 3228-8700

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAÍDA [1]

Nº 1126773
SERIE 1
FOLHA 1/1

CHAVE DE ACESSO
5220 0904 0278 9400 0326 5500 1001 1267 7310 0059 3399

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO
VENDA N CONTRIB

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO
152203454507470 29/09/2020 16:51:07

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO	CNPJ
10.444.430-4	809.010.530.117	04.027.894/0003-26

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL	CNPJ / CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOC HOSPITALAR BENEF DO BRASIL (8149)	45.349.461/0001-02	29/09/2020

ENDEREÇO	BAIRRO / DISTRITO	CEP	DATA DA ENTRADA / SAÍDA
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303	JARDIM ARIANO	16400-400	29/09/2020

MUNICÍPIO	FONE / FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DA SAÍDA
[illegible]	1435325198	SP		16:44

FATURA / DUPLICATA

001	28/10/2020	75,00	002	28/11/2020	75,00

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
125,00	15,00	0,00	0,00	150,00

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00		0,00	0,00	150,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ / CPF
VEICULO PROPRIO (90)	0 - DO EMITENTE				04027894000326

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
AVENIDA JOSE SEVERINO 3530	CATALAO	GO	10444430-4

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
1	CAIXAS			0,99	

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UND	QUANT.	V.UNIT	V. TOTAL	BC ICMS	V. ICMS	V. IPI	ALÍQ. ICMS	ALÍQ. IPI
30674	ELETRODO DESC. C/50 (N) REF.BRQ 2223/2228 - 3M (Lote: 2008800318, Qtde: 10, Dt Val: 31/03/2022 ,Data Fab: 01/03/2020)	90181990	020	6108	PCT	10	15,0000	150,00	125,00	15,00		12,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

ENTREGA DE MERCADORIAS COM DO MAXIMO DE 48HORAS APOS A ENTREGA FAVOR REALIZAR A CONFERENCIA DO PEDIDO NO ATO
TRANSP. RUA DE SAUL DA MINHA RUENO 686 JD SANTA ROSA MIRANOPOLIS SPUTI MIRANOPOLIS CONV [illegible] AGU LAIS
[illegible] REDUCAO DE CALCULO CONF. ART. 87, INC. VIII, ANEXO IX DEC.4.852/97 -
[illegible]
[illegible]
FCP - PERCENTUAL DE ALIQ.CFCONV.93 -EMENDA 87/15
[illegible]
[illegible]
Emenda Constitucional 87 de 2015:
Valor da partilha para UF de Destino: R$ 9,00
Valor ALIQ. INTERNA, R$ 26,66, Federal, R$ 11,66, Estadual, R$ 15,00
[illegible] 1266754
[illegible]: REGIAO SURP - (VITOR)
[illegible] O EMITANTE (43) CIF - CNPJ: - Inscrição Estadual:ISENTO -
Endereço: RUA SAO PAULO SANTOS-SP

RESERVADO AO FISCO

MIRANDÓPOLIS
RE
ASS.

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

03/12/2020 - BANCO DO BRASIL - 18:10:20
679006790 0004

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

BANCO DO BRASIL

00190616137356493359300002034312184530000051529
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	112.306
NOSSO NUMERO	6161735649
CONVENIO	00000000
DATA DE VENCIMENTO	28/11/2020
DATA DO PAGAMENTO	23/11/2020
VALOR DO DOCUMENTO	515,29
VALOR COBRADO	515,29

NR.AUTENTICACAO 4.412.BBD.EF1.F8D.97C

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.

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA [1]

Nº 106604
SERIE 1
FOLHA 1/2

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

CHAVE DE ACESSO
3520 1004 0278 9400 0750 5500 1000 1066 0410 0101 4228

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO	PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO
VENDA MERC.ADQ. REC.TERCEIROS	135200926018942 14/10/2020 20:29:26

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO	CNPJ
671.392.680.115		04.027.894/0007-50

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL	CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOC HOSPITALAR BENEF.DO BRASIL (8149)	45.349.461/0001-02	14/10/2020

ENDEREÇO	BAIRRO/DISTRITO	CEP	DATA ENTRADA/SAIDA
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303	JARDIM ARIANO	16400-400	14/10/2020

MUNICÍPIO	FONE/FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DA SAIDA
LINS	1435325198	SP		20:25

FATURA / DUPLICATA

001 28/11/2020 515,29

CALCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
499,39	70,36	0,00	0,00	515,29

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00		0,00	0,00	515,29

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
O EMITENTE (43)	0 - DO EMITENTE				

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
RUA SAO PAULO, 31	SANTOS	SP	ISENTO

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO	PESO LIQUIDO
1	CAIXAS			12,00	12,00

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CODIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇOS	NCM/CH	CST	CFOP	UND.	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL ICMS	AL IPI
33722	VANCOMICINA 500MG 25/10ML GEN - ABL (Lote: 108593C, Qtde: 2, Dt Val: 30/11/2021 ,Data Fab: 01/11/2019)	30042071	000	5102	CX	2	122,6700	245,34	245,34	29,44		12,00	
48113	CLARITROMICINA 500MG C/10CP GEN - EMS (Lote: 104466, Qtde: 3, Dt Val: 31/05/2022 ,Data Fab: 01/05/20-20)	30042029	000	5102	CX	3	26,2500	78,75	78,75	9,45		12,00	
50308	CLONAZEPAN 2MG C/30CP (I) GEN - EMS B1 (Lote: 1X0687, Qtde: 1, Dt Val: 31/07/-2022 ,Data Fab: 01/07/2020)	30049069	300	5102	CX	1	1,5500	1,55	1,55	0,19		12,00	
47349	EQUIPO MACRO C/INJ.C/FILTRO/ARC/25 - TKL TEMA-05 (Lote: JCEMA06200205, Qtde: 1, Dt Val: 28/02/2025 ,Data Fab: 01/02/2020)	90189010	200	5102	PCT	1	21,7500	21,75	21,75	3,92		18,00	
49850	TOUCA FEM. C/ELASTICO C/100 20G - DEJA-MARO (Lote: 20DM03711020, Qtde: 4, Dt Val: 22/09/2023 ,Data Fab: 22/09/20-20)	63079010	000	5102	PCT	4	13,0000	52,00	52,00	9,36		18,00	
3798	ALGODAO ORTOP.15X1.0M C/12-ORTOBOM (Lote: 264, Qtde: 3, Dt Val: 01/10/2025 ,Data Fab: 01/10/2020)	90211020	040	5102	PCT	3	5,3000	15,90					

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

RECLAMACOES DE MERCADORIAS COM NO MAXIMO DE 48HORAS APOS A ENTREGA FAVOR REALIZAR A CONFERENCIA NO PEDIDO NO ATO
UTI MIRANOPOLIS CONV. 0107/2017 AC/ LAIS . Entregar dr Raul da cunha bueno 585 fs rosa mirandopolis sp.
ITEM 6 ISENCAO ICMS CONFORME CONVENIO 126/2010
ITENS 1 a 3 ALIQ.12% CF LEI GENERICOSSP 16005/2015
ITENS 4 a 5,7
ITEM 6 ISENTO PIS/COFINS DECRETO 6426/08 ANEXO III
ITENS 1 a 3 ALIQUOTA ZERO PIS/COFINS,CF.ART.2 DA LEI 10.147/00
VALOR APROX. TRIBUTOS, R$ 88,62, Federal, R$ 18,27, Estadual, R$ 70,36
Pedido: 120329
Representante: REGIAO SJRP - (VITOR)

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 16/10/2020
ASS.

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

DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IMPORTACAO E EXPORTACAO LTDA

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

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAÍDA | 1

Nº 106604
SERIE 1
FOLHA 2/2

CHAVE DE ACESSO
3520 1004 0278 9400 0750 5500 1000 1066 0410 0101 4228

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO
VENDA MERC.ADQ. REC.TERCEIROS

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO
135200926018942 14/10/2020 20:29:26

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO	CNPJ
671.392.680.115		04.027.894/0007-50

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇOS	NCM/CH	CST	CFOP	UND.	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL ICMS	AL IPI
36041	COMP GAZE 7,5X7,5 13F C/500 - CLEAN (Lote: 11920, Qtde: 10, Dt Val: 30/04/-2025 ,Data Fab: 01/04/2020)	30059090	000	5102	PCT	10	10,0000	100,00	100,00	18,00		18,00	

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

03/12/2020 - BANCO DO BRASIL - 18:10:20
679006790 0004

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

BANCO DO BRASIL

00190616137351493359400002034312384530000012818
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	112.307
NOSSO NUMERO	6161735149
CONVENIO	00000000
DATA DE VENCIMENTO	28/11/2020
DATA DO PAGAMENTO	23/11/2020
VALOR DO DOCUMENTO	128,18
VALOR COBRADO	128,18

NR.AUTENTICACAO E.EE2.D8F.F7C.389.D32

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 Mirandopolis
Tipo de Despesa: Custeio

DUPATRI HOSPITALAR COM IMP EXT LTDA
AV. JOSÉ SEVERINO, Nº 3530
CATALÃO - GO
CEP: 75.709-616
TELEFONES
ESTOQUE CATALÃO: (64) 3442-8081
ADM. SANTOS : (13) 3228-8700

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA [1]

Nº 1130322
SERIE 1
FOLHA 1/1

CHAVE DE ACESSO
5220 1004 0278 9400 0326 5500 1001 1303 2210 0117 5065

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO	PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO
VENDA N CONTRIB	152203494387914 14/10/2020 16:00:28

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO	CNPJ
10.444.430-4	809.010.530.117	04.027.894/0003-26

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL	CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOC.HOSPITALAR BENEF.DO BRASIL (8149)	45.349.461/0001-02	14/10/2020

ENDEREÇO	BAIRRO/DISTRITO	CEP	DATA ENTRADA/SAIDA
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303	JARDIM ARIANO	16400-400	14/10/2020

MUNICÍPIO	FONE/FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DA SAIDA
LINS	1435325198	SP		15:56

FATURA / DUPLICATA

001 28/11/2020 128,18

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
91,98	11,03	0,00	0,00	128,18

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00		0,00	0,00	128,18

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
VEICULO PROPRIO (90)	0 - DO EMITENTE				04027894000326

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
AVENIDA JOSE SEVERINO, 3530	CATALAO	GO	104444304

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO	PESO LIQUIDO
2	CAIXAS			2,00	2,00

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇOS	NCM/CH	CST	CFOP	UND.	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL. ICMS	AL. IPI
943	APRESOLINA 25MG C/20DRG - NOVARTIS (Lote: 2023442, Qtde: 3, Dt Val: 31/05/2022 ,Data Fab: 01/06/2020)	30049069	020	6108	CX	3	5,4800	16,44	13,70	1,64		12,00	
945	APRESOLINA 50MG C/20 DRG - NOVARTIS (Lote: 2021606, Qtde: 3, Dt Val: 30/11/2021 ,Data Fab: 01/06/2020)	30049069	020	6108	CX	3	7,3300	21,99	18,32	2,20		12,00	
20650	XYLESTESIN 2% GELEIA 30GR C/10-CRISESTE-RIL-COM APLICADOR (Lote: 20010282, Qtde: 1, Dt Val: 31/01/2022 ,Data Fab: 01/01/20-20)	30049043	020	6108	CX	1	46,1000	46,10	38,42	4,61		12,00	
36150	COLETOR UNIVERSAL EST.80ML C/100 - CRAL (Lote: 2006222, Qtde: 1, Dt Val: 22/06/20-22 ,Data Fab: 22/06/2020)	39269040	020	6108	PCT	1	25,8500	25,85	21,54	2,58		12,00	
35365	BRONQUINHO COLETOR DE SECRECAO 120ML-CRE-MER (Lote: 2000021966, Qtde: 4, Dt Val: 30/06/2022 ,Data Fab: 01/07/2020)	90183929	040	6108	UN	4	4,4500	17,80					

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

RECLAMACOES DE MERCADORIAS COM NO MAXIMO DE 48HORAS APOS A ENTREGA FAVOR REALIZAR A CONFERENCIA DO PEDIDO NO ATO
UTI MIRANOPOLIS CONV 0107/2017 AC/ LAIS
ITEM 5 ISENCAO DE ICMS REF CONVENIO 01/99
ITENS 1 a 4 RED.BASE DE CALCULO CONF. ART. 8°, INC. VIII, ANEXO IX DEC.4.852/97 - RICMS/GO
ITEM 4 e 5 ISENTO PIS/COFINS DECRETO 6426/08 ANEXO III
ITENS 1 a 3 ALIQUOTA ZERO PIS/COFINS,CF.ART.2 DA LEI 10.147/00
ITENS 1 a 5 DIFERENCIAL DE ALIQ.CFCONV.93 -EMENDA 87/15
ITENS 1 a 4
ITENS 1 a 4
Emenda Constitucional 87 de 2015:
Valor da partilha para UF de Destino: R$ 6,63
VALOR APROX. TRIBUTOS, R$ 16,74, Federal, R$ 5,71, Estadual, R$ 11,03
Pedido: 1209821
Representante: REGIAO SJRP - (VITOR)
Redespacho...: O EMITENTE (43) - CIF - CNPJ.: - Inscrição Estadual.:ISENTO -
Endereço..:RUA SAO PAULO SANTOS-SP

RESERVADO AO FISCO

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

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 15 / 10 / 2020
ASS.

03/12/2020 - BANCO DO BRASIL - 18:10:20
679006790 0003

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

ITAU UNIBANCO S.A.

34191090080003450014052918290009484550000030453
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	112.308
DATA DE VENCIMENTO	30/11/2020
DATA DO PAGAMENTO	23/11/2020
VALOR DO DOCUMENTO	304,53
VALOR COBRADO	304,53

NR.AUTENTICACAO 0.082.3FD.094.B5F.FAD

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

CENTERMAQ Marília SP	**NOTA DE LOCAÇÃO FATURA** **Nº** 000021680 CENTERMAQ	ASSOC. HOSPITALAR BENEF. DO **Nome / Carimbo / Assinatura**	**RG:** **Data do Recebimento:** ___/___/_____

CENTERMAQ Marília SP	CENTER MAQ COM DE MAQUINAS E PAPEIS LTDA RUA MARTIN WESTPHAL, 220 — 14-3311-7888 17539-006 MARILIA / SP — contato@centermaq.com 62.771.316/0001-34 — I.E: 438.076.337.119	**NOTA DE LOCAÇÃO FATURA** **Nº** 000021680 **Data Emissão** 16/11/2020

Nº Fatura	Valor R$	Vencimento	
000021680	304,53	30/11/2020	

Pagador
ASSOC. HOSPITALAR BENEF. DO BRASIL

Endereço
AV JOSE A RODRIGUES 303

Municipio/UF	CEP	CNPJ	Insc.Estadual	Insc.Municipal
LINS	16400-400	45.349.461/0001-02	ISENTO	

Endereço de cobrança e praça de pagamento

Valor por extenso
TREZENTOS E QUATRO REAIS E CINQUENTA E TRES CENTAVOS

Discriminação	Qtde.	Vr. Unit.	Desconto	Total R$
LOCACAO DE EQPTO REPROGRAFICO (MRL) PARCELA DE LOCACAO DA MAQUINA COPIADORA PERIODO 16/10/202 0 A 16/11/2020, CONTRATO N.01178/2017-6414 EXCEDENTE DE 1399 COPIAS A R$ 0,069 = R$ 96,53	1	304,53		304,53
	Valor total da nota R$		0,00	304,53

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.

Itaú Banco Itaú S.A. | **341-7** | 34191.09008 00034.500140 52918.290009 4 84550000030453

Local de Pagamento
ATE O VENCIMENTO, PAGUE PREFERENCIALMENTE NO ITAU.

Vencimento **30/11/2020**

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	Número do Documento	Espécie Doc.	Aceite	Data do Processamento
16/11/2020	000021680/1	DM	N	16/11/2020

Nosso Número: 109/00000345-0

Uso do Banco	Carteira	Moeda	Quantidade	Valor
	109	R$		

(=) Valor do Documento: **304,53**

Instruções (Texto de Responsabilidade do Beneficiário)
Após vencimento cobrar multa de R$ 6,09.
Após vencimento cobrar juros de R$ 0,41 ao dia.

(-) 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
109/00000345-0

Pagador/Avalista

Autenticação Mecânica - Ficha de Compensação

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

___/___/_____

03/12/2020 - BANCO DO BRASIL - 18:10:21
679006790 0005

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

BANCO DO BRASIL

00190000090171153600100852838176484550000564418
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	112.309
NOSSO NUMERO	17115360000852838
CONVENIO	01711536
DATA DE VENCIMENTO	30/11/2020
DATA DO PAGAMENTO	23/11/2020
VALOR DO DOCUMENTO	5.644,18
VALOR COBRADO	5.644,18

NR.AUTENTICACAO F.FF0.B5A.B70.2B5.623

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

Rioclarense

COMERCIAL CIRÚRGICA RIOCLARENSE LTDA
RUA EMILIO MARCOLINO TOZI, 1000 - QUINTA RESIDENCIAL DOUTOR JOAO ALDO DASSIE - JAGUARIUNA - SP
CEP 13916-074 - (19)3522-5800

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 – ENTRADA
1 – SAÍDA [1]

Nº. 1356497 FL 1 / 1
SÉRIE 1

CHAVE DE ACESSO
3520 1067 7291 7800 0491 5500 1001 3564 9717 3320 8443

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO	PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
VENDA DENTRO ESTADO	135200924200001 14/10/2020 14:18:20

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCR. EST. SUBS. TRIBUTÁRIO	CNPJ
395060142110		67.729.178/0004-91

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL			CNPJ / CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL			45.349.461/0001-02	14/10/2020
ENDEREÇO	**BAIRRO / DISTRITO**	**CEP**		**DATA DA ENTRADA/SAÍDA**
AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303	JARDIM ARIANO	16400-400		14/10/2020
MUNICÍPIO	**FONE / FAX**	**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**	**HORA DE SAÍDA**
LINS	1836591243	SP		

FATURA/DUPLICATA

FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR
1356497/1	30/11/2020	5.644,18						

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
5.644,18	1.015,95	0,00	0,00	5.644,18

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	5.644,18

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ
NIKKEY RIO PRETO LOG. E TRANSP.	0 - Por conta do emitente				15.066.184/0001-60
ENDEREÇO	**MUNICÍPIO**			**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**
R MARIA CERON VOLPE 2260	SAO JOSE DO RIO PRETO			SP	647598751114

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
12,00	VOLUME(S)		0,03155	58,354	58,354

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / SH	CST	CFOP	UN	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	B.CALC ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTAS ICMS	ALÍQUOTAS IPI
031578	AVENTAL CIRCULACAO (VENKURD) L: T22897 Q: 390,00 00 F: 30/06/20 V: 30/06/2023 L: T22935 Q: 10,0000 F: 30/06/20 V: 30/06/2023	62101000	000	5102	PC	400,00	12,3292	4.931,68	4.931,68	887,70	0,00	18,00	0,00
036923	LUVA DE PROCEDIMENTO M NITRILE S/TALCO (MEDIX) L: 20030103 Q: 1.000,0000 F: 30/03/20 V: 30/03/2023	40151900	200	5102	PC	1.000,00	0,5559	555,90	555,90	100,06	0,00	18,00	0,00
030366	TIRAS REAGENTES N/INDIV (MEDILEVENSOHN) L: 1290573 Q: 300,0000 F: 26/03/20 V: 25/03/2022	38220090	700	5102	TI	300,00	0,522	156,60	156,60	28,19	0,00	18,00	0,00

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

CÁLCULO DO ISSQN

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

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

LOCAL DE ENTREGA: 4e3745000001247-AV DR RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Município: MIRANDOPOLIS CEP: 16800000 UF: SP País: BRASIL PREZADO CLIENTE, FAVOR CONFERIR NO ATO DA ENTREGA - NAO ACEITAREMOS RECLAMACOES APOS 48hs DO RECEBIMENTO. Pedido: 5487/5488 DATA ENTREGA: 15/10/2020 Pedido: 1739506 Autorizacao de Compra(Pedido Cliente): 1739506 *** O pagamento devera ser realizado atraves do boleto anexo a nota fiscal, caso nao receba entre em contato atraves do e-mail boletos@rioclarense.com.br ou no telefone (19)3522-5800, Setor de Cobranca Privado. AFE: I 04397-7 ** AE: I 22375-2 ** ASS: 1302/16 Validade: 23/01/2021 MODAL: RODOVIARIO / TIPO ENTREGA: EXPRESSA LOCAL DE ENTREGA: Endereço: AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Município: MIRANDOPOLIS CEP: 16800000 UF: SP País: BRASIL (Codigo Interno Emitente: 4768 Nome Fantasia: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL) LOCAL DE ENTREGA: AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Município: MIRANDOPOLIS UF: SP País: BRASIL

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 15 / 10 / 2020
ASS.

03/12/2020 - BANCO DO BRASIL - 18:10:21
679006790 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

BANCO DO BRASIL

00190000090171153600100852832179184550000249424
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	112.310
NOSSO NUMERO	17115360000852832
CONVENIO	01711536
DATA DE VENCIMENTO	30/11/2020
DATA DO PAGAMENTO	23/11/2020
VALOR DO DOCUMENTO	2.494,24
VALOR COBRADO	2.494,24

NR.AUTENTICACAO B.7EE.323.8A3.7C4.8D1

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.

Rioclarense

COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA
AV. EMILIO MARTORELLI, 1000 - DISTRITO RESIDENCIAL DOUTOR JOAO ALDO NASSIF - IACANGA/BUNA - SP
CEP: 17076-074 - [illegible]

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 – ENTRADA
1 – SAÍDA [1]

Nº. 1356489 FL 1 / 1
SÉRIE 1

CHAVE DE ACESSO
3520 1067 7291 7800 0491 5500 1001 3564 8919 8664 2255

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO	PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
VENDA DENTRO ESTADO	135200924038363 14/10/2020 13:51:26

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCR. EST. SUBS. TRIBUTARIO	CNPJ
395060142110		67.729.178/0004-91

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL			CNPJ / CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL			45.349.461/0001-02	14/10/2020
ENDEREÇO	**BAIRRO / DISTRITO**	**CEP**		**DATA DA ENTRADA/SAÍDA**
AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303	JARDIM ARIANO	16400-400		14/10/2020
MUNICIPIO	**FONE / FAX**	**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**	**HORA DE SAÍDA**
LINS	1836591243	SP		

FATURA/DUPLICATA

FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR
1356489/1	30/11/2020	2.494,24						

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
2.494,24	434,71	0,00	0,00	2.494,24

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	2.494,24

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ
NIKKEY RIO PRETO LOG. E TRANSP.	0 - Por conta do emitente				15.066.184/0001-60
ENDEREÇO	**MUNICIPIO**			**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**
R MARIA CERON VOLPE 2260	SAO JOSE DO RIO PRETO			SP	647598751114

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERO	PESO BRUTO	PESO LIQUIDO
2,00	VOLUME(S)		0,00016	8,083	8,083

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / SH	CST	CFOP	UN	QUANT.	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL	B.CALC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALIQUOTAS ICMS	ALIQUOTAS IPI
028765	CEFALOTINA SODICA 1G (BIOCHIMICO) (ITEM GENERICO) L: 009065 Q: 50,0000 F: 01/12/19 V: 30/11/2021, nFCI: 0FC66 F54-DF42-4F68-B0D7-9FAA41BA8F1E	30042051	500	5102	FA	50,00	4,7507	237,54	237,54	28,50	0,00	12,00	0,00
031379	ENOXAPARINA SODICA 80MG/0,8ML (CRISTALIA) L: A132 07E Q: 20,0000 F: 14/03/20 V: 28/02/2022	30049099	200	5102	SE	20,00	34,75	695,00	695,00	125,11	0,00	18,00	0,00
030330	ENOXAPARINA SODICA 20MG/0,2ML (MYLAN) L: JA916 Q: 30,0000 F: 30/04/19 V: 30/03/2021	30049099	200	5102	SE	30,00	13,65	409,50	409,50	73,71	0,00	18,00	0,00
019054	OMEPRAZOL 40MG F-A (BLAU) L: 20081207 Q: 20,0000 F: 30/08/20 V: 30/08/2022, nFCI: AA556F42-9696-482D-B59C-863E1 71AF5FD	30049069	500	5102	FA	20,00	23,50	470,00	470,00	84,60	0,00	18,00	0,00
031377	ENOXAPARINA SODICA 40MG/0,4ML (CRISTALIA) L: A125 06C Q: 30,0000 F: 23/06/19 V: 31/05/2021	30049099	200	5102	SE	30,00	19,98	599,40	599,40	107,89	0,00	18,00	0,00
030167	CLOREXIDINA 0,12% 250ML (VIC PHARMA) L: C9267 Q: 12,0000 F: 30/07/20 V: 30/07/2022	33069000	000	5102	FR	12,00	6,90	82,80	82,80	14,90	0,00	18,00	0,00

CÁLCULO DO ISSQN

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

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

LOCAL DE ENTREGA: 46374500001247-AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Municipio: MIRANDOPOLIS CEP: 16800000 UF: SP Pais: BRASIL. PREZADO CLIENTE, FAVOR CONFERIR NO ATO DA ENTREGA - NAO ACEITAREMOS RECLAMACOES APOS 48hs DO RECEBIMENTO. DATA ENTREGA: 15/10/2020 Pedido: 1739534 Autorizacao de Compra(Pedido Cliente): 1739534 *** O pagamento devera ser realizado atraves do boleto anexo a nota fiscal, caso nao receba entre em contato atraves do e-mail boletos@rioclarense.com.br ou no telefone (19)3522-5800, Setor de Cobranca Privado. AFE: 1.04397-7 ** AF: 1.22375-2 ** ASS: 1302/16 Validade: 23/01/2021 MODAL: RODOVIARIO / TIPO ENTREGA: EXPRESSA LOCAL DE ENTREGA: Endereço: AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Municipio: MIRANDOPOLIS CEP: 16800000 UF: SP Pais: BRASIL(Código Interno Emitente: 4768 Nome Fantasia: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL) LOCAL DE ENTREGA: AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Municipio: MIRANDOPOLIS UF: SP Pais: BRASIL.

RESERVADO AO FISCO

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

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 15/10/2020
ASS.

03/12/2020 - BANCO DO BRASIL - 18:10:21
679006790 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

BANCO DO BRASIL

00190000090171153600100856283171584550000241301
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	112.311
NOSSO NUMERO	17115360000856283
CONVENIO	01711536
DATA DE VENCIMENTO	30/11/2020
DATA DO PAGAMENTO	23/11/2020
VALOR DO DOCUMENTO	2.413,01
VALOR COBRADO	2.413,01

NR.AUTENTICACAO 8.5B9.482.03B.2E0.9F5

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

Rioclarense

COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA
PC EMILIO MASCONI 100 - NUCLEO RESIDENCIAL DOUTOR JOAO ALDO NASSIF - JAGUARIUNA - SP
CEP 13916-074 - 1935275800

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 – ENTRADA
1 – SAÍDA [1]

Nº. 1361476 FL 1 / 1
SÉRIE 1

CHAVE DE ACESSO
3520 1067 7291 7800 0491 5500 1001 3614 7611 9251 0797

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO	PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
VENDA DENTRO ESTADO	135200970517026 26/10/2020 19:31:19

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCR. EST. SUBS. TRIBUTARIO	CNPJ
395060142110		67.729.178/0004-91

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL			CNPJ / CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL			45.349.461/0001-02	26/10/2020
ENDEREÇO	**BAIRRO / DISTRITO**	**CEP**		**DATA DA ENTRADA/SAÍDA**
AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303	JARDIM ARIANO	16400-400		26/10/2020
MUNICIPIO	**FONE / FAX**	**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**	**HORA DE SAÍDA**
LINS	1836591243	SP		

FATURA/DUPLICATA

FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR
1361476/1	30/11/2020	2.413,01						

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CALCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUTO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
2.413,01	434,34	0,00	0,00	2.413,01

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	2.413,01

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEICULO	UF	CNPJ
NIKKEY RIO PRETO LOG. E TRANSP.	0 - Por conta do emitente				15.066.184/0001-60

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
R MARIA CERON VOLPE 2260	SAO JOSE DO RIO PRETO	SP	647598751114

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERO	PESO BRUTO	PESO LIQUIDO
2.00	VOLUME(S)		0.00009	6,606	6,606

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / SH	CST	CFOP	UN	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	B.CALC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALIQUOTAS ICMS	ALIQUOTAS IPI
030366	TIRAS REAGENTES N/INDIV (MEDLEVENSOHN) L: 1290565 Q: 300,0000 F: 22/03/20 V: 21/03/2022	38220090	700	5102	TI	300,00	0,522	156,60	156,60	28,19	0,00	18,00	0,00
030354	ENOXAPARINA SODICA 80MG/0,8ML (MYLAN) L: JD908 Q: 20,0000 F: 30/05/19 V: 30/04/2021	30049099	200	5102	SE	20,00	34,75	695,00	695,00	125,10	0,00	18,00	0,00
030330	ENOXAPARINA SODICA 20MG/0,2ML (MYLAN) L: JA916 Q: 30,0000 F: 30/04/19 V: 30/03/2021	30049099	200	5102	SE	30,00	13,6488	409,46	409,46	73,70	0,00	18,00	0,00
031377	ENOXAPARINA SODICA 40MG/0,4ML (CRISTALIA) L: A125 06C Q: 30,0000 F: 23/06/19 V: 31/05/2021	30049099	200	5102	SE	30,00	19,9716	599,15	599,15	107,85	0,00	18,00	0,00
019054	OMEPRAZOL 40MG F-A (BLAU) L: 20081207 Q: 20,0000 F: 30/08/20 V: 30/08/2022, nFCI: AA556F42-9696-482D-B59C-863E171AF5FD	30049069	500	5102	FA	20,00	23,50	470,00	470,00	84,60	0,00	18,00	0,00
030167	CLOREXIDINA 0,12% 250ML (VIC PHARMA) L: C9267 Q: 12,0000 F: 30/07/20 V: 30/07/2022	33069000	000	5102	FR	12,00	6,90	82,80	82,80	14,90	0,00	18,00	0,00

CÁLCULO DO ISSQN

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

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

LOCAL DE ENTREGA: 46374500001247-AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Municipio: MIRANDOPOLIS CEP: 16800000 UF: SP Pais: BRASIL. PREZADO CLIENTE, FAVOR CONFERIR NO ATO DA ENTREGA - N[redacted]OS RECLAMACOES APOS 48hs DO RECEBIMENTO. oc: 5484 / 5488E#xA;pedido feito por compras n[redacted]/10/2020 DATA ENTREGA: 27/10/2020 Pedido: 1748643 Autorizacao de Compra(Pedido Cliente): 1748643 *** O[redacted]a ser realizado atraves do boleto anexo a nota fiscal, caso nao receba entre em contato atraves do e-mail b[redacted]com.br ou no telefone (19)3522-5800, Setor de Cobranca Privado. AFE: 1.04397-7 ** AE: 1.22375-2 ** ASS: 13[redacted]23/01/2021 MODAL: RODOVIARIO / TIPO ENTREGA: EXPRESSA LOCAL DE ENTREGA: Endereço: AV. DR[redacted]CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Municipio: MIRANDOPOLIS CEP: 16800000 UF: SP Pais: BRA[redacted](Codigo Interno Emitente: 4768 Nome Fantasia: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL) LOCAL DE ENTREGA: AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Municipio: MIRANDOPOLIS UF: SP Pais: BRASIL.

RESERVADO AO FISCO

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

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS

RECEBIDO 27 / 10 / 2020

ASS. _____

RELAÇÃO GERAL DOS LÍQUIDOS

Código	Nome do empregado	CPF	Valor
Empregados			
2329	ALCIONE BOGAZ	328.629.558-25	938,56
2163	ALESSANDRA DE CASSIA MARDEGAI	295.556.788-47	1.638,58
2122	ANA AUGUSTA FELICIANI NOGUEIR.	214.220.888-63	806,41
2123	ANA PAULA AZEVEDO ZANATTA	214.801.238-03	918,45
2445	ANA PAULA DOS SANTOS SILVA	014.000.604-43	925,42
2336	BIANCA CAETANO COSTA	301.663.768-50	1.424,47
2977	BRUNA BERALDO FERRANTE	368.501.738-12	1.485,29
2125	CATIA FERNANDA FERRAZ	377.077.858-86	898,05
2752	CRISTIANE PASCOALETO VENDRAM	295.136.688-43	804,81
2772	DANIELA DOS SANTOS DE OLIVEIR/	218.471.208-65	935,26
2126	DEBORA CRISTINA LOCHE	385.855.778-19	809,36
2132	DENISE PRISCILA ANCILOTTO LISB(	322.986.678-96	895,72
2134	EDILAINE MUNHOZ MAQUEA	108.823.788-64	923,13
2135	EDILENE MANOEL	291.914.308-52	803,36
2136	ELAINE CRISTINA DIAS BORGES	095.608.758-25	804,38
2992	ELIANA CRISTINA RODRIGUES	294.873.608-08	671,68
2137	GISLAINE MACHADO MORABITO	322.167.988-27	805,40
2127	ISADORA MORAIS DE CASTRO SANT	379.629.418-98	713,25
2130	IZABEL CRISTINA DE SOUZA	095.493.888-75	708,05
2139	JOSE LOPES DE OLIVEIRA	061.725.928-31	922,29
2146	KELLY CRISTINA RAMOS ROCHA	389.267.668-29	805,40
2771	LAIS MARANI SILVA	354.059.608-96	1.628,71
2147	LETICIA MAIARA DOS SANTOS FERI	427.001.668-09	809,46
2148	LUCAS CARVALHO DOS SANTOS	400.061.728-14	915,13
2149	MAIRA TEIXEIRA DE CASTRO	427.566.218-03	803,36
2129	MARCIA MAIARA POSSENTI	382.523.438-05	725,67
3021	MAURO CELSO CHIAVELLI	365.760.718-84	1.197,75
2721	NATALIA PAZINATO DA SILVA	434.914.478-10	806,41
2154	NATALIA XAVIER NASCIMENTO OLI	394.946.148-52	1.108,80
2153	PATRICIA ADRIANA FERREIRA	285.280.548-02	929,27
2164	PATRICIA MICHELE DE ALMEIDA	305.075.078-27	803,36
2155	PRISCILA SANTOS LEITE DE ALMEI(	298.440.178-66	1.396,76
2128	REGINA LEIA PARRO RODRIGUES D	259.782.788-73	810,30
2157	RICARDO DE CARVALHO	281.686.478-23	923,11
3807	SAMIR BISPO DOS SANTOS	246.121.428-02	133,90
2839	SONIA DOS SANTOS ROCHA	304.418.188-70	789,28
33	THAIS BOARETO DA SILVA	329.168.118-50	2.025,75
2799	VALERIA CRISTINA DE SOUZA DA C	298.834.288-12	805,40

Empregados: 38 Estagiários: 0 Contribuintes: 0 Total da Empresa: 36.249,74

(trinta e seis mil duzentos e quarenta e nove reais e setenta e quatro centavos)

MIRANDOPOLIS, 23/11/2020 Responsável: _____

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

EXTRATO MENSAL

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

13	13 SALARIO ADIANTADO	12,00	698,86 P
833	MEDIA HORAS 13o ADIANTADO	12,00	135,20 P
835	VANTAGENS 13o ADIANTADO	12,00	104,50 P

ND: 1 Proventos: 938,56 Descontos: 0,00 Informativa: 75,08 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 938,56
NF: 1 Base INSS: 0,00 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 938,56 Valor FGTS: 75,08 Base IRRF: 0,00

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

13	13 SALARIO ADIANTADO	12,00	1.274,21 P
833	MEDIA HORAS 13o ADIANTADO	12,00	259,87 P
835	VANTAGENS 13o ADIANTADO	12,00	104,50 P

ND: 0 Proventos: 1.638,58 Descontos: 0,00 Informativa: 131,08 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.638,58
NF: 0 Base INSS: 0,00 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.638,58 Valor FGTS: 131,08 Base IRRF: 0,00

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

13	13 SALARIO ADIANTADO	12,00	698,86 P
833	MEDIA HORAS 13o ADIANTADO	12,00	3,05 P
835	VANTAGENS 13o ADIANTADO	12,00	104,50 P

ND: 2 Proventos: 806,41 Descontos: 0,00 Informativa: 64,51 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 806,41
NF: 2 Base INSS: 0,00 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 806,41 Valor FGTS: 64,51 Base IRRF: 0,00

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

13	13 SALARIO ADIANTADO	12,00	698,86 P
833	MEDIA HORAS 13o ADIANTADO	12,00	115,09 P
835	VANTAGENS 13o ADIANTADO	12,00	104,50 P

ND: 0 Proventos: 918,45 Descontos: 0,00 Informativa: 73,47 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 918,45
NF: 0 Base INSS: 0,00 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 918,45 Valor FGTS: 73,47 Base IRRF: 0,00

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

13	13 SALARIO ADIANTADO	12,00	698,86 P
833	MEDIA HORAS 13o ADIANTADO	12,00	122,06 P
835	VANTAGENS 13o ADIANTADO	12,00	104,50 P

ND: 3 Proventos: 925,42 Descontos: 0,00 Informativa: 74,03 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 925,42
NF: 0 Base INSS: 0,00 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 925,42 Valor FGTS: 74,03 Base IRRF: 0,00

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

EXTRATO MENSAL

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

13	13 SALARIO ADIANTADO	12,00	1.274,21	P
833	MEDIA HORAS 13o ADIANTADO	12,00	33,51	P
834	MEDIA VALOR 13o ADIANTADO	12,00	12,25	P
835	VANTAGENS 13o ADIANTADO	12,00	104,50	P

ND: 1 Proventos: 1.424,47 Descontos: 0,00 Informativa: 113,95 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.424,47
NF: 1 Base INSS: 0,00 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.424,47 Valor FGTS: 113,95 Base IRRF: 0,00

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

13	13 SALARIO ADIANTADO	12,00	1.274,21	P
833	MEDIA HORAS 13o ADIANTADO	12,00	106,58	P
835	VANTAGENS 13o ADIANTADO	12,00	104,50	P

ND: 0 Proventos: 1.485,29 Descontos: 0,00 Informativa: 118,82 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.485,29
NF: 0 Base INSS: 0,00 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.485,29 Valor FGTS: 118,82 Base IRRF: 0,00
Doença período igual ou inferior a 15 dias: 10/11/2020 a 10/11/2020

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

13	13 SALARIO ADIANTADO	12,00	698,86	P
833	MEDIA HORAS 13o ADIANTADO	12,00	94,69	P
835	VANTAGENS 13o ADIANTADO	12,00	104,50	P

ND: 1 Proventos: 898,05 Descontos: 0,00 Informativa: 71,84 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 898,05
NF: 1 Base INSS: 0,00 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 898,05 Valor FGTS: 71,84 Base IRRF: 0,00

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

13	13 SALARIO ADIANTADO	12,00	698,86	P
833	MEDIA HORAS 13o ADIANTADO	12,00	1,45	P
835	VANTAGENS 13o ADIANTADO	12,00	104,50	P

ND: 1 Proventos: 804,81 Descontos: 0,00 Informativa: 64,38 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 804,81
NF: 0 Base INSS: 0,00 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 804,81 Valor FGTS: 64,38 Base IRRF: 0,00

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

13	13 SALARIO ADIANTADO	12,00	698,86	P
833	MEDIA HORAS 13o ADIANTADO	12,00	131,90	P
835	VANTAGENS 13o ADIANTADO	12,00	104,50	P

ND: 0 Proventos: 935,26 Descontos: 0,00 Informativa: 74,82 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 935,26
NF: 0 Base INSS: 0,00 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 935,26 Valor FGTS: 74,82 Base IRRF: 0,00

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

EXTRATO MENSAL

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

13	13 SALARIO ADIANTADO	12,00	595,75 P
833	MEDIA HORAS 13o ADIANTADO	12,00	109,11 P
835	VANTAGENS 13o ADIANTADO	12,00	104,50 P

ND: 0 Proventos: 809,36 Descontos: 0,00 Informativa: 64,74 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 809,36
NF: 0 Base INSS: 0,00 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 809,36 Valor FGTS: 64,74 Base IRRF: 0,00

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

13	13 SALARIO ADIANTADO	12,00	698,86 P
833	MEDIA HORAS 13o ADIANTADO	12,00	92,36 P
835	VANTAGENS 13o ADIANTADO	12,00	104,50 P

ND: 2 Proventos: 895,72 Descontos: 0,00 Informativa: 71,65 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 895,72
NF: 1 Base INSS: 0,00 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 895,72 Valor FGTS: 71,65 Base IRRF: 0,00
Doença período igual ou inferior a 15 dias: 08/11/2020 a 08/11/2020

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

13	13 SALARIO ADIANTADO	12,00	698,86 P
833	MEDIA HORAS 13o ADIANTADO	12,00	119,77 P
835	VANTAGENS 13o ADIANTADO	12,00	104,50 P

ND: 0 Proventos: 923,13 Descontos: 0,00 Informativa: 73,85 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 923,13
NF: 0 Base INSS: 0,00 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 923,13 Valor FGTS: 73,85 Base IRRF: 0,00

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

13	13 SALARIO ADIANTADO	12,00	698,86 P
835	VANTAGENS 13o ADIANTADO	12,00	104,50 P

ND: 1 Proventos: 803,36 Descontos: 0,00 Informativa: 64,26 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 803,36
NF: 1 Base INSS: 0,00 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 803,36 Valor FGTS: 64,26 Base IRRF: 0,00

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

13	13 SALARIO ADIANTADO	12,00	698,86 P
833	MEDIA HORAS 13o ADIANTADO	12,00	1,02 P
835	VANTAGENS 13o ADIANTADO	12,00	104,50 P

ND: 0 Proventos: 804,38 Descontos: 0,00 Informativa: 64,35 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 804,38
NF: 0 Base INSS: 0,00 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 804,38 Valor FGTS: 64,35 Base IRRF: 0,00

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

EXTRATO MENSAL

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

13	13 SALARIO ADIANTADO	10,00	582,48 P
833	MEDIA HORAS 13o ADIANTADO	10,00	2,12 P
835	VANTAGENS 13o ADIANTADO	10,00	87,08 P

ND: 1 Proventos: 671,68 Descontos: 0,00 Informativa: 53,73 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 671,68
NF: 1 Base INSS: 0,00 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 671,68 Valor FGTS: 53,73 Base IRRF: 0,00

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

13	13 SALARIO ADIANTADO	12,00	698,86 P
833	MEDIA HORAS 13o ADIANTADO	12,00	2,04 P
835	VANTAGENS 13o ADIANTADO	12,00	104,50 P

ND: 2 Proventos: 805,40 Descontos: 0,00 Informativa: 64,43 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 805,40
NF: 1 Base INSS: 0,00 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 805,40 Valor FGTS: 64,43 Base IRRF: 0,00
Doença período igual ou inferior a 15 dias: 14/11/2020 a 14/11/2020

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

13	13 SALARIO ADIANTADO	12,00	595,75 P
833	MEDIA HORAS 13o ADIANTADO	12,00	13,00 P
835	VANTAGENS 13o ADIANTADO	12,00	104,50 P

ND: 0 Proventos: 713,25 Descontos: 0,00 Informativa: 57,06 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 713,25
NF: 0 Base INSS: 0,00 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 713,25 Valor FGTS: 57,06 Base IRRF: 0,00

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

13	13 SALARIO ADIANTADO	12,00	595,75 P
833	MEDIA HORAS 13o ADIANTADO	12,00	7,80 P
835	VANTAGENS 13o ADIANTADO	12,00	104,50 P

ND: 0 Proventos: 708,05 Descontos: 0,00 Informativa: 56,64 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 708,05
NF: 0 Base INSS: 0,00 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 708,05 Valor FGTS: 56,64 Base IRRF: 0,00

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

13	13 SALARIO ADIANTADO	12,00	698,86 P
833	MEDIA HORAS 13o ADIANTADO	12,00	118,93 P
835	VANTAGENS 13o ADIANTADO	12,00	104,50 P

ND: 2 Proventos: 922,29 Descontos: 0,00 Informativa: 73,78 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 922,29
NF: 1 Base INSS: 0,00 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 922,29 Valor FGTS: 73,78 Base IRRF: 0,00
Doença período igual ou inferior a 15 dias: 05/11/2020 a 19/11/2020
Novo afast. mesma doença: 20/11/2020 a 04/12/2020

EXTRATO MENSAL

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

13	13 SALARIO ADIANTADO	12,00	698,86 P
833	MEDIA HORAS 13o ADIANTADO	12,00	2,04 P
835	VANTAGENS 13o ADIANTADO	12,00	104,50 P

ND: 0 Proventos: 805,40 Descontos: 0,00 Informativa: 64,43 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 805,40
NF: 0 Base INSS: 0,00 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 805,40 Valor FGTS: 64,43 Base IRRF: 0,00

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

13	13 SALARIO ADIANTADO	12,00	1.274,21 P
834	MEDIA VALOR 13o ADIANTADO	12,00	250,00 P
835	VANTAGENS 13o ADIANTADO	12,00	104,50 P

ND: 1 Proventos: 1.628,71 Descontos: 0,00 Informativa: 130,29 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.628,71
NF: 1 Base INSS: 0,00 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.628,71 Valor FGTS: 130,29 Base IRRF: 0,00

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

13	13 SALARIO ADIANTADO	12,00	698,86 P
833	MEDIA HORAS 13o ADIANTADO	12,00	6,10 P
835	VANTAGENS 13o ADIANTADO	12,00	104,50 P

ND: 0 Proventos: 809,46 Descontos: 0,00 Informativa: 64,75 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 809,46
NF: 0 Base INSS: 0,00 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 809,46 Valor FGTS: 64,75 Base IRRF: 0,00

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

13	13 SALARIO ADIANTADO	12,00	698,86 P
833	MEDIA HORAS 13o ADIANTADO	12,00	111,77 P
835	VANTAGENS 13o ADIANTADO	12,00	104,50 P

ND: 0 Proventos: 915,13 Descontos: 0,00 Informativa: 73,21 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 915,13
NF: 0 Base INSS: 0,00 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 915,13 Valor FGTS: 73,21 Base IRRF: 0,00

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

13	13 SALARIO ADIANTADO	12,00	698,86 P
835	VANTAGENS 13o ADIANTADO	12,00	104,50 P

ND: 0 Proventos: 803,36 Descontos: 0,00 Informativa: 64,26 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 803,36
NF: 0 Base INSS: 0,00 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 803,36 Valor FGTS: 64,26 Base IRRF: 0,00

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

13	13 SALARIO ADIANTADO	12,00	621,17 P
835	VANTAGENS 13o ADIANTADO	12,00	104,50 P

ND: 0 Proventos: 725,67 Descontos: 0,00 Informativa: 58,05 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 725,67
NF: 0 Base INSS: 0,00 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 725,67 Valor FGTS: 58,05 Base IRRF: 0,00

EXTRATO MENSAL

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

13	13 SALARIO ADIANTADO	9,00	955,65 P
833	MEDIA HORAS 13o ADIANTADO	9,00	56,58 P
834	MEDIA VALOR 13o ADIANTADO	9,00	107,14 P
835	VANTAGENS 13o ADIANTADO	9,00	78,38 P

ND: 0 Proventos: 1.197,75 Descontos: 0,00 Informativa: 95,82 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.197,75
NF: 0 Base INSS: 0,00 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.197,75 Valor FGTS: 95,82 Base IRRF: 0,00

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

13	13 SALARIO ADIANTADO	12,00	698,86 P
833	MEDIA HORAS 13o ADIANTADO	12,00	3,05 P
835	VANTAGENS 13o ADIANTADO	12,00	104,50 P

ND: 0 Proventos: 806,41 Descontos: 0,00 Informativa: 64,51 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 806,41
NF: 0 Base INSS: 0,00 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 806,41 Valor FGTS: 64,51 Base IRRF: 0,00

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

13	13 SALARIO ADIANTADO	9,00	955,65 P
833	MEDIA HORAS 13o ADIANTADO	9,00	74,77 P
835	VANTAGENS 13o ADIANTADO	9,00	78,38 P

ND: 0 Proventos: 1.108,80 Descontos: 0,00 Informativa: 88,70 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.108,80
NF: 0 Base INSS: 0,00 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.108,80 Valor FGTS: 88,70 Base IRRF: 0,00

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

13	13 SALARIO ADIANTADO	12,00	698,86 P
833	MEDIA HORAS 13o ADIANTADO	12,00	125,91 P
835	VANTAGENS 13o ADIANTADO	12,00	104,50 P

ND: 0 Proventos: 929,27 Descontos: 0,00 Informativa: 74,34 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 929,27
NF: 0 Base INSS: 0,00 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 929,27 Valor FGTS: 74,34 Base IRRF: 0,00

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

13	13 SALARIO ADIANTADO	12,00	698,86 P
835	VANTAGENS 13o ADIANTADO	12,00	104,50 P

ND: 1 Proventos: 803,36 Descontos: 0,00 Informativa: 64,26 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 803,36
NF: 1 Base INSS: 0,00 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 803,36 Valor FGTS: 64,26 Base IRRF: 0,00

EXTRATO MENSAL

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

13	13 SALARIO ADIANTADO	12,00	1.274,21 P
833	MEDIA HORAS 13o ADIANTADO	12,00	18,05 P
835	VANTAGENS 13o ADIANTADO	12,00	104,50 P

ND: 0 Proventos: 1.396,76 Descontos: 0,00 Informativa: 111,74 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.396,76
NF: 0 Base INSS: 0,00 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.396,76 Valor FGTS: 111,74 Base IRRF: 0,00

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

13	13 SALARIO ADIANTADO	12,00	595,75 P
833	MEDIA HORAS 13o ADIANTADO	12,00	110,05 P
835	VANTAGENS 13o ADIANTADO	12,00	104,50 P

ND: 1 Proventos: 810,30 Descontos: 0,00 Informativa: 64,82 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 810,30
NF: 0 Base INSS: 0,00 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 810,30 Valor FGTS: 64,82 Base IRRF: 0,00

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

13	13 SALARIO ADIANTADO	12,00	698,86 P
833	MEDIA HORAS 13o ADIANTADO	12,00	119,75 P
835	VANTAGENS 13o ADIANTADO	12,00	104,50 P

ND: 0 Proventos: 923,11 Descontos: 0,00 Informativa: 73,84 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 923,11
NF: 0 Base INSS: 0,00 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 923,11 Valor FGTS: 73,84 Base IRRF: 0,00

Empr.: 3807 SAMIR BISPO DOS SANTOS Situação: Trabalhando CPF: 246.121.428-02 PIS: 126.39710.89-5
Cargo: 71 TEC. ENFERMAGEM Vínculo: Celetista Adm: 26/10/2020 CTPS/Série: 66713/00154
CC: 900 Depto: 600 Filial: 1 Salário: 1.397,71

13	13 SALARIO ADIANTADO	2,00	116,48 P
835	VANTAGENS 13o ADIANTADO	2,00	17,42 P

ND: 0 Proventos: 133,90 Descontos: 0,00 Informativa: 10,71 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 133,90
NF: 0 Base INSS: 0,00 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 133,90 Valor FGTS: 10,71 Base IRRF: 0,00

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

13	13 SALARIO ADIANTADO	10,00	582,48 P
833	MEDIA HORAS 13o ADIANTADO	10,00	106,96 P
834	MEDIA VALOR 13o ADIANTADO	10,00	12,76 P
835	VANTAGENS 13o ADIANTADO	10,00	87,08 P

ND: 0 Proventos: 789,28 Descontos: 0,00 Informativa: 63,14 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 789,28
NF: 0 Base INSS: 0,00 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 789,28 Valor FGTS: 63,14 Base IRRF: 0,00

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

EXTRATO MENSAL

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

13	13 SALARIO ADIANTADO	12,00	1.443,43 P	
833	MEDIA HORAS 13o ADIANTADO	12,00	0,11 P	
834	MEDIA VALOR 13o ADIANTADO	12,00	477,71 P	
835	VANTAGENS 13o ADIANTADO	12,00	104,50 P	

ND: 0 Proventos: 2.025,75 Descontos: 0,00 Informativa: 162,06 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 2.025,75
NF: 0 Base INSS: 0,00 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 2.025,75 Valor FGTS: 162,06 Base IRRF: 0,00

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

13	13 SALARIO ADIANTADO	12,00	698,86 P	
833	MEDIA HORAS 13o ADIANTADO	12,00	2,04 P	
835	VANTAGENS 13o ADIANTADO	12,00	104,50 P	

ND: 2 Proventos: 805,40 Descontos: 0,00 Informativa: 64,43 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 805,40
NF: 1 Base INSS: 0,00 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 805,40 Valor FGTS: 64,43 Base IRRF: 0,00

Totais por Centro de Custos	**Proventos**	**Descontos**	**Liquido**
900 UTI MIRANDOPOLIS	36.249,74	0,00	36.249,74
Total:	36.249,74	0,00	36.249,74

Total Geral Proventos: 36.249,74 — Total Geral Descontos: 0,00
Líquido Geral: 36.249,74

Resumo por Rubrica

13	13 SALARIO ADIANTADO	436,00	29.386,31 P
833	MEDIA HORAS 13o ADIANTADO	374,00	2.206,73 P
834	MEDIA VALOR 13o ADIANTADO	55,00	859,86 P
835	VANTAGENS 13o ADIANTADO	436,00	3.796,84 P

Líquido Geral: 36.249,74

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

EXTRATO MENSAL

Situações

Número de empregados:	38	Salário contribuição empregados:	0,00	Base IRRF Mensal:	0,00
Numero de estagiários:	0	Salário contribuição contribuintes:	0,00	Valor IRRF Mensal:	0,00
Trabalhando:	37	Excedente:	0,00	Base IRRF Férias:	0,00
Afastado direitos integrais:	0	Base total:	0,00	Valor IRRF Férias:	0,00
Afastado acidente de trabalho:	0	Segurados:	0,00	Base IRRF Partic. Lucros:	0,00
Afastado serviço militar:	0	Empresa:	0,00	Valor IRRF Partic. Lucros:	0,00
Salário maternidade:	0	RAT:	0,00	Base IRRF Exterior:	0,00
Salário maternidade INSS:	0	Contribuintes:	0,00	Valor IRRF Exterior:	0,00
Doença:	0	Sub-Total:	0,00	Base IRRF 13º Salário:	0,00
Doença Profissional:	0	Retenções:	0,00	Valor IRRF 13º Salário:	0,00
Licença sem vencimento:	0	(-) Salário família/maternidade:	0,00	Valor Total do IRRF:	0,00
Demitido:	0	Compensações:	0,00	IRRF Aluguéis:	0,00
Transferido:	0	Valores pagos a Cooperativas:	0,00	IRRF contribuintes:	0,00
Férias:	1	Outras Compensações:	0,00	Base do FGTS:	36.249,74
Mandato sindical:	0	Total:	0,00	Valor do FGTS:	2.899,83
Aposentadoria:	0	Terceiros:	0,00	Base do FGTS Aprendiz:	0,00
Partic. curso/programa de qualificação:	0	Total INSS:	0,00	Valor do FGTS Aprendiz:	0,00
Ausência justificada:	0			Base FGTS - GRRF:	0,00
Outros motivos de afastamento:	0			FGTS - GRRF:	0,00
Admissões:	0			Base FGTS mes ant. - GRRF:	0,00
Número de contribuintes:	0			FGTS mes ant. - GRRF:	0,00
				Base PIS:	0,00
				Valor PIS:	0,00
				Base ISS:	0,00
				Valor ISS:	0,00
				Líquido Geral:	36.249,74

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

EMPRESA

Aviso de lançamento

G3311813441245231
18/12/2020 14:29:13

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

Data 26/11/2020 Valor R$ 938,56 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 200, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

(Novecentos e trinta e oito reais e cinqüenta e seis centavos)

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

Documento emitido por: JOAO P M P AFFONSO em 18/12/2020 14:29:13

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0008-89 CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

13o. Adiantamento
Novembro de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
13	13 SALARIO ADIANTADO	12,00	698,86	
833	MEDIA HORAS 13o ADIANTADO	12,00	135,20	
835	VANTAGENS 13o ADIANTADO	12,00	104,50	

	Total de Vencimentos	Total de Descontos
	938,56	0,00
Valor Líquido ⇨		938,56

BANCO DO BRASIL 1
conta corrente: 108306-6 Agência: 448 - 0

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	0,00	938,56	75,08	0,00	0,00

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

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0008-89 CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

13o. Adiantamento
Novembro de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
13	13 SALARIO ADIANTADO	12,00	698,86	
833	MEDIA HORAS 13o ADIANTADO	12,00	135,20	
835	VANTAGENS 13o ADIANTADO	12,00	104,50	

	Total de Vencimentos	Total de Descontos
	938,56	0,00
Valor Líquido ⇨		938,56

BANCO DO BRASIL 1
conta corrente: 108306-6 Agência: 448 - 0

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	0,00	938,56	75,08	0,00	0,00

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

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

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

EMPRESA

Aviso de lançamento

G3311813441245231
18/12/2020 14:29:13

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

Data 26/11/2020 Valor R$ 1.638,58 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 200, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

(Um mil e seiscentos e trinta e oito reais e cinqüenta e oito centavos)

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

Documento emitido por: JOAO P M P AFFONSO em 18/12/2020 14:29:13

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0008-89 CC: UTI MIRANDOPOLIS 13o. Adiantamento
Mensalista Novembro de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
13	13 SALARIO ADIANTADO	12,00	1.274,21	
833	MEDIA HORAS 13o ADIANTADO	12,00	259,87	
835	VANTAGENS 13o ADIANTADO	12,00	104,50	

	Total de Vencimentos	Total de Descontos
	1.638,58	0,00
BANCO DO BRASIL 1		
conta corrente: 19432-8 Agência: 448 - 0	Valor Líquido ⇨	1.638,58

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
2.548,41	0,00	1.638,58	131,08	0,00	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 13o. Adiantamento
Mensalista Novembro de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
13	13 SALARIO ADIANTADO	12,00	1.274,21	
833	MEDIA HORAS 13o ADIANTADO	12,00	259,87	
835	VANTAGENS 13o ADIANTADO	12,00	104,50	

	Total de Vencimentos	Total de Descontos
	1.638,58	0,00
BANCO DO BRASIL 1		
conta corrente: 19432-8 Agência: 448 - 0	Valor Líquido ⇨	1.638,58

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
2.548,41	0,00	1.638,58	131,08	0,00	0,00

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

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

EMPRESA

Aviso de lançamento

G3311813441245231
18/12/2020 14:29:13

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

Data 26/11/2020 Valor R$ 806,41 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 200, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

(Oitocentos e seis reais e quarenta e um centavos)

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

Documento emitido por: JOAO P M P AFFONSO em 18/12/2020 14:29:13

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0008-89 CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

13o. Adiantamento
Novembro de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
13	13 SALARIO ADIANTADO	12,00	698,86	
833	MEDIA HORAS 13o ADIANTADO	12,00	3,05	
835	VANTAGENS 13o ADIANTADO	12,00	104,50	

	Total de Vencimentos	Total de Descontos
	806,41	0,00
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 19481-6 Agência: 448 - 0	Valor Líquido ⇨	806,41

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	0,00	806,41	64,51	0,00	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

13o. Adiantamento
Novembro de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
13	13 SALARIO ADIANTADO	12,00	698,86	
833	MEDIA HORAS 13o ADIANTADO	12,00	3,05	
835	VANTAGENS 13o ADIANTADO	12,00	104,50	

	Total de Vencimentos	Total de Descontos
	806,41	0,00
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 19481-6 Agência: 448 - 0	Valor Líquido ⇨	806,41

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	0,00	806,41	64,51	0,00	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

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

EMPRESA

Aviso de lançamento

G3311813441245231
18/12/2020 14:29:13

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

Data 26/11/2020 Valor R$ 918,45 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 200, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

(Novecentos e dezoito 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 18/12/2020 14:29:13

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0008-89 CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

13o. Adiantamento
Novembro de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
13	13 SALARIO ADIANTADO	12,00	698,86	
833	MEDIA HORAS 13o ADIANTADO	12,00	115,09	
835	VANTAGENS 13o ADIANTADO	12,00	104,50	

Total de Vencimentos	Total de Descontos
918,45	0,00

BANCO DO BRASIL 1
conta corrente: 19476-x Agência: 448 - 0

Valor Líquido ⇨ 918,45

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	0,00	918,45	73,47	0,00	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

13o. Adiantamento
Novembro de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
13	13 SALARIO ADIANTADO	12,00	698,86	
833	MEDIA HORAS 13o ADIANTADO	12,00	115,09	
835	VANTAGENS 13o ADIANTADO	12,00	104,50	

Total de Vencimentos	Total de Descontos
918,45	0,00

BANCO DO BRASIL 1
conta corrente: 19476-x Agência: 448 - 0

Valor Líquido ⇨ 918,45

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	0,00	918,45	73,47	0,00	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

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

EMPRESA

Aviso de lançamento

G3311813441245231
18/12/2020 14:29:13

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

Data 26/11/2020 Valor R$ 925,42 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 200, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

(Novecentos e vinte e cinco reais e quarenta 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 18/12/2020 14:29:13

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0008-89 CC: UTI MIRANDOPOLIS 13o. Adiantamento
Mensalista Novembro de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
13	13 SALARIO ADIANTADO	12,00	698,86	
833	MEDIA HORAS 13o ADIANTADO	12,00	122,06	
835	VANTAGENS 13o ADIANTADO	12,00	104,50	

	Total de Vencimentos	Total de Descontos
	925,42	0,00
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 20148-0 Agência: 448 - 0	Valor Líquido ⇨	925,42

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	0,00	925,42	74,03	0,00	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 13o. Adiantamento
Mensalista Novembro de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
13	13 SALARIO ADIANTADO	12,00	698,86	
833	MEDIA HORAS 13o ADIANTADO	12,00	122,06	
835	VANTAGENS 13o ADIANTADO	12,00	104,50	

	Total de Vencimentos	Total de Descontos
	925,42	0,00
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 20148-0 Agência: 448 - 0	Valor Líquido ⇨	925,42

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	0,00	925,42	74,03	0,00	0,00

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

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

EMPRESA

Aviso de lançamento

G3311813441245231
18/12/2020 14:29:13

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

Data 26/11/2020 Valor R$ 1.424,47 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 200, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

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

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

Documento emitido por: JOAO P M P AFFONSO em 18/12/2020 14:29:13

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0008-89 CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

13o. Adiantamento
Novembro de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
13	13 SALARIO ADIANTADO	12,00	1.274,21	
833	MEDIA HORAS 13o ADIANTADO	12,00	33,51	
834	MEDIA VALOR 13o ADIANTADO	12,00	12,25	
835	VANTAGENS 13o ADIANTADO	12,00	104,50	

	Total de Vencimentos	Total de Descontos
	1.424,47	0,00
BANCO DO BRASIL 1 conta: 111247-3 Agência: 448 - 0	Valor Líquido ⇨	1.424,47

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
2.548,41	0,00	1.424,47	113,95	0,00	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

13o. Adiantamento
Novembro de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
13	13 SALARIO ADIANTADO	12,00	1.274,21	
833	MEDIA HORAS 13o ADIANTADO	12,00	33,51	
834	MEDIA VALOR 13o ADIANTADO	12,00	12,25	
835	VANTAGENS 13o ADIANTADO	12,00	104,50	

	Total de Vencimentos	Total de Descontos
	1.424,47	0,00
BANCO DO BRASIL 1 conta: 111247-3 Agência: 448 - 0	Valor Líquido ⇨	1.424,47

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
2.548,41	0,00	1.424,47	113,95	0,00	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

/ /
Data

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

EMPRESA

Aviso de lançamento

G3311813441245231
18/12/2020 14:29:13

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

Data 26/11/2020 Valor R$ 1.485,29 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 200, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

(Um mil e quatrocentos e oitenta e cinco reais e vinte e nove centavos)

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

Documento emitido por: JOAO P M P AFFONSO em 18/12/2020 14:29:13

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0008-89 CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

13o. Adiantamento
Novembro de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
13	13 SALARIO ADIANTADO	12,00	1.274,21	
833	MEDIA HORAS 13o ADIANTADO	12,00	106,58	
835	VANTAGENS 13o ADIANTADO	12,00	104,50	

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.485,29	0,00

BANCO DO BRASIL 1
conta salário: 88948-2 Agência: 0295 - X

Valor Líquido ⇨ 1.485,29

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
2.548,41	0,00	1.485,29	118,82	0,00	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

13o. Adiantamento
Novembro de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
13	13 SALARIO ADIANTADO	12,00	1.274,21	
833	MEDIA HORAS 13o ADIANTADO	12,00	106,58	
835	VANTAGENS 13o ADIANTADO	12,00	104,50	

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.485,29	0,00

BANCO DO BRASIL 1
conta salário: 88948-2 Agência: 0295 - X

Valor Líquido ⇨ 1.485,29

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
2.548,41	0,00	1.485,29	118,82	0,00	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

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

EMPRESA

Aviso de lançamento

G3311813441245231
18/12/2020 14:29:13

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

Data 26/11/2020 Valor R$ 898,05 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 200, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

(Oitocentos e noventa e oito reais e cinco centavos)

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

Documento emitido por: JOAO P M P AFFONSO em 18/12/2020 14:29:13

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0008-89 CC: UTI MIRANDOPOLIS 13o. Adiantamento
Mensalista Novembro de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
13	13 SALARIO ADIANTADO	12,00	698,86	
833	MEDIA HORAS 13o ADIANTADO	12,00	94,69	
835	VANTAGENS 13o ADIANTADO	12,00	104,50	

Total de Vencimentos	Total de Descontos
898,05	0,00

BANCO DO BRASIL 1
conta corrente: 19425-5 Agência: 448 - 0

Valor Líquido ⇨ 898,05

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	0,00	898,05	71,84	0,00	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 13o. Adiantamento
Mensalista Novembro de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
13	13 SALARIO ADIANTADO	12,00	698,86	
833	MEDIA HORAS 13o ADIANTADO	12,00	94,69	
835	VANTAGENS 13o ADIANTADO	12,00	104,50	

Total de Vencimentos	Total de Descontos
898,05	0,00

BANCO DO BRASIL 1
conta corrente: 19425-5 Agência: 448 - 0

Valor Líquido ⇨ 898,05

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	0,00	898,05	71,84	0,00	0,00

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

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

EMPRESA

Aviso de lançamento

G3311813441245231
18/12/2020 14:29:13

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

Data 26/11/2020 Valor R$ 804,81 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 200, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

(Oitocentos e quatro reais e oitenta e um centavos)

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

Documento emitido por: JOAO P M P AFFONSO em 18/12/2020 14:29:13

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0008-89 CC: UTI MIRANDOPOLIS 13o. Adiantamento
Mensalista Novembro de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
13	13 SALARIO ADIANTADO	12,00	698,86	
833	MEDIA HORAS 13o ADIANTADO	12,00	1,45	
835	VANTAGENS 13o ADIANTADO	12,00	104,50	

	Total de Vencimentos	Total de Descontos
	804,81	0,00
BANCO DO BRASIL 1 conta: 20619-9 Agência: 448 - 0	Valor Líquido ⇨	804,81

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	0,00	804,81	64,38	0,00	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 13o. Adiantamento
Mensalista Novembro de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
13	13 SALARIO ADIANTADO	12,00	698,86	
833	MEDIA HORAS 13o ADIANTADO	12,00	1,45	
835	VANTAGENS 13o ADIANTADO	12,00	104,50	

	Total de Vencimentos	Total de Descontos
	804,81	0,00
BANCO DO BRASIL 1 conta: 20619-9 Agência: 448 - 0	Valor Líquido ⇨	804,81

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	0,00	804,81	64,38	0,00	0,00

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

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

EMPRESA

Aviso de lançamento

G3311813441245231
18/12/2020 14:29:13

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

Data 26/11/2020 Valor R$ 935,26 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 200, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

(Novecentos e trinta e cinco reais e vinte e seis centavos)

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

Documento emitido por: JOAO P M P AFFONSO em 18/12/2020 14:29:13

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0008-89 CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

13o. Adiantamento
Novembro de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
13	13 SALARIO ADIANTADO	12,00	698,86	
833	MEDIA HORAS 13o ADIANTADO	12,00	131,90	
835	VANTAGENS 13o ADIANTADO	12,00	104,50	

Total de Vencimentos	Total de Descontos
935,26	0,00

BANCO DO BRASIL 1
conta: 20671-7 Agência: 448 - 0

Valor Líquido ⇨ 935,26

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,72	0,00	935,26	74,82	0,00	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

13o. Adiantamento
Novembro de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
13	13 SALARIO ADIANTADO	12,00	698,86	
833	MEDIA HORAS 13o ADIANTADO	12,00	131,90	
835	VANTAGENS 13o ADIANTADO	12,00	104,50	

Total de Vencimentos	Total de Descontos
935,26	0,00

BANCO DO BRASIL 1
conta: 20671-7 Agência: 448 - 0

Valor Líquido ⇨ 935,26

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,72	0,00	935,26	74,82	0,00	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandopolis

EMPRESA

Aviso de lançamento

G3311813441245231
18/12/2020 14:29:13

Agência 6790-3
Conta corrente 211-9 ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

Data 26/11/2020 Valor R$ 809,36 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 200, 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.

(Oitocentos e nove reais e trinta e seis centavos)

* Este aviso de lançamento não é válido como comprovante da operação e demonstra apenas que houve um lançamento em conta corrente.
* O valor constante deste aviso de lançamento corresponde ao valor individual pago ao favorecido informado neste documento. O total debitado em conta corrente corresponde à soma de todos os pagamentos processados pela remessa indicada.

Documento emitido por: JOAO P M P AFFONSO em 18/12/2020 14:29:13

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saude
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandopolis
Tipo de Despesa: Custeio

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0008-89 CC: UTI MIRANDOPOLIS Mensalista 13o. Adiantamento Novembro de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2126	DEBORA CRISTINA LOCHE	411005	700	1
	AUX. ADM. FARMACIA	Admissão:		04/10/2017

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
13	13 SALARIO ADIANTADO	12,00	595,75	
833	MEDIA HORAS 13o ADIANTADO	12,00	109,11	
835	VANTAGENS 13o ADIANTADO	12,00	104,50	

	Total de Vencimentos	Total de Descontos
	809,36	0,00
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 19413-1 Agência: 448 - 0	Valor Líquido ⇨	809,36

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.191,49	0,00	809,36	64,74	0,00	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 13o. Adiantamento Novembro de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2126	DEBORA CRISTINA LOCHE	411005	700	1
	AUX. ADM. FARMACIA	Admissão:		04/10/2017

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
13	13 SALARIO ADIANTADO	12,00	595,75	
833	MEDIA HORAS 13o ADIANTADO	12,00	109,11	
835	VANTAGENS 13o ADIANTADO	12,00	104,50	

	Total de Vencimentos	Total de Descontos
	809,36	0,00
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 19413-1 Agência: 448 - 0	Valor Líquido ⇨	809,36

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.191,49	0,00	809,36	64,74	0,00	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.
Assinatura do Funcionário
Data

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual "Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandopolis
Tipo de Despesa: Custeio

EMPRESA

Aviso de lançamento

G3311813441245231
18/12/2020 14:29:13

Agência 6790-3
Conta corrente 211-9 ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

Data 26/11/2020 Valor R$ 895.72 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 200, 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.

(Oitocentos e noventa e cinco reais e setenta e dois centavos)

* Este aviso de lançamento não é válido como comprovante da operação e demonstra apenas que houve um lançamento em conta corrente.
* O valor constante deste aviso de lançamento corresponde ao valor individual pago ao favorecido informado neste documento. O total debitado em conta corrente corresponde à soma de todos os pagamentos processados pela remessa indicada.

Documento emitido por: JOAO P M P AFFONSO em 18/12/2020 14:29:13

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saude
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandopolis
Tipo de Despesa: Custeio

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0008-89 CC: UTI MIRANDOPOLIS 13o. Adiantamento
Mensalista Novembro de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2132	DENISE PRISCILA ANCILOTTO LISBOA DE SOI	322205	600	1
	TEC. ENFERMAGEM	Admissão:	04/10/2017	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
13	13 SALARIO ADIANTADO	12,00	698,86	
833	MEDIA HORAS 13o ADIANTADO	12,00	92,36	
835	VANTAGENS 13o ADIANTADO	12,00	104,50	

	Total de Vencimentos	Total de Descontos
	895,72	0,00
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 7621-X Agência: 448 - 0	Valor Líquido ⇨	895,72

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	0,00	895,72	71,65	0,00	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 13o. Adiantamento
Mensalista Novembro de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2132	DENISE PRISCILA ANCILOTTO LISBOA DE SOI	322205	600	1
	TEC. ENFERMAGEM	Admissão:	04/10/2017	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
13	13 SALARIO ADIANTADO	12,00	698,86	
833	MEDIA HORAS 13o ADIANTADO	12,00	92,36	
835	VANTAGENS 13o ADIANTADO	12,00	104,50	

	Total de Vencimentos	Total de Descontos
	895,72	0,00
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 7621-X Agência: 448 - 0	Valor Líquido ⇨	895,72

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	0,00	895,72	71,65	0,00	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.
Assinatura do Funcionário
/ /
Data

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saude
UGE: 090196 - Hospital Estadual
'Dr. Oswaldo Brandi Faria' de Mirandopolis
Tipo de Despesa: Custeio

EMPRESA

Aviso de lançamento

G3311813441245231
18/12/2020 14:29:13

Agência 6790-3
Conta corrente 211-9 ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

Data 26/11/2020 Valor R$ 923,13 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 200, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

Pagamento efetuado a EDILAINE MUNHOZ MAQUEA, na conta 14.727, agência 0448 do banco 001.

(Novecentos e vinte e três reais e treze centavos)

* Este aviso de lançamento não é válido como comprovante da operação e demonstra apenas que houve um lançamento em conta corrente.
* O valor constante deste aviso de lançamento corresponde ao valor individual pago ao favorecido informado neste documento. O total debitado em conta corrente corresponde à soma de todos os pagamentos processados pela remessa indicada.

Documento emitido por: JOAO P M P AFFONSO em 18/12/2020 14:29:13

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saude
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandopolis
Tipo de Despesa: Custeio

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0008-89 CC: UTI MIRANDOPOLIS Mensalista 13o. Adiantamento Novembro de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2134	EDILAINE MUNHOZ MAQUEA	322205	600	1
	TEC. ENFERMAGEM	Admissão:	04/10/2017	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
13	13 SALARIO ADIANTADO	12,00	698,86	
833	MEDIA HORAS 13o ADIANTADO	12,00	119,77	
835	VANTAGENS 13o ADIANTADO	12,00	104,50	

Total de Vencimentos	Total de Descontos
923,13	0,00

BANCO DO BRASIL 1
conta corrente: 14727-3 Agência: 448 - 0

Valor Líquido ⇨ 923,13

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	0,00	923,13	73,85	0,00	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 13o. Adiantamento Novembro de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2134	EDILAINE MUNHOZ MAQUEA	322205	600	1
	TEC. ENFERMAGEM	Admissão:	04/10/2017	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
13	13 SALARIO ADIANTADO	12,00	698,86	
833	MEDIA HORAS 13o ADIANTADO	12,00	119,77	
835	VANTAGENS 13o ADIANTADO	12,00	104,50	

Total de Vencimentos	Total de Descontos
923,13	0,00

BANCO DO BRASIL 1
conta corrente: 14727-3 Agência: 448 - 0

Valor Líquido ⇨ 923,13

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	0,00	923,13	73,85	0,00	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.
Assinatura do Funcionário
Data

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandopolis
Tipo de Despesa: Custeio

EMPRESA

Aviso de lançamento

G3311813441245231
18/12/2020 14:29:13

Agência 6790-3
Conta corrente 211-9 ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

Data 26/11/2020 Valor R$ 803,36 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 200, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

Pagamento efetuado a EDILENE MANOEL, na conta 19.434, agência 0448 do banco 001.

(Oitocentos e três reais e trinta e seis centavos)

* Este aviso de lançamento não é válido como comprovante da operação e demonstra apenas que houve um lançamento em conta corrente.
* O valor constante deste aviso de lançamento corresponde ao valor individual pago ao favorecido informado neste documento. O total debitado em conta corrente corresponde à soma de todos os pagamentos processados pela remessa indicada.

Documento emitido por: JOAO P M P AFFONSO em 18/12/2020 14:29:13

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saude
UGE: 090196. - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandopolis
Tipo de Despesa: Custeio

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0008-89 CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

13o. Adiantamento
Novembro de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2135	EDILENE MANOEL	322205	600	1
	TEC. ENFERMAGEM	Admissão:		04/10/2017

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
13	13 SALARIO ADIANTADO	12,00	698,86	
835	VANTAGENS 13o ADIANTADO	12,00	104,50	

Total de Vencimentos	Total de Descontos
803,36	0,00

BANCO DO BRASIL 1
conta corrente: 19434-4 Agência: 448 - 0

Valor Líquido ⇨ 803,36

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	0,00	803,36	64,26	0,00	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

13o. Adiantamento
Novembro de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2135	EDILENE MANOEL	322205	600	1
	TEC. ENFERMAGEM	Admissão:		04/10/2017

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
13	13 SALARIO ADIANTADO	12,00	698,86	
835	VANTAGENS 13o ADIANTADO	12,00	104,50	

Total de Vencimentos	Total de Descontos
803,36	0,00

BANCO DO BRASIL 1
conta corrente: 19434-4 Agência: 448 - 0

Valor Líquido ⇨ 803,36

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	0,00	803,36	64,26	0,00	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saude
UGE: 090196 - Hospital Estadual
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandopolis
Tipo de Despesa: Custeio

EMPRESA

Aviso de lançamento

G3311813441245231
18/12/2020 14:29:13

Agência 6790-3
Conta corrente 211-9 ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

Data 26/11/2020 Valor R$ 804,38 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 200, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

Pagamento efetuado a ELAINE CRISTINA DIAS BORG, na conta 108.275, agência 0448 do banco 001.

(Oitocentos e quatro reais e trinta e oito centavos)

* Este aviso de lançamento não é válido como comprovante da operação e demonstra apenas que houve um lançamento em conta corrente.
* O valor constante deste aviso de lançamento corresponde ao valor individual pago ao favorecido informado neste documento. O total debitado em conta corrente corresponde à soma de todos os pagamentos processados pela remessa indicada.

Documento emitido por: JOAO P M P AFFONSO em 18/12/2020 14:29:13

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saude
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandopolis
Tipo de Despesa: Custeio

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0008-89 CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

13o. Adiantamento
Novembro de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2136	ELAINE CRISTINA DIAS BORGES	322205	600	1
	TEC. ENFERMAGEM	Admissão:	04/10/2017	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
13	13 SALARIO ADIANTADO	12,00	698,86	
833	MEDIA HORAS 13o ADIANTADO	12,00	1,02	
835	VANTAGENS 13o ADIANTADO	12,00	104,50	

Total de Vencimentos	Total de Descontos
804,38	0,00

BANCO DO BRASIL 1
conta corrente: 108275-2 Agência: 448 - 0

Valor Líquido ⇨ 804,38

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	0,00	804,38	64,35	0,00	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

13o. Adiantamento
Novembro de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2136	ELAINE CRISTINA DIAS BORGES	322205	600	1
	TEC. ENFERMAGEM	Admissão:	04/10/2017	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
13	13 SALARIO ADIANTADO	12,00	698,86	
833	MEDIA HORAS 13o ADIANTADO	12,00	1,02	
835	VANTAGENS 13o ADIANTADO	12,00	104,50	

Total de Vencimentos	Total de Descontos
804,38	0,00

BANCO DO BRASIL 1
conta corrente: 108275-2 Agência: 448 - 0

Valor Líquido ⇨ 804,38

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	0,00	804,38	64,35	0,00	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saude
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandopolis
Tipo de Despesa: Custeio

EMPRESA

Aviso de lançamento

G3311813441245231
18/12/2020 14:29:13

Agência 6790-3
Conta corrente 211-9 ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

Data 26/11/2020 Valor R$ 805,40 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 200, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

Pagamento efetuado a GISLAINE MACHADO MORABITO, na conta 19.478, agência 0448 do banco 001.

(Oitocentos e cinco reais e quarenta centavos)

* Este aviso de lançamento não é válido como comprovante da operação e demonstra apenas que houve um lançamento em conta corrente.
* O valor constante deste aviso de lançamento corresponde ao valor individual pago ao favorecido informado neste documento. O total debitado em conta corrente corresponde à soma de todos os pagamentos processados pela remessa indicada.

Documento emitido por: JOAO P M P AFFONSO em 18/12/2020 14:29:13

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandopolis
Tipo de Despesa: Custeio

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0008-89 CC: UTI MIRANDOPOLIS 13o. Adiantamento
Mensalista Novembro de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2137	GISLAINE MACHADO MORABITO	322205	600	1
	TEC. ENFERMAGEM	Admissão:	04/10/2017	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
13	13 SALARIO ADIANTADO	12,00	698,86	
833	MEDIA HORAS 13o ADIANTADO	12,00	2,04	
835	VANTAGENS 13o ADIANTADO	12,00	104,50	

Total de Vencimentos	Total de Descontos
805,40	0,00

BANCO DO BRASIL 1
conta corrente: 19478-6 Agência: 448 - 0

Valor Líquido ⇨ 805,40

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	0,00	805,40	64,43	0,00	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 13o. Adiantamento
Mensalista Novembro de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2137	GISLAINE MACHADO MORABITO	322205	600	1
	TEC. ENFERMAGEM	Admissão:	04/10/2017	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
13	13 SALARIO ADIANTADO	12,00	698,86	
833	MEDIA HORAS 13o ADIANTADO	12,00	2,04	
835	VANTAGENS 13o ADIANTADO	12,00	104,50	

Total de Vencimentos	Total de Descontos
805,40	0,00

BANCO DO BRASIL 1
conta corrente: 19478-6 Agência: 448 - 0

Valor Líquido ⇨ 805,40

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	0,00	805,40	64,43	0,00	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.
Assinatura do Funcionário
Data

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
'Dr. Oswaldo Brandi Faria' de Mirandopolis
Tipo de Despesa: Custeio

EMPRESA

Aviso de lançamento

G3311813441245231
18/12/2020 14:29:13

Agência 6790-3
Conta corrente 211-9 ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

Data 26/11/2020 Valor R$ 713,25 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 200, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

Pagamento efetuado a ISADORA MORAIS DE CASTRO, na conta 19.411, agência 0448 do banco 001.

(Setecentos e treze reais e vinte 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 18/12/2020 14:29:13

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saude
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandopolis
Tipo de Despesa: Custeio

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0008-89 CC: UTI MIRANDOPOLIS 13o. Adiantamento
Mensalista Novembro de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2127	ISADORA MORAIS DE CASTRO SANTOS	411005	700	1
	AUX. ADM. FARMACIA	Admissão:		04/10/2017

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
13	13 SALARIO ADIANTADO	12,00	595,75	
833	MEDIA HORAS 13o ADIANTADO	12,00	13,00	
835	VANTAGENS 13o ADIANTADO	12,00	104,50	

	Total de Vencimentos	Total de Descontos
	713,25	0,00
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 19411-5 Agência: 448 - 0	Valor Líquido ⇨	713,25

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.191,49	0,00	713,25	57,06	0,00	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 13o. Adiantamento
Mensalista Novembro de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2127	ISADORA MORAIS DE CASTRO SANTOS	411005	700	1
	AUX. ADM. FARMACIA	Admissão:		04/10/2017

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
13	13 SALARIO ADIANTADO	12,00	595,75	
833	MEDIA HORAS 13o ADIANTADO	12,00	13,00	
835	VANTAGENS 13o ADIANTADO	12,00	104,50	

	Total de Vencimentos	Total de Descontos
	713,25	0,00
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 19411-5 Agência: 448 - 0	Valor Líquido ⇨	713,25

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.191,49	0,00	713,25	57,06	0,00	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.
Assinatura do Funcionário
Data

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandopolis

EMPRESA

Aviso de lançamento

G3311813441245231
18/12/2020 14:29:13

Agência 6790-3
Conta corrente 211-9 ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

Data 26/11/2020 Valor R$ 708,05 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 200, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

Pagamento efetuado a IZABEL CRISTINA DE SOUZA, na conta 19.436, agência 0448 do banco 001.

(Setecentos e oito reais e cinco centavos)

* Este aviso de lançamento não é válido como comprovante da operação e demonstra apenas que houve um lançamento em conta corrente.
* O valor constante deste aviso de lançamento corresponde ao valor individual pago ao favorecido informado neste documento. O total debitado em conta corrente corresponde à soma de todos os pagamentos processados pela remessa indicada.

Documento emitido por: JOAO P M P AFFONSO em 18/12/2020 14:29:13

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196. - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandopolis
Tipo de Despesa: Custeio

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0008-89 CC: UTI MIRANDOPOLIS 13o. Adiantamento
Mensalista Novembro de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2130	IZABEL CRISTINA DE SOUZA	411005	700	1
	AUX. ADM. FARMACIA	Admissão:		04/10/2017

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
13	13 SALARIO ADIANTADO	12,00	595,75	
833	MEDIA HORAS 13o ADIANTADO	12,00	7,80	
835	VANTAGENS 13o ADIANTADO	12,00	104,50	

Total de Vencimentos	Total de Descontos
708,05	0,00

BANCO DO BRASIL 1
conta corrente: 19436-0 Agência: 448 - 0

Valor Líquido ⇨ 708,05

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.191,49	0,00	708,05	56,64	0,00	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 13o. Adiantamento
Mensalista Novembro de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2130	IZABEL CRISTINA DE SOUZA	411005	700	1
	AUX. ADM. FARMACIA	Admissão:		04/10/2017

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
13	13 SALARIO ADIANTADO	12,00	595,75	
833	MEDIA HORAS 13o ADIANTADO	12,00	7,80	
835	VANTAGENS 13o ADIANTADO	12,00	104,50	

Total de Vencimentos	Total de Descontos
708,05	0,00

BANCO DO BRASIL 1
conta corrente: 19436-0 Agência: 448 - 0

Valor Líquido ⇨ 708,05

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.191,49	0,00	708,05	56,64	0,00	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.
Assinatura do Funcionário
/ / Data

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saude
UGE: 090196. - Hospital Estadual
'Dr. Oswaldo Brandi Faria' de Mirandopolis
Tipo de Despesa: Custeio

EMPRESA

Aviso de lançamento

G3311813441245231
18/12/2020 14:29:13

Agência 6790-3
Conta corrente 211-9 ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

Data 26/11/2020 Valor R$ 922,29 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 200, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

Pagamento efetuado a JOSE LOPES DE OLIVEIRA, na conta 107.885, agência 0448 do banco 001.

(Novecentos e vinte e dois reais e vinte e nove centavos)

* Este aviso de lançamento não é válido como comprovante da operação e demonstra apenas que houve um lançamento em conta corrente.
* O valor constante deste aviso de lançamento corresponde ao valor individual pago ao favorecido informado neste documento. O total debitado em conta corrente corresponde à soma de todos os pagamentos processados pela remessa indicada.

Documento emitido por: JOAO P M P AFFONSO em 18/12/2020 14:29:13

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saude
UGE: 090196. - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandopolis
Tipo de Despesa: Custeio

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0008-89 CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

13o. Adiantamento
Novembro de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2139	JOSE LOPES DE OLIVEIRA	322205	600	1
	TEC. ENFERMAGEM	Admissão:		04/10/2017

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
13	13 SALARIO ADIANTADO	12,00	698,86	
833	MEDIA HORAS 13o ADIANTADO	12,00	118,93	
835	VANTAGENS 13o ADIANTADO	12,00	104,50	

Total de Vencimentos	Total de Descontos
922,29	0,00

BANCO DO BRASIL 1
conta corrente: 107885-2 Agência: 448 - 0

Valor Líquido ⇨ 922,29

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	0,00	922,29	73,78	0,00	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

13o. Adiantamento
Novembro de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2139	JOSE LOPES DE OLIVEIRA	322205	600	1
	TEC. ENFERMAGEM	Admissão:		04/10/2017

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
13	13 SALARIO ADIANTADO	12,00	698,86	
833	MEDIA HORAS 13o ADIANTADO	12,00	118,93	
835	VANTAGENS 13o ADIANTADO	12,00	104,50	

Total de Vencimentos	Total de Descontos
922,29	0,00

BANCO DO BRASIL 1
conta corrente: 107885-2 Agência: 448 - 0

Valor Líquido ⇨ 922,29

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	0,00	922,29	73,78	0,00	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saude
UGE: 090196 - Hospital Estadual
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandopolis
Tipo de Despesa: Custeio

EMPRESA

Aviso de lançamento

G3311813441245231
18/12/2020 14:29:13

Agência 6790-3
Conta corrente 211-9 ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

Data 26/11/2020 Valor R$ 805,40 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 200, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

Pagamento efetuado a KELLY CRISTINA RAMOS ROCH, na conta 19.414, agência 0448 do banco 001.

(Oitocentos e cinco reais e quarenta centavos)

* Este aviso de lançamento não é válido como comprovante da operação e demonstra apenas que houve um lançamento em conta corrente.
* O valor constante deste aviso de lançamento corresponde ao valor individual pago ao favorecido informado neste documento. O total debitado em conta corrente corresponde à soma de todos os pagamentos processados pela remessa indicada.

Documento emitido por: JOAO P M P AFFONSO em 18/12/2020 14:29:13

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
'Dr. Oswaldo Brandi Faria' de Mirandopolis
Tipo de Despesa: Custeio

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0008-89 CC: UTI MIRANDOPOLIS 13o. Adiantamento
Mensalista Novembro de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Fêal
2146	KELLY CRISTINA RAMOS ROCHA	322205	600	1
	TEC. ENFERMAGEM	Admissão:		04/10/2017

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
13	13 SALARIO ADIANTADO	12,00	698,86	
833	MEDIA HORAS 13o ADIANTADO	12,00	2,04	
835	VANTAGENS 13o ADIANTADO	12,00	104,50	

Total de Vencimentos	Total de Descontos
805,40	0,00

BANCO DO BRASIL 1
conta corrente: 19414-X Agência: 448 - 0

Valor Líquido ⇨ 805,40

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	0,00	805,40	64,43	0,00	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 13o. Adiantamento
Mensalista Novembro de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Fêal
2146	KELLY CRISTINA RAMOS ROCHA	322205	600	1
	TEC. ENFERMAGEM	Admissão:		04/10/2017

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
13	13 SALARIO ADIANTADO	12,00	698,86	
833	MEDIA HORAS 13o ADIANTADO	12,00	2,04	
835	VANTAGENS 13o ADIANTADO	12,00	104,50	

Total de Vencimentos	Total de Descontos
805,40	0,00

BANCO DO BRASIL 1
conta corrente: 19414-X Agência: 448 - 0

Valor Líquido ⇨ 805,40

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	0,00	805,40	64,43	0,00	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.
Assinatura do Funcionário
Data

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saude
UGE: 090196 - Hospital Estadual
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandopolis
Tipo de Despesa: Custeio

EMPRESA

Aviso de lançamento

G3311813441245231
18/12/2020 14:29:13

Agência 6790-3
Conta corrente 211-9 ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

Data 26/11/2020 Valor R$ 1.628,71 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 200, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

Pagamento efetuado a LAIS MARANI SILVA, na conta 20.679, agência 0448 do banco 001.

(Um mil e seiscentos e vinte e oito reais e setenta e um centavos)

* Este aviso de lançamento não é válido como comprovante da operação e demonstra apenas que houve um lançamento em conta corrente.
* O valor constante deste aviso de lançamento corresponde ao valor individual pago ao favorecido informado neste documento. O total debitado em conta corrente corresponde à soma de todos os pagamentos processados pela remessa indicada.

Documento emitido por: JOAO P M P AFFONSO em 18/12/2020 14:29:13

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saude
UGE: 090196. - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandopolis
Tipo de Despesa: Custeio

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0008-89 CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

13o. Adiantamento
Novembro de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2771	LAIS MARANI SILVA	223405	700	1
	FARMACEUTICO (A)	Admissão:		03/05/2019

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
13	13 SALARIO ADIANTADO	12,00	1.274,21	
834	MEDIA VALOR 13o ADIANTADO	12,00	250,00	
835	VANTAGENS 13o ADIANTADO	12,00	104,50	

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.628,71	0,00

BANCO DO BRASIL 1
conta salário: 20679-2 Agência: 448 - 0

Valor Líquido ⇨ 1.628,71

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
2.548,41	0,00	1.628,71	130,29	0,00	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

13o. Adiantamento
Novembro de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2771	LAIS MARANI SILVA	223405	700	1
	FARMACEUTICO (A)	Admissão:		03/05/2019

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
13	13 SALARIO ADIANTADO	12,00	1.274,21	
834	MEDIA VALOR 13o ADIANTADO	12,00	250,00	
835	VANTAGENS 13o ADIANTADO	12,00	104,50	

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.628,71	0,00

BANCO DO BRASIL 1
conta salário: 20679-2 Agência: 448 - 0

Valor Líquido ⇨ 1.628,71

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
2.548,41	0,00	1.628,71	130,29	0,00	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saude
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandopolis
Tipo de Despesa: Custeio

EMPRESA

Aviso de lançamento

G3311813441245231
18/12/2020 14:29:13

Agência 6790-3
Conta corrente 211-9 ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

Data 26/11/2020 Valor R$ 809,46 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 200, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

Pagamento efetuado a LETICIA MAIARA DOS SANTOS, na conta 19.003, agência 0448 do banco 001.

(Oitocentos e nove reais e quarenta e seis centavos)

* Este aviso de lançamento não é válido como comprovante da operação e demonstra apenas que houve um lançamento em conta corrente.
* O valor constante deste aviso de lançamento corresponde ao valor individual pago ao favorecido informado neste documento. O total debitado em conta corrente corresponde à soma de todos os pagamentos processados pela remessa indicada.

Documento emitido por: JOAO P M P AFFONSO em 18/12/2020 14:29:13

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0008-89 CC: UTI MIRANDOPOLIS 13o. Adiantamento
Mensalista Novembro de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2147	LETICIA MAIARA DOS SANTOS FERRAZ	322205	600	1
	TEC. ENFERMAGEM	Admissão:	04/10/2017	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
13	13 SALARIO ADIANTADO	12,00	698,86	
833	MEDIA HORAS 13o ADIANTADO	12,00	6,10	
835	VANTAGENS 13o ADIANTADO	12,00	104,50	

Total de Vencimentos	Total de Descontos
809,46	0,00
Valor Líquido ⇨	809,46

BANCO DO BRASIL 1
conta corrente: 19003-9 Agência: 448 - 0

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	0,00	809,46	64,75	0,00	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 13o. Adiantamento
Mensalista Novembro de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2147	LETICIA MAIARA DOS SANTOS FERRAZ	322205	600	1
	TEC. ENFERMAGEM	Admissão:	04/10/2017	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
13	13 SALARIO ADIANTADO	12,00	698,86	
833	MEDIA HORAS 13o ADIANTADO	12,00	6,10	
835	VANTAGENS 13o ADIANTADO	12,00	104,50	

Total de Vencimentos	Total de Descontos
809,46	0,00
Valor Líquido ⇨	809,46

BANCO DO BRASIL 1
conta corrente: 19003-9 Agência: 448 - 0

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	0,00	809,46	64,75	0,00	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.
Assinatura do Funcionário
Data

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandopolis
Tipo de Despesa: Custeio

EMPRESA

Aviso de lançamento

G3311813441245231
18/12/2020 14:29:13

Agência 6790-3
Conta corrente 211-9 ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

Data 26/11/2020 Valor R$ 915,13 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 200, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

Pagamento efetuado a LUCAS CARVALHO DOS SANTOS, na conta 19.412, agência 0448 do banco 001.

(Novecentos e quinze reais e treze centavos)

* Este aviso de lançamento não é válido como comprovante da operação e demonstra apenas que houve um lançamento em conta corrente.
* O valor constante deste aviso de lançamento corresponde ao valor individual pago ao favorecido informado neste documento. O total debitado em conta corrente corresponde à soma de todos os pagamentos processados pela remessa indicada.

Documento emitido por: JOAO P M P AFFONSO em 18/12/2020 14:29:13

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Maranduba
Tipo de Despesa: Custeio

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0008-89 CC: UTI MIRANDOPOLIS Mensalista 13o. Adiantamento Novembro de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2148	LUCAS CARVALHO DOS SANTOS	322205	600	1
	TEC. ENFERMAGEM	Admissão:	04/10/2017	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
13	13 SALARIO ADIANTADO	12,00	698,86	
833	MEDIA HORAS 13o ADIANTADO	12,00	111,77	
835	VANTAGENS 13o ADIANTADO	12,00	104,50	

Total de Vencimentos	Total de Descontos
915,13	0,00
Valor Líquido ⇨	915,13

BANCO DO BRASIL 1
conta corrente: 19412-3 Agência: 448 - 0

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	0,00	915,13	73,21	0,00	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 13o. Adiantamento Novembro de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2148	LUCAS CARVALHO DOS SANTOS	322205	600	1
	TEC. ENFERMAGEM	Admissão:	04/10/2017	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
13	13 SALARIO ADIANTADO	12,00	698,86	
833	MEDIA HORAS 13o ADIANTADO	12,00	111,77	
835	VANTAGENS 13o ADIANTADO	12,00	104,50	

Total de Vencimentos	Total de Descontos
915,13	0,00
Valor Líquido ⇨	915,13

BANCO DO BRASIL 1
conta corrente: 19412-3 Agência: 448 - 0

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	0,00	915,13	73,21	0,00	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.
Assinatura do Funcionário
Data

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandopolis
Tipo de Despesa: Custeio

EMPRESA

Aviso de lançamento

G3311813441245231
18/12/2020 14:29:13

Agência 6790-3
Conta corrente 211-9 ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

Data 26/11/2020 Valor R$ 803.36 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 200, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

Pagamento efetuado a MAIRA TEIXEIRA DE CASTRO, na conta 19.415, agência 0448 do banco 001.

(Oitocentos e três reais e trinta e seis centavos)

* Este aviso de lançamento não é válido como comprovante da operação e demonstra apenas que houve um lançamento em conta corrente.
* O valor constante deste aviso de lançamento corresponde ao valor individual pago ao favorecido informado neste documento. O total debitado em conta corrente corresponde à soma de todos os pagamentos processados pela remessa indicada.

Documento emitido por: JOAO P M P AFFONSO em 18/12/2020 14:29:13

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saude
UGE: 090196. - Hospital Estadual
'Dr. Oswaldo Brandi Faria' de Mirandopolis
Tipo de Despesa: Custeio

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0008-89 CC: UTI MIRANDOPOLIS 13o. Adiantamento
Mensalista Novembro de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Fasl
2149	MAIRA TEIXEIRA DE CASTRO	322205	600	1
	TEC. ENFERMAGEM	Admissão:		04/10/2017

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
13	13 SALARIO ADIANTADO	12,00	698,86	
835	VANTAGENS 13o ADIANTADO	12,00	104,50	

Total de Vencimentos	Total de Descontos
803,36	0,00

BANCO DO BRASIL 1
conta corrente: 19415-8 Agência: 448 - 0

Valor Líquido ⇨ 803,36

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	0,00	803,36	64,26	0,00	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 13o. Adiantamento
Mensalista Novembro de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Fasl
2149	MAIRA TEIXEIRA DE CASTRO	322205	600	1
	TEC. ENFERMAGEM	Admissão:		04/10/2017

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
13	13 SALARIO ADIANTADO	12,00	698,86	
835	VANTAGENS 13o ADIANTADO	12,00	104,50	

Total de Vencimentos	Total de Descontos
803,36	0,00

BANCO DO BRASIL 1
conta corrente: 19415-8 Agência: 448 - 0

Valor Líquido ⇨ 803,36

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	0,00	803,36	64,26	0,00	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.
Assinatura do Funcionário
Data

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandopolis
Tipo de Despesa: Custeio

EMPRESA

Aviso de lançamento

G3311813441245231
18/12/2020 14:29:13

Agência 6790-3
Conta corrente 211-9 ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

Data 26/11/2020 Valor R$ 725,67 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 200, 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.

(Setecentos e vinte e cinco reais e sessenta e sete centavos)

* Este aviso de lançamento não é válido como comprovante da operação e demonstra apenas que houve um lançamento em conta corrente.
* O valor constante deste aviso de lançamento corresponde ao valor individual pago ao favorecido informado neste documento. O total debitado em conta corrente corresponde à soma de todos os pagamentos processados pela remessa indicada.

Documento emitido por: JOAO P M P AFFONSO em 18/12/2020 14:29:13

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saude
UGE: 090196 - Hospital Estadual
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandopolis
Tipo de Despesa: Custeio

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0008-89 CC: UTI MIRANDOPOLIS 13o. Adiantamento
Mensalista Novembro de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2129	MARCIA MAIARA POSSENTI	411005	800	1
	AUX. ADMINIST.	Admissão:		04/10/2017

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
13	13 SALARIO ADIANTADO	12,00	621,17	
835	VANTAGENS 13o ADIANTADO	12,00	104,50	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			725,67	0,00
			Valor Líquido ⇨	725,67

BANCO DO BRASIL 1
conta corrente: 16147-0 Agência: 448 - 0

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.242,33	0,00	725,67	58,05	0,00	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 13o. Adiantamento
Mensalista Novembro de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2129	MARCIA MAIARA POSSENTI	411005	800	1
	AUX. ADMINIST.	Admissão:		04/10/2017

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
13	13 SALARIO ADIANTADO	12,00	621,17	
835	VANTAGENS 13o ADIANTADO	12,00	104,50	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			725,67	0,00
			Valor Líquido ⇨	725,67

BANCO DO BRASIL 1
conta corrente: 16147-0 Agência: 448 - 0

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.242,33	0,00	725,67	58,05	0,00	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.
Assinatura do Funcionário
Data

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandopolis
Tipo de Despesa: Custeio

EMPRESA

Aviso de lançamento

G3311813441245231
18/12/2020 14:29:13

Agência 6790-3
Conta corrente 211-9 ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

Data 26/11/2020 Valor R$ 806,41 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 200, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

Pagamento efetuado a NATALIA PAZINATO DA SILVA, na conta 26.458, agência 0373 do banco 001.

(Oitocentos e seis reais e quarenta e um centavos)

* Este aviso de lançamento não é válido como comprovante da operação e demonstra apenas que houve um lançamento em conta corrente.
* O valor constante deste aviso de lançamento corresponde ao valor individual pago ao favorecido informado neste documento. O total debitado em conta corrente corresponde à soma de todos os pagamentos processados pela remessa indicada.

Documento emitido por: JOAO P M P AFFONSO em 18/12/2020 14:29:13

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0008-89 CC: UTI MIRANDOPOLIS 13o. Adiantamento
Mensalista Novembro de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2721	NATALIA PAZINATO DA SILVA	322205	600	1
	TEC. ENFERMAGEM	Admissão:		25/01/2019

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
13	13 SALARIO ADIANTADO	12,00	698,86	
833	MEDIA HORAS 13o ADIANTADO	12,00	3,05	
835	VANTAGENS 13o ADIANTADO	12,00	104,50	

	Total de Vencimentos	Total de Descontos
	806,41	0,00
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 26458-X Agência: 373 - 5	Valor Líquido ⇨	806,41

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	0,00	806,41	64,51	0,00	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 13o. Adiantamento
Mensalista Novembro de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2721	NATALIA PAZINATO DA SILVA	322205	600	1
	TEC. ENFERMAGEM	Admissão:		25/01/2019

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
13	13 SALARIO ADIANTADO	12,00	698,86	
833	MEDIA HORAS 13o ADIANTADO	12,00	3,05	
835	VANTAGENS 13o ADIANTADO	12,00	104,50	

	Total de Vencimentos	Total de Descontos
	806,41	0,00
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 26458-X Agência: 373 - 5	Valor Líquido ⇨	806,41

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	0,00	806,41	64,51	0,00	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.
Assinatura do Funcionário
Data

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandopolis
Tipo de Despesa: Custeio

EMPRESA

Aviso de lançamento

G3311813441245231
18/12/2020 14:29:13

Agência 6790-3
Conta corrente 211-9 ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

Data 26/11/2020 Valor R$ 1.108,80 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 200, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

Pagamento efetuado a NATALIA XAVIER NASCIMENTO, na conta 19.553, agência 0448 do banco 001.

(Um mil e cento e oito reais e oitenta centavos)

* Este aviso de lançamento não é válido como comprovante da operação e demonstra apenas que houve um lançamento em conta corrente.
* O valor constante deste aviso de lançamento corresponde ao valor individual pago ao favorecido informado neste documento. O total debitado em conta corrente corresponde à soma de todos os pagamentos processados pela remessa indicada.

Documento emitido por: JOAO P M P AFFONSO em 18/12/2020 14:29:13

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandopolis
Tipo de Despesa: Custeio

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0008-89 CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

13o. Adiantamento
Novembro de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2154	NATALIA XAVIER NASCIMENTO OLIVEIRA	223505	600	1
	ENFERMEIRO (A)	Admissão:	04/10/2017	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
13	13 SALARIO ADIANTADO	9,00	955,65	
833	MEDIA HORAS 13o ADIANTADO	9,00	74,77	
835	VANTAGENS 13o ADIANTADO	9,00	78,38	

	Total de Vencimentos	Total de Descontos
	1.108,80	0,00
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 19553-7 Agência: 448 - 0	Valor Líquido ⇨	1.108,80

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
2.548,41	0,00	1.108,80	88,70	0,00	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

13o. Adiantamento
Novembro de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2154	NATALIA XAVIER NASCIMENTO OLIVEIRA	223505	600	1
	ENFERMEIRO (A)	Admissão:	04/10/2017	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
13	13 SALARIO ADIANTADO	9,00	955,65	
833	MEDIA HORAS 13o ADIANTADO	9,00	74,77	
835	VANTAGENS 13o ADIANTADO	9,00	78,38	

	Total de Vencimentos	Total de Descontos
	1.108,80	0,00
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 19553-7 Agência: 448 - 0	Valor Líquido ⇨	1.108,80

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
2.548,41	0,00	1.108,80	88,70	0,00	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

EMPRESA

Aviso de lançamento

G3311813441245231
18/12/2020 14:29:13

Agência 6790-3
Conta corrente 211-9 ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

Data 26/11/2020 Valor R$ 929,27 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 200, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

Pagamento efetuado a PATRICIA ADRIANA FERREIRA, na conta 19.428, agência 0448 do banco 001.

(Novecentos e vinte e nove reais e vinte e sete centavos)

* Este aviso de lançamento não é válido como comprovante da operação e demonstra apenas que houve um lançamento em conta corrente.
* O valor constante deste aviso de lançamento corresponde ao valor individual pago ao favorecido informado neste documento. O total debitado em conta corrente corresponde à soma de todos os pagamentos processados pela remessa indicada.

Documento emitido por: JOAO P M P AFFONSO em 18/12/2020 14:29:13

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
'Dr. Oswaldo Brandi Faria' de Mirandopolis
Tipo de Despesa: Custeio

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0008-89 CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

13o. Adiantamento
Novembro de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2153	PATRICIA ADRIANA FERREIRA	322205	600	1
	TEC. ENFERMAGEM	Admissão:	04/10/2017	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
13	13 SALARIO ADIANTADO	12,00	698,86	
833	MEDIA HORAS 13o ADIANTADO	12,00	125,91	
835	VANTAGENS 13o ADIANTADO	12,00	104,50	

Total de Vencimentos	Total de Descontos
929,27	0,00

BANCO DO BRASIL 1
conta corrente: 19428-X Agência: 448 - 0

Valor Líquido ⇨ 929,27

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	0,00	929,27	74,34	0,00	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

13o. Adiantamento
Novembro de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2153	PATRICIA ADRIANA FERREIRA	322205	600	1
	TEC. ENFERMAGEM	Admissão:	04/10/2017	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
13	13 SALARIO ADIANTADO	12,00	698,86	
833	MEDIA HORAS 13o ADIANTADO	12,00	125,91	
835	VANTAGENS 13o ADIANTADO	12,00	104,50	

Total de Vencimentos	Total de Descontos
929,27	0,00

BANCO DO BRASIL 1
conta corrente: 19428-X Agência: 448 - 0

Valor Líquido ⇨ 929,27

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	0,00	929,27	74,34	0,00	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandopolis
Tipo de Despesa: Custeio

EMPRESA

Aviso de lançamento

G3311813441245231
18/12/2020 14:29:13

Agência 6790-3
Conta corrente 211-9 ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

Data 26/11/2020 Valor R$ 803,36 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 200, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

Pagamento efetuado a PATRICIA MICHELE DE ALMEI, na conta 7.812, agência 0448 do banco 001.

(Oitocentos e três reais e trinta e seis centavos)

* Este aviso de lançamento não é válido como comprovante da operação e demonstra apenas que houve um lançamento em conta corrente.
* O valor constante deste aviso de lançamento corresponde ao valor individual pago ao favorecido informado neste documento. O total debitado em conta corrente corresponde à soma de todos os pagamentos processados pela remessa indicada.

Documento emitido por: JOAO P M P AFFONSO em 18/12/2020 14:29:13

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saude
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandopolis
Tipo de Despesa: Custeio

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0008-89 CC: UTI MIRANDOPOLIS 13o. Adiantamento
Mensalista Novembro de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2164	PATRICIA MICHELE DE ALMEIDA	322205	600	1
	TEC. ENFERMAGEM	Admissão:	04/10/2017	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
13	13 SALARIO ADIANTADO	12,00	698,86	
835	VANTAGENS 13o ADIANTADO	12,00	104,50	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			803,36	0,00
BANCO DO BRASIL 1				
conta corrente: 7812-3	Agência: 448 - 0		Valor Líquido ⇨	803,36

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	0,00	803,36	64,26	0,00	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.
Assinatura do Funcionário
Data

*** PARABÉNS PELO SEU ANIVERSÁRIO NO DIA 24 DE NOVEMBRO ***

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0008-89 CC: UTI MIRANDOPOLIS 13o. Adiantamento
Mensalista Novembro de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2164	PATRICIA MICHELE DE ALMEIDA	322205	600	1
	TEC. ENFERMAGEM	Admissão:	04/10/2017	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
13	13 SALARIO ADIANTADO	12,00	698,86	
835	VANTAGENS 13o ADIANTADO	12,00	104,50	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			803,36	0,00
BANCO DO BRASIL 1				
conta corrente: 7812-3	Agência: 448 - 0		Valor Líquido ⇨	803,36

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	0,00	803,36	64,26	0,00	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.
Assinatura do Funcionário
Data

*** PARABÉNS PELO SEU ANIVERSÁRIO NO DIA 24 DE NOVEMBRO ***

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandopolis
Tipo de Despesa: Custeio

EMPRESA

Aviso de lançamento

G3311813441245231
18/12/2020 14:29:13

Agência 6790-3
Conta corrente 211-9 ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

Data 26/11/2020 Valor R$ 1.396,76 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 200, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

Pagamento efetuado a PRISCILA SANTOS LEITE DE, na conta 19.439, agência 0448 do banco 001.

(Um mil e trezentos e noventa e seis reais e setenta e seis centavos)

* Este aviso de lançamento não é válido como comprovante da operação e demonstra apenas que houve um lançamento em conta corrente.
* O valor constante deste aviso de lançamento corresponde ao valor individual pago ao favorecido informado neste documento. O total debitado em conta corrente corresponde à soma de todos os pagamentos processados pela remessa indicada.

Documento emitido por: JOAO P M P AFFONSO em 18/12/2020 14:29:13

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
'Dr. Oswaldo Brandi Faria' de Mirandopolis
Tipo de Despesa: Custeio

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0008-89 CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

13o. Adiantamento
Novembro de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2155	PRISCILA SANTOS LEITE DE ALMEIDA	223505	600	1
	ENFERMEIRO (A)	Admissão:	04/10/2017	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
13	13 SALARIO ADIANTADO	12,00	1.274,21	
833	MEDIA HORAS 13o ADIANTADO	12,00	18,05	
835	VANTAGENS 13o ADIANTADO	12,00	104,50	

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.396,76	0,00

BANCO DO BRASIL 1
conta corrente: 19439-5 Agência: 448 - 0

Valor Líquido ⇨ 1.396,76

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
2.548,41	0,00	1.396,76	111,74	0,00	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

/ / Data

*** PARABÉNS PELO SEU ANIVERSÁRIO NO DIA 26 DE NOVEMBRO ***

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0008-89 CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

13o. Adiantamento
Novembro de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2155	PRISCILA SANTOS LEITE DE ALMEIDA	223505	600	1
	ENFERMEIRO (A)	Admissão:	04/10/2017	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
13	13 SALARIO ADIANTADO	12,00	1.274,21	
833	MEDIA HORAS 13o ADIANTADO	12,00	18,05	
835	VANTAGENS 13o ADIANTADO	12,00	104,50	

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.396,76	0,00

BANCO DO BRASIL 1
conta corrente: 19439-5 Agência: 448 - 0

Valor Líquido ⇨ 1.396,76

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
2.548,41	0,00	1.396,76	111,74	0,00	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

/ / Data

*** PARABÉNS PELO SEU ANIVERSÁRIO NO DIA 26 DE NOVEMBRO ***

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196. - Hospital Estadual
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandopolis
Tipo de Despesa: Custeio

EMPRESA

Aviso de lançamento

G3311813441245231
18/12/2020 14:29:13

Agência 6790-3
Conta corrente 211-9 ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

Data 26/11/2020 Valor R$ 810,30 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 200, 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.

(Oitocentos e dez 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 18/12/2020 14:29:13

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saude
UGE: 090196. - Hospital Estadual
'Dr. Oswaldo Brandi Faria' de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0008-89 CC: UTI MIRANDOPOLIS 13o. Adiantamento
Mensalista Novembro de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2128	REGINA LEIA PARRO RODRIGUES DE SOUSA	411005	700	1
	AUX. ADM. FARMACIA	Admissão:	04/10/2017	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
13	13 SALARIO ADIANTADO	12,00	595,75	
833	MEDIA HORAS 13o ADIANTADO	12,00	110,05	
835	VANTAGENS 13o ADIANTADO	12,00	104,50	

Total de Vencimentos	Total de Descontos
810,30	0,00
Valor Líquido ⇨	810,30

BANCO DO BRASIL 1
conta corrente: 19429-8 Agência: 448 - 0

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.191,49	0,00	810,30	64,82	0,00	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 13o. Adiantamento
Mensalista Novembro de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2128	REGINA LEIA PARRO RODRIGUES DE SOUSA	411005	700	1
	AUX. ADM. FARMACIA	Admissão:	04/10/2017	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
13	13 SALARIO ADIANTADO	12,00	595,75	
833	MEDIA HORAS 13o ADIANTADO	12,00	110,05	
835	VANTAGENS 13o ADIANTADO	12,00	104,50	

Total de Vencimentos	Total de Descontos
810,30	0,00
Valor Líquido ⇨	810,30

BANCO DO BRASIL 1
conta corrente: 19429-8 Agência: 448 - 0

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.191,49	0,00	810,30	64,82	0,00	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.
Assinatura do Funcionário
Data

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saude
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandopolis
Tipo de Despesa: Custeio

EMPRESA

Aviso de lançamento

G3311813441245231
18/12/2020 14:29:13

Agência 6790-3
Conta corrente 211-9 ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

Data 26/11/2020 Valor R$ 923,11 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 200, 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.

(Novecentos e vinte e três reais e onze centavos)

* Este aviso de lançamento não é válido como comprovante da operação e demonstra apenas que houve um lançamento em conta corrente.
* O valor constante deste aviso de lançamento corresponde ao valor individual pago ao favorecido informado neste documento. O total debitado em conta corrente corresponde à soma de todos os pagamentos processados pela remessa indicada.

Documento emitido por: JOAO P M P AFFONSO em 18/12/2020 14:29:13

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saude
UGE: 090196 - Hospital Estadual
'Dr. Oswaldo Brandi Faria' de Mirandopolis
Tipo de Despesa: Custeio

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0008-89 CC: UTI MIRANDOPOLIS Mensalista 13o. Adiantamento Novembro de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2157	RICARDO DE CARVALHO	322205	600	1
	TEC. ENFERMAGEM	Admissão:	04/10/2017	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
13	13 SALARIO ADIANTADO	12,00	698,86	
833	MEDIA HORAS 13o ADIANTADO	12,00	119,75	
835	VANTAGENS 13o ADIANTADO	12,00	104,50	

Total de Vencimentos	Total de Descontos
923,11	0,00
Valor Líquido ⇨	923,11

BANCO DO BRASIL 1
conta corrente: 19423-9 Agência: 448 - 0

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	0,00	923,11	73,84	0,00	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 13o. Adiantamento Novembro de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2157	RICARDO DE CARVALHO	322205	600	1
	TEC. ENFERMAGEM	Admissão:	04/10/2017	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
13	13 SALARIO ADIANTADO	12,00	698,86	
833	MEDIA HORAS 13o ADIANTADO	12,00	119,75	
835	VANTAGENS 13o ADIANTADO	12,00	104,50	

Total de Vencimentos	Total de Descontos
923,11	0,00
Valor Líquido ⇨	923,11

BANCO DO BRASIL 1
conta corrente: 19423-9 Agência: 448 - 0

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	0,00	923,11	73,84	0,00	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.
Assinatura do Funcionário
Data

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saude
UGE: 090196 - Hospital Estadual
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandopolis
Tipo de Despesa: Custeio

EMPRESA

Aviso de lançamento

G3311813441245231
18/12/2020 14:29:13

Agência 6790-3
Conta corrente 211-9 ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

Data 26/11/2020 Valor R$ 2.025,75 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 200, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

Pagamento efetuado a THAIS BOARETO DA SILVA, na conta 197.087, agência 6921 do banco 001.

(Dois mil e vinte e cinco reais e setenta e cinco centavos)

* Este aviso de lançamento não é válido como comprovante da operação e demonstra apenas que houve um lançamento em conta corrente.
* O valor constante deste aviso de lançamento corresponde ao valor individual pago ao favorecido informado neste documento. O total debitado em conta corrente corresponde à soma de todos os pagamentos processados pela remessa indicada.

Documento emitido por: JOAO P M P AFFONSO em 18/12/2020 14:29:13

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saude
UGE: 090196. - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandopolis
Tipo de Despesa: Custeio

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0008-89 CC: UTI MIRANDOPOLIS 13o. Adiantamento
Mensalista Novembro de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
33	THAIS BOARETO DA SILVA	223525	600	1
	ENFERMEIRO (A) DE TERAPIA INTENSIVA	Admissão:	15/09/2014	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
13	13 SALARIO ADIANTADO	12,00	1.443,43	
833	MEDIA HORAS 13o ADIANTADO	12,00	0,11	
834	MEDIA VALOR 13o ADIANTADO	12,00	477,71	
835	VANTAGENS 13o ADIANTADO	12,00	104,50	

Total de Vencimentos	Total de Descontos
2.025,75	0,00

BANCO DO BRASIL 1
conta poupança: 197087-9 Agência: 6921 - 3

Valor Líquido ⇨ 2.025,75

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
2.886,86	0,00	2.025,75	162,06	0,00	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 13o. Adiantamento
Mensalista Novembro de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
33	THAIS BOARETO DA SILVA	223525	600	1
	ENFERMEIRO (A) DE TERAPIA INTENSIVA	Admissão:	15/09/2014	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
13	13 SALARIO ADIANTADO	12,00	1.443,43	
833	MEDIA HORAS 13o ADIANTADO	12,00	0,11	
834	MEDIA VALOR 13o ADIANTADO	12,00	477,71	
835	VANTAGENS 13o ADIANTADO	12,00	104,50	

Total de Vencimentos	Total de Descontos
2.025,75	0,00

BANCO DO BRASIL 1
conta poupança: 197087-9 Agência: 6921 - 3

Valor Líquido ⇨ 2.025,75

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
2.886,86	0,00	2.025,75	162,06	0,00	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.
Assinatura do Funcionário
Data

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandopolis
Tipo de Despesa: Custeio

EMPRESA

Aviso de lançamento

G3311813441245231
18/12/2020 14:29:13

Agência 6790-3
Conta corrente 211-9 ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

Data 26/11/2020 Valor R$ 805,40 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 200, 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.

(Oitocentos e cinco reais e quarenta centavos)

* Este aviso de lançamento não é válido como comprovante da operação e demonstra apenas que houve um lançamento em conta corrente.
* O valor constante deste aviso de lançamento corresponde ao valor individual pago ao favorecido informado neste documento. O total debitado em conta corrente corresponde à soma de todos os pagamentos processados pela remessa indicada.

Documento emitido por: JOAO P M P AFFONSO em 18/12/2020 14:29:13

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saude
UGE: 090196 - Hospital Estadual
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandopolis
Tipo de Despesa: Custeio

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0008-89 CC: UTI MIRANDOPOLIS 13o. Adiantamento
Mensalista Novembro de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2799	VALERIA CRISTINA DE SOUZA DA CRUZ	322205	600	1
	TEC. ENFERMAGEM	Admissão:	11/06/2019	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
13	13 SALARIO ADIANTADO	12,00	698,86	
833	MEDIA HORAS 13o ADIANTADO	12,00	2,04	
835	VANTAGENS 13o ADIANTADO	12,00	104,50	

Total de Vencimentos	Total de Descontos
805,40	0,00

BANCO DO BRASIL 1
conta corrente: 19514-6 Agência: 448 - 0

Valor Líquido ⇨ 805,40

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,72	0,00	805,40	64,43	0,00	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 13o. Adiantamento
Mensalista Novembro de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2799	VALERIA CRISTINA DE SOUZA DA CRUZ	322205	600	1
	TEC. ENFERMAGEM	Admissão:	11/06/2019	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
13	13 SALARIO ADIANTADO	12,00	698,86	
833	MEDIA HORAS 13o ADIANTADO	12,00	2,04	
835	VANTAGENS 13o ADIANTADO	12,00	104,50	

Total de Vencimentos	Total de Descontos
805,40	0,00

BANCO DO BRASIL 1
conta corrente: 19514-6 Agência: 448 - 0

Valor Líquido ⇨ 805,40

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,72	0,00	805,40	64,43	0,00	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.
Assinatura do Funcionário
Data

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandopolis
Tipo de Despesa: Custeio

03/12/2020 - BANCO DO BRASIL - 18:10:21
679006790 0005

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL
AGENCIA: 6790-3 CONTA: 211-9

BANCO DO BRASIL

00190000090313333900600001144179884550000089000
BENEFICIARIO:
JBD P MEDICOS LTDA - EPP
NOME FANTASIA:
JBD PRODUTOS MEDICOS LTDA - EPP
CNPJ: 22.773.307/0001-68
PAGADOR:
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE D
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	112.601
NOSSO NUMERO	31333390000001144
CONVENIO	03133339
DATA DE VENCIMENTO	30/11/2020
DATA DO PAGAMENTO	26/11/2020
VALOR DO DOCUMENTO	890,00
VALOR COBRADO	890,00

NR.AUTENTICACAO D.C66.A4E.886.FC3.276

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 Saude
UGE: 090196 - Hospital Estadual
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandopolis
Tipo de Despesa: Custeio

RECEBEMOS DE JBD PRODUTOS MEDICOS LTDA OS PRODUTOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO		NF-e N° 3.044 SÉRIE 1
DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	

JBD PRODUTOS MEDICOS LTDA

Rua Milton Jose Robasti, 75 Sala 502
Jardim Botanico
Ribeirão Preto SP
14021-613
(16) 3916-4613

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DE NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA [1]

N° 3.044
SÉRIE 1
Folha 1 de 1

CHAVE DE ACESSO
3520 1022 7733 0700 0168 5500 1000 0030 4410 0004 1735

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e:
www.nfe.fazenda.gov.br/portal
ou no site da SEFAZ Autorizadora

NATUREZA DE OPERAÇÃO		PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
Venda de mercadoria adquirida ou recebida de terceiros		135200988057951 30/10/20 11:50
INSCRIÇÃO ESTADUAL	**INSC. ESTADUAL SUBST. TRIBUTARIO**	**CNPJ**
797.140.972.110		22.773.307/0001-68

DESTINATARIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL			CNPJ		DATA DA EMISSÃO
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL			45.349.461/0001-02		30/10/2020
ENDEREÇO			**BAIRRO/DISTRITO**	**CEP**	**DATA DA SAIDA/ENTRA**
Avenida José Ariano Rodrigues 303			Jardim Ariano	16400400	30/10/2020
MUNICIPIO	**FONE/FAX**	**U.F**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**		**HORA DA SAIDA**
Lins	(14) 99782-0047	SP	ISENTO		11:40

FATURA

NUMERO	VENCIMENTO	VALOR	NUMERO	VENCIMENTO	VALOR	NUMERO	VENCIMENTO	VALOR	NUMERO	VENCIMENTO	VALOR	NUMERO	VENCIMENTO	VALOR
3044/1	30/11/20	890,00												

CALCULO DO IMPOSTO

BASE DE CALCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	VALOR ICMS DESONERADO	BASE DE CALCULO ICMS S T	VALOR DO ICMS ST	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	890,00
VALOR DO FRETE	**VALOR DO SEGURO**	**DESCONTO**	**OUTRAS DESPESAS ACESSORIAS**	**VALOR DO IPI**	**VALOR TOTAL DA NOTA**
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	890,00

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME/RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CODIGO ANTT	PLACA DO VEIC	U.F	C.N.P.J./C.P.F.
GALERIA VIEIRA E SANTANA SERVICOS POSTAIS	0-EMITENTE				10.878.177/0001-49
ENDEREÇO	**MUNICIPIO**			**U.F**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**
Avenida Coronel Fernando Ferreira Leite 1540 BOX 6	Ribeirão Preto / SP			SP	582.905.780.111

QUANTIDADE	ESPECIE	MARCA	NUMERO	PESO BRUTO	PESO LIQUIDO
1,00	CAIXA			0,00	0.52

DADOS DO PRODUTO

CODIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS	NCM/SH	CST / CSOSN	CFOP	UNID.	QTDE.	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL	BASE ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALIQUOTAS ICMS	ALIQUOTAS IPI
TP-00910	SUPORTE PLASTICO - (ACESSORIO) Lote: 00910 x1 Val: 28/02/2022 MS: S/RMS	9018.39.99	0102	5.102	UN	1,00	100,00	100,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
TP-00922-1666	PLATE P/ TRANSDUTOR DE PRESSAO -612-006 (ACESSORIO) Lote: 00922 x1 Val: 30/12/2030 MS: S/RMS	9018.39.99	2102	5.102	UN	1,00	15,00	15,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
TP-00971	TRANSDUTOR DE PRESSAO C/TORNEIRA VALVULADA Lote: 20130 x5 Val: 31/08/2025 MS: 10216839008	9018.39.99	3102	5.102	UN	5,00	75,00	375,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
TP-HD00920-11 - 273	CABO ELETRICO P/ TRANSDUTOR DE PRESSAO DIXTAL/MINDRAY - ELCAM MS: S/RMS	8544.49.00	0500	5.405	UN	1,00	400,00	400,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saude
UGE: 090196. - Hospital Estadual
'Dr. Oswaldo Brandi Faria' de Mirandopolis
Tipo de Despesa: Custeio

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
Documento emitido por ME/EPP optante pelo Simples Nacional. Não gera direito a crédito fiscal de ICMS e IPI. | :: Valor aproximado dos tributos R$73,99 Federal, 130,80 Estadual; (23.01%) Fonte: IBPT 02C353 | *OBS:PEDIDO DE COMPRA CONFIRMADO POR EMAIL EM 26/10/2020 - UTI MIRANDÓPOLIS - CONVÊNIO 0107/2017 - A/C LAIS (18) 99143-9531 | *Aliquota Zero para Pis/Cofins conforme Decreto 6.426 Art 1º Anexo III | *Solicitado por:ALEX SILVA - SUPRIMENTOS | *Local de Entrega:AVENIDA DOUTOR RAUL DA CUNHA BUENO, 585 - JARDIM SANTA ROSA, MIRANDÓPOLIS/SP - CEP: 16800-000

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 04 / 11 / 2020
ASS.

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
03/12/2020 - AUTOATENDIMENTO - 18.10.21
6790306790 SEGUNDA VIA 0001
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE
TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL
CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL
AGENCIA: 6790-3 CONTA: 211-9

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : ASSOCIACAO H B DO BRASIL
BANCO: 104 - CAIXA ECONOMICA FEDERAL
AGENCIA: 1354-4 - CIDADE DE MIRANDOPOLIS
CONTA: 37.895-0

FAVORECIDO: SONIA DOS SANTOS ROCHA
CPF/CNPJ: 304.418.188-70
VALOR: R$ 789,28
DEBITO EM: 27/11/2020

DOCUMENTO: 112701
AUTENTICACAO SISBB: E.12B.F69.F51.E75.DA0

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandopolis
Tipo de Despesa: Custeio

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0008-89 CC: UTI MIRANDOPOLIS 13o. Adiantamento
Mensalista Novembro de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2839	SONIA DOS SANTOS ROCHA	322205	600	1
	TEC. ENFERMAGEM	Admissão:		17/09/2019

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
13	13 SALARIO ADIANTADO	10,00	582,48	
833	MEDIA HORAS 13o ADIANTADO	10,00	106,96	
834	MEDIA VALOR 13o ADIANTADO	10,00	12,76	
835	VANTAGENS 13o ADIANTADO	10,00	87,08	

	Total de Vencimentos	Total de Descontos
	789,28	0,00
BANCO DO BRASIL 1 conta salário: 88417-X Agência: 0295 - X	Valor Líquido ⇨	789,28

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,95	0,00	789,28	63,14	0,00	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 13o. Adiantamento
Mensalista Novembro de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2839	SONIA DOS SANTOS ROCHA	322205	600	1
	TEC. ENFERMAGEM	Admissão:		17/09/2019

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
13	13 SALARIO ADIANTADO	10,00	582,48	
833	MEDIA HORAS 13o ADIANTADO	10,00	106,96	
834	MEDIA VALOR 13o ADIANTADO	10,00	12,76	
835	VANTAGENS 13o ADIANTADO	10,00	87,08	

	Total de Vencimentos	Total de Descontos
	789,28	0,00
BANCO DO BRASIL 1 conta salário: 88417-X Agência: 0295 - X	Valor Líquido ⇨	789,28

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,95	0,00	789,28	63,14	0,00	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

/ /
Data

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saude
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandopolis
Tipo de Despesa: Custeio

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
03/12/2020 - AUTOATENDIMENTO - 18.10.21
6790306790 SEGUNDA VIA 0001
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE
TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL
CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL
AGENCIA: 6790-3 CONTA: 211-9
==========
FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : ASSOCIACAO H B DO BRASIL
BANCO: 237 - BANCO BRADESCO S.A.
AGENCIA: 0167-8 - LAVINIA
CONTA: 500.696-1

FAVORECIDO: ELIANA CRISTINA RODRIGUES
CPF/CNPJ: 294.873.608-08
VALOR: R$ 671,68
DEBITO EM: 27/11/2020
==========
DOCUMENTO: 112702
AUTENTICACAO SISBB: 6.9B6.574.904.5C6.6EF

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saude
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandopolis
Tipo de Despesa: Custeio

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0008-89 CC: UTI MIRANDOPOLIS 13o. Adiantamento
Mensalista Novembro de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2992	ELIANA CRISTINA RODRIGUES	322205	600	1
	TEC. ENFERMAGEM	Admissão:	19/02/2020	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
13	13 SALARIO ADIANTADO	10,00	582,48	
833	MEDIA HORAS 13o ADIANTADO	10,00	2,12	
835	VANTAGENS 13o ADIANTADO	10,00	87,08	

	Total de Vencimentos	Total de Descontos
	671,68	0,00
Valor Líquido ⇨		671,68

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,95	0,00	671,68	53,73	0,00	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 13o. Adiantamento
Mensalista Novembro de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2992	ELIANA CRISTINA RODRIGUES	322205	600	1
	TEC. ENFERMAGEM	Admissão:	19/02/2020	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
13	13 SALARIO ADIANTADO	10,00	582,48	
833	MEDIA HORAS 13o ADIANTADO	10,00	2,12	
835	VANTAGENS 13o ADIANTADO	10,00	87,08	

	Total de Vencimentos	Total de Descontos
	671,68	0,00
Valor Líquido ⇨		671,68

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,95	0,00	671,68	53,73	0,00	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.
Assinatura do Funcionário
Data

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandopolis
Tipo de Despesa: Custeio

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
03/12/2020 - AUTOATENDIMENTO - 18.10.21
6790306790 SEGUNDA VIA 0007
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE
TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL
CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL
AGENCIA: 6790-3 CONTA: 211-9

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : ASSOCIACAO H B DO BRASIL
BANCO: 033 - BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.
AGENCIA: 3337-5 - TRES LAGOAS
CONTA: 1.095.383-5

FAVORECIDO: SAMIR BISPO DOS SANTOS
CPF/CNPJ: 246.121.428-02
VALOR: R$ 133,90
DEBITO EM: 27/11/2020

DOCUMENTO: 112703
AUTENTICACAO SISBB: 3.544.290.478.4EF.C0C

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria' de Mirandopolis
Tipo de Despesa: Custeio

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0008-89 CC: UTI MIRANDOPOLIS 13o. Adiantamento
Mensalista Novembro de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Fisal
3807	SAMIR BISPO DOS SANTOS	322205	600	1
	TEC. ENFERMAGEM	Admissão:		26/10/2020

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
13	13 SALARIO ADIANTADO	2,00	116,48	
835	VANTAGENS 13o ADIANTADO	2,00	17,42	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			133,90	0,00
			Valor Líquido ⇨	133,90

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	0,00	133,90	10,71	0,00	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 13o. Adiantamento
Mensalista Novembro de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Fisal
3807	SAMIR BISPO DOS SANTOS	322205	600	1
	TEC. ENFERMAGEM	Admissão:		26/10/2020

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
13	13 SALARIO ADIANTADO	2,00	116,48	
835	VANTAGENS 13o ADIANTADO	2,00	17,42	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			133,90	0,00
			Valor Líquido ⇨	133,90

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	0,00	133,90	10,71	0,00	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.
Assinatura do Funcionário
Data

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196. - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandopolis
Tipo de Despesa: Custeio

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
03/12/2020 - AUTOATENDIMENTO - 18.10.21
6790306790 SEGUNDA VIA 0004
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE
TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL
CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL
AGENCIA: 6790-3 CONTA: 211-9

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : ASSOCIACAO H B DO BRASIL
BANCO: 237 - BANCO BRADESCO S.A.
AGENCIA: 0167-8 - LAVINIA
CONTA: 10.980-0

FAVORECIDO: MAURO CELSO CHIAVELLI
CPF/CNPJ: 365.760.718-84
VALOR: R$ 1.197,75
DEBITO EM: 27/11/2020

DOCUMENTO: 112704
AUTENTICACAO SISBB: F.4F0.A6B.DF8.DB8.313

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0008-89 CC: UTI MIRANDOPOLIS 13o. Adiantamento
Mensalista Novembro de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
3021	MAURO CELSO CHIAVELLI	223405	700	1
	FARMACEUTICO (A)	Admissão:	01/04/2020	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
13	13 SALARIO ADIANTADO	9,00	955,65	
833	MEDIA HORAS 13o ADIANTADO	9,00	56,58	
834	MEDIA VALOR 13o ADIANTADO	9,00	107,14	
835	VANTAGENS 13o ADIANTADO	9,00	78,38	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.197,75	0,00
			Valor Líquido ⇨	1.197,75

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
2.548,41	0,00	1.197,75	95,82	0,00	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 13o. Adiantamento
Mensalista Novembro de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
3021	MAURO CELSO CHIAVELLI	223405	700	1
	FARMACEUTICO (A)	Admissão:	01/04/2020	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
13	13 SALARIO ADIANTADO	9,00	955,65	
833	MEDIA HORAS 13o ADIANTADO	9,00	56,58	
834	MEDIA VALOR 13o ADIANTADO	9,00	107,14	
835	VANTAGENS 13o ADIANTADO	9,00	78,38	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.197,75	0,00
			Valor Líquido ⇨	1.197,75

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
2.548,41	0,00	1.197,75	95,82	0,00	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.
Assinatura do Funcionário
/ /
Data

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196. - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandopolis
Tipo de Despesa: Custeio

03/12/2020 - BANCO DO BRASIL - 18:10:21
679006790 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL
AGENCIA: 6790-3 CONTA: 211-9

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

03399913906050000000900725501019184550000086300
BENEFICIARIO:
SINCONECTA - TECNOLOGIA DE INFORMAC
NOME FANTASIA:
SINCONECTA - TECNOLOGIA DE INFORMAC
CNPJ: 10.710.409/0001-55
BENEFICIARIO FINAL:
SINCONECTA - TECNOLOGIA DE INFORMAC
CNPJ: 10.710.409/0001-55
PAGADOR:
ASSOC HOSP BENEF DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	113.001
DATA DE VENCIMENTO	30/11/2020
DATA DO PAGAMENTO	30/11/2020
VALOR DO DOCUMENTO	863,00
VALOR COBRADO	863,00

NR.AUTENTICACAO 8.207.6E1.B16.B1A.30E

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.

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 Saude
UGE: 090196 - Hospital Estadual
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandopolis
Tipo de Despesa: Custeio

PREFEITURA MUNICIPAL DE BAURU
Secretaria Municipal de Economia e Finanças
Divisão de Receitas Mobiliárias

Nota Fiscal Eletrônica de Serviços

Número da Nota: 000000006624-1	**Data de Emissão:** 27/11/2020

PRESTADOR DE SERVIÇOS

Nome/Razão Social: SINCONECTA TECNOLOGIA DE INFORMACAO LTDA ME
CPF/CNPJ: 10.710.409/0001-55 **Inscrição Municipal:** 549188 **Tipo:** ME
CEP: 17016-230 **Endereço:** RUA LUSO BRASILEIRA, 4-44, SALA 710B **Cidade:** BAURU/SP
Fone: (14) 3232-4777 **E-Mail:** thais@paulistacontabilidade.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

REFERENTE AO USO DO SOFTWARE SINCONECTA SAUDE UTI MIRANDOPOLIS
TRIB APROX R$: 116,07 FEDERAL E 33,74 MUNICIPAL FONTE: IBPT 18.1.A

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saude
UGE: 090196 - Hospital Estadual
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandopolis
Tipo de Despesa: Custeio

Atividade:
Não informada

Código do Serviço:
1.06 - ASSESSORIA E CONSULTORIA EM INFORMÁTICA

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$)** 0,00
Os valores acima referem-se as retenções de tributos administrados pela União, sendo de responsabilidade do Prestador e não implicam na alteração da base de cálculo deduzindo apenas do total liquido				**Valor Aprox. Tributos** 0,00
Deduções de Materiais 0,00	**Base de Cálculo (R$)** 863,00	**Aliquota (%)** 2,00	**Valor do ISS (R$)** 17,26	**Valor Total da Nota (R$)** 863,00
Consulte a autenticidade desta Nota Fiscal através do site oficial da Prefeitura Municipal de Bauru.			**Valor liquido da nota (R$)** 863,00	

Chave de autenticação: 9F9AA87AB78BD4E85273B24310D0D8E9

29/11

Cartão de Ponto de 21/09/2020 a 20/10/2020

Impresso em 27/10/2020 19:58

Empregador **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**
Funcionario IZABEL CRISTINA DE SOUZA
Departamento UTI MIRANDÓPOLIS

Função AUX DE FARMÁCIA

Data	Entrada 1	Saida 1	Entrada 2	Saida 2	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.	Total Faltas
21/09 seg	06:51	12:22	13:16	19:02	11:00			
22/09 ter	Folga							
23/09 qua	06:57	12:55	14:00	19:05	11:00			
24/09 qui	Folga							
25/09 sex	06:53	13:18	14:09	19:05	11:00			
26/09 sab	Folga							
27/09 dom	06:58	13:12	14:13	19:03	11:00			
28/09 seg	Folga							
29/09 ter	06:57	14:01	15:07	19:01	10:58			
30/09 qua	Folga							
01/10 qui	Folga							
02/10 sex	Folga							
03/10 sab	06:54	14:03	15:08	19:07	11:00			
04/10 dom	Folga							
05/10 seg	06:54	13:35	14:38	19:00	11:00			
06/10 ter	Folga							
07/10 qua	06:54	13:14	14:33	19:07	10:54			
08/10 qui	Folga							
09/10 sex	06:56	12:04	13:10	19:07	11:00			
10/10 sab	Folga							
11/10 dom	06:59	13:39	14:37	19:07	11:00			
12/10 seg	Folga							
13/10 ter	06:54	13:08	14:23	19:07	10:58			
14/10 qua	Folga							
15/10 qui	18:50	20:50	21:48	06:58	11:00		08:00	
16/10 sex	Folga							
17/10 sab	06:59	13:25	14:25	19:01	11:00			
18/10 dom	Folga							
19/10 seg	06:58	11:34	12:49	19:01	10:48			
20/10 ter	Folga							
TOTAL: 14 dias, 16 folgas/feriados					**153:38**		**08:00**	

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandopolis
Tipo de Despesa: Custeio

Horário Movel (v1): 07H AS 19H- Inicio de acordo com o funcionário
7 dias x 07:00-12:00 13:00-19:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem Folga
10/30 [So Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)

IZABEL CRISTINA DE SOUZA
4/12/20

ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL

Cartão de Ponto de 21/09/2020 a 20/10/2020

Empregador **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**
Funcionario ISADORA MORAIS DE CASTRO SANTOS
Departamento UTI MIRANDÓPOLIS
Função AUX DE FARMÁCIA

Data	Entrada 1	Saida 1	Entrada 2	Saida 2	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.	Total Faltas
21/09 seg	Folga							
22/09 ter	06:49	12:48	13:49	19:27	11:37			
23/09 qua	Folga							
24/09 qui	18:44	20:57	22:01	07:06	00:16		08:00	
25/09 sex	Folga							
26/09 sab	06:58	12:59	14:02	19:06	11:00			
27/09 dom	Folga							
28/09 seg	06:48	12:26	13:37	19:14	11:00			
29/09 ter	Folga							
30/09 qua	06:45	12:08	13:17	19:14	11:00			
01/10 qui	Folga							
02/10 sex	06:45	12:37	13:38	19:18	11:32			
03/10 sab	Folga							
04/10 dom	06:46	12:56	14:01	19:14	11:00			
05/10 seg	07:00	15:52	16:41	19:00	11:00			
06/10 ter	06:48	12:29	13:33	19:18	00:18			
07/10 qua	Folga							
08/10 qui	06:41							
09/10 sex	Folga							
10/10 sab	06:41	12:39	13:45	19:04	11:00			
11/10 dom	Folga							
12/10 seg	06:53	12:27	13:27	19:04	11:00			
13/10 ter	Folga							
14/10 qua	06:47	12:34	13:32	19:04	11:00			
15/10 qui	Folga							
16/10 sex	06:48	12:15	13:15	19:09	11:00			
17/10 sab	Folga							
18/10 dom	06:48	12:37	16:15	19:14	08:48			
19/10 seg	Folga							
20/10 ter	06:43	12:15	13:30	19:09	11:00			
TOTAL: 16 dias, 14 folgas/feriados					**142:31**		**08:00**	

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual "Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandopolis
Tipo de Despesa: Custeio

Horário Movel (v1): 07H AS 19H- Início de acordo com o funcionário
7 dias x 07:00-12:00 13:00-19:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem Folga
10/30 [So Banco]
Falta [So Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)

Isadora M. de C. Santos
ISADORA MORAIS DE CASTRO
3/11/20

ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL

Impresso em 27/10/2020 19:58

Cartao de Ponto de 21/09/2020 a 20/10/2020

Empregador **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**
Funcionario ELIANA CRISTINA RODRIGUES
Departamento UTI MIRANDÓPOLIS

Função TEC DE ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saida 1	Entrada 2	Saida 2	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.	Total Faltas
21/09 seg	06:51	13:00	14:04	19:01	11:00			
22/09 ter	Folga							
23/09 qua	06:53	12:13	13:18	19:10	11:00			
24/09 qui	Folga							
25/09 sex	06:53	12:33	13:35	19:15	11:00			
26/09 sab	Folga							
27/09 dom	Folga							
28/09 seg	Folga							
29/09 ter	06:53	13:28	14:28	19:04	11:00			
30/09 qua	Folga							
01/10 qui	06:53	13:10	14:13	19:09	11:00			
02/10 sex	Folga							
03/10 sab	06:54	12:50	13:49	19:12	11:00			
04/10 dom	06:53	13:57	15:05	19:11	11:00			
05/10 seg	06:54	13:59	15:06	19:09	11:00			
06/10 ter	Folga							
07/10 qua	06:54	12:47	13:50	19:14	11:00			
08/10 qui	Folga							
09/10 sex	06:52	14:24	15:25	19:08	11:00			
10/10 sab	Folga							
11/10 dom	Folga							
12/10 seg	Folga							
13/10 ter	06:54	12:35	13:34	19:16	11:00			
14/10 qua	Folga							
15/10 qui	07:07	13:25	14:29	19:05	10:54			
16/10 sex	Folga							
17/10 sab	06:54	14:14	15:21	19:04	11:00			
18/10 dom	Folga							
19/10 seg	06:54	12:14	13:13	19:06	11:00			
20/10 ter	Folga							
TOTAL: 14 dias, 16 folgas/feriados					**153:54**			

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saude
UGE: 090196. - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandopolis
Tipo de Despesa: Custeio

Horário Movel (v1): 07H AS 19H- Inicio de acordo com o funcionário
7 dias x 07:00-12:00 13:00-19:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem Folga
10/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)

Eliana C. Rodrigues
ELIANA CRISTINA RODRIGUES
02/11/2020

ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL

Cartão de Ponto de 21/09/2020 a 20/10/2020

Empregador **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**
Funcionario ELAINE CRISTINA DIAS BORGES
Departamento UTI MIRANDÓPOLIS
Função TEC DE ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saida 1	Entrada 2	Saida 2	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.	Total Faltas
21/09 seg	06:51	13:00	14:02	19:01	11:00			
22/09 ter	Folga							
23/09 qua	Folga							
24/09 qui	Folga							
25/09 sex	06:53	13:32	14:34	19:12	11:00			
26/09 sab	Folga							
27/09 dom	06:58	14:43	15:49	19:01	10:57			
28/09 seg	Folga							
29/09 ter	06:57	12:05	13:03	19:04	11:00			
30/09 qua	Folga							
01/10 qui	08:47	11:58	12:57	19:09	09:23			
02/10 sex	Folga							
03/10 sab	Folga							
04/10 dom	Folga							
05/10 seg	06:55	11:06	12:06	19:00	11:00			
06/10 ter	Folga							
07/10 qua	06:54	14:14	15:52	19:00	10:28			
08/10 qui	Folga							
09/10 sex	07:00	12:48	13:50	19:08	11:00			
10/10 sab	Folga							
11/10 dom	06:59	13:11	14:11	19:07	11:00			
12/10 seg	Folga							
13/10 ter	06:54	13:33	14:32	19:08	11:00			
14/10 qua	Folga							
15/10 qui	Folga							
16/10 sex	Folga							
17/10 sab	06:59	13:59	15:02	19:02	11:00			
18/10 dom	Folga							
19/10 seg	06:58	13:25	14:21	19:06	11:00			
20/10 ter	Folga							
TOTAL: 12 dias, 18 folgas/feriados					**129:48**			

TOLERANCIA DIARIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saude
UGE: 090196 - Hospital Estadual
'Dr. Oswaldo Brandi Faria' de Mirandopolis
Tipo de Despesa: Custeio

Horário Movel (v1): 07H AS 19H- Inicio de acordo com o funcionário
7 dias x 07:00-12:00 13:00-19:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem Folga
10/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)

Elaine C. D. Borges
ELAINE CRISTINA DIAS BORGES

ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL

__/__/____

Cartão de Ponto de 21/09/2020 a 20/10/2020

Empregador **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**
Funcionario ALESSANDRA DE CASSIA MARDEGAN
Departamento UTI MIRANDÓPOLIS
Função ENFERMEIRO (A)

Data	Entrada 1	Saida 1	Entrada 2	Saida 2	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.	Total Faltas
21/09 seg	Folga							
22/09 ter	19:13			07:07	11:54		08:00	
23/09 qua	Folga							
24/09 qui	20:12	21:08	22:08	07:01	09:49		07:50	
25/09 sex	Folga							
26/09 sab	18:56	20:07	21:01	07:13	11:00		08:00	
27/09 dom	Folga							
28/09 seg	19:09	20:08	21:05	07:02	10:56		08:00	
29/09 ter	Folga							
30/09 qua	18:58	20:07	21:02	07:00	11:00		08:00	
01/10 qui	Folga							
02/10 sex	18:58	20:13	21:11	07:01	11:00		08:00	
03/10 sab	Folga							
04/10 dom	19:02	21:21	23:11	07:06	10:14		06:38	
05/10 seg	Folga							
06/10 ter	19:02	19:49	20:54	07:11	11:00		08:00	
07/10 qua	Folga							
08/10 qui	19:00	21:36	22:36	07:18	11:00		07:18	
09/10 sex	Folga							
10/10 sab	17:48	20:03	21:03	07:00	11:00		08:00	
11/10 dom	Folga							
12/10 seg	18:59	20:02	20:59	07:16	11:00		08:00	
13/10 ter	Folga							
14/10 qua	19:06	20:15	21:25	07:00	10:44		08:00	
15/10 qui	Folga							
16/10 sex	Folga							
17/10 sab	Folga							
18/10 dom	18:59	20:06	21:05	06:57	10:59		08:00	
19/10 seg	Folga							
20/10 ter	19:04	20:10	21:10	07:08	11:00		08:00	
TOTAL: 14 dias, 16 folgas/feriados					**152:36**		**109:46**	

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saude
UGE: 090196 - Hospital Estadual
'Dr. Oswaldo Brandi Faria' de Mirandopolis
Tipo de Despesa: Custeio

Horário Movel (v1): 19H AS 07H- Início de acordo com o funcionário
7 dias x 19:00-23:00 00:00-07:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem Folga
15/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - AD.NOTURNO)

ALESSANDRA DE CASSIA MARDEGAN
01/11/20

ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL

Cartão de Ponto de 21/09/2020 a 20/10/2020

Impresso em 27/10/2020 19:58

Empregador **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**
Funcionario ANA AUGUSTA FELICIANI CAMPOS
Departamento UTI MIRANDÓPOLIS

Função TEC DE ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saida 1	Entrada 2	Saida 2	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.	Total Faltas
21/09 seg	06:56	13:00	14:01	19:00	11:00			
22/09 ter	Folga							
23/09 qua	06:49	13:22	14:23	19:08	11:00			
24/09 qui	Folga							
25/09 sex	06:49	13:32	14:32	19:10	11:00			
26/09 sab	06:42	12:40	13:40	19:00	11:00			
27/09 dom	06:48	14:36	15:38	19:01	11:00			
28/09 seg	Folga							
29/09 ter	Folga							
30/09 qua	Folga							
01/10 qui	Afastamento - FÉRIAS							
02/10 sex	Afastamento - FÉRIAS							
03/10 sab	Afastamento - FÉRIAS							
04/10 dom	Afastamento - FÉRIAS							
05/10 seg	Afastamento - FÉRIAS							
06/10 ter	Afastamento - FÉRIAS							
07/10 qua	Afastamento - FÉRIAS							
08/10 qui	Afastamento - FÉRIAS							
09/10 sex	Afastamento - FÉRIAS							
10/10 sab	Afastamento - FÉRIAS							
11/10 dom	Afastamento - FÉRIAS							
12/10 seg	Afastamento - FÉRIAS							
13/10 ter	Afastamento - FÉRIAS							
14/10 qua	Afastamento - FÉRIAS							
15/10 qui	Afastamento - FÉRIAS							
16/10 sex	Afastamento - FÉRIAS							
17/10 sab	Afastamento - FÉRIAS							
18/10 dom	Afastamento - FÉRIAS							
19/10 seg	Afastamento - FERIAS							
20/10 ter	Afastamento - FÉRIAS							
TOTAL: 5 dias, 5 folgas/feriados, 20 afastamentos					**55:00**			

TOLERANCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saude
UGE: 090196 - Hospital Estadual
'Dr. Oswaldo Brandi Faria' de Mirandopolis
Tipo de Despesa: Custeio

Horário Movel (v1): 07H AS 19H- Inicio de acordo com o funcionário
7 dias x 07:00-12:00 13:00-19:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem Folga
10/30 [So Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)

ANA AUGUSTA FELICIANI CAMPOS
04/11/20

ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL

Cartão de Ponto de 21/09/2020 a 20/10/2020

Empregador **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**
Funcionario NATALIA PAZINATO DA SILVA
Departamento UTI MIRANDÓPOLIS
Função TEC DE ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saida 1	Entrada 2	Saida 2	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.	Total Faltas
21/09 seg	Folga							
22/09 ter	Folga							
23/09 qua	Folga							
24/09 qui	07:06	13:27	14:28	19:10	11:00			
25/09 sex	Folga							
26/09 sab	07:04	14:30	15:27	19:05	11:00			
27/09 dom	07:01	13:47	14:48	19:01	10:59			
28/09 seg	07:02	14:02	15:02	19:00	10:58			
29/09 ter	Folga							
30/09 qua	07:05	14:01	14:59	19:09	11:00			
01/10 qui	Folga							
02/10 sex	Folga							
03/10 sab	Folga							
04/10 dom	Folga							
05/10 seg	Folga							
06/10 ter	07:01	15:06	16:01	19:04	11:00			
07/10 qua	Folga							
08/10 qui	07:07	14:15	15:16	19:14	11:00			
09/10 sex	Folga							
10/10 sab	07:09	13:44	14:44	19:00	10:51			
11/10 dom	Folga							
12/10 seg	Folga							
13/10 ter	Folga							
14/10 qua	07:01	13:20	14:21	19:00	10:58			
15/10 qui	Folga							
16/10 sex	06:55	14:16	15:15	19:07	11:00			
17/10 sab	Folga							
18/10 dom	07:06	13:09	14:24	18:56	10:35			
19/10 seg	Folga							
20/10 ter	07:01	13:12	14:13	19:07	11:00			
TOTAL: 12 dias, 18 folgas/feriados					**131:21**			

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 Mirandopolis
Tipo de Despesa: Custeio

Horário Movel (v1): 07H AS 19H- Inicio de acordo com o funcionário
7 dias x 07:00-12:00 13:00-19:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem Folga
10/30 [So Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)

Natalia Pazinato
NATÁLIA PAZINATO DA SILVA
02/11/20

ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL

Cartão de Ponto de 21/09/2020 a 20/10/2020

Impresso em 27/10/2020 19:58

Empregador **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**
Funcionario NATALIA XAVIER NASCIMENTO OLIVEIRA
Departamento UTI MIRANDÓPOLIS

Função ENFERMEIRO (A)

Data	Entrada 1	Saida 1	Entrada 2	Saida 2	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.	Total Faltas
21/09 seg	18:50	20:04	21:05	07:03	11:00		08:00	
22/09 ter	Folga							
23/09 qua	Folga							
24/09 qui	Folga							
25/09 sex	18:53	20:36	21:23	07:05	11:00		08:00	
26/09 sab	Folga							
27/09 dom	19:01	20:27	21:20	07:13	11:00		08:00	
28/09 seg	Folga							
29/09 ter	18:53	20:23	21:13	07:13	11:00		08:00	
30/09 qua	Folga							
01/10 qui	18:53	20:48	21:46	07:00	11:00		08:00	
02/10 sex	Folga							
03/10 sab	18:57	20:37	21:42	07:14	11:00		08:00	
04/10 dom	Folga							
05/10 seg	18:53	20:34	21:34	07:14	11:00		08:00	
06/10 ter	Folga							
07/10 qua	18:57	20:35	22:05	07:00	10:33		07:54	
08/10 qui	Folga							
09/10 sex	18:52	20:27	21:24	07:12	11:00		08:00	
10/10 sab	Folga							
11/10 dom	18:59	21:00	22:04	07:07	11:00		07:55	
12/10 seg	Folga							
13/10 ter	18:54	20:43	21:35	07:07	11:00		08:00	
14/10 qua	Folga							
15/10 qui	18:55	20:51	21:48	07:16	11:00		08:00	
16/10 sex	Folga							
17/10 sab	18:53	20:25	21:29	07:08	11:00		08:00	
18/10 dom	Folga							
19/10 seg	18:52	19:54	20:54	07:16	11:00		08:00	
20/10 ter	Folga							
TOTAL: 14 dias, 16 folgas/feriados					**153:33**		**111:49**	

TOLERÂNCIA DIARIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandopolis
Tipo de Despesa: Custeio

Horario Movel (v1): 07H AS 19H- Inicio de acordo com o funcionario
7 dias x 07:00-12:00 13:00-19:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem Folga
10/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)

NATALIA XAVIER NASCIMENTO

___/___/_____

ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL

Cartão de Ponto de 21/09/2020 a 20/10/2020

Impresso em 27/10/2020 19:58

Empregador **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**
Funcionario ANA PAULA DOS SANTOS SILVA
Departamento UTI MIRANDÓPOLIS

Função TEC DE ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saida 1	Entrada 2	Saida 2	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.	Total Faltas
21/09 seg	Folga							
22/09 ter	18:55	20:16	21:12	07:00	11:00		08:00	
23/09 qua	Folga							
24/09 qui	18:57	20:25	21:22	07:00	11:00		08:00	
25/09 sex	Folga							
26/09 sab	Folga							
27/09 dom	Folga							
28/09 seg	18:59	20:13	21:16	07:00	10:58		08:00	
29/09 ter	Folga							
30/09 qua	18:57	20:19	21:21		01:22			
01/10 qui	Folga							
02/10 sex	18:58	20:03	21:06	07:00	10:59		08:00	
03/10 sab	Folga							
04/10 dom	19:05	20:39	21:37	07:00	10:57		08:00	
05/10 seg	Folga							
06/10 ter	18:57	20:40	07:02		01:43			
07/10 qua	Folga							
08/10 qui	18:54	20:25	21:29	07:00	11:00		08:00	
09/10 sex	Folga							
10/10 sab	18:59	20:05	21:03	07:02	11:00		08:00	
11/10 dom	Folga							
12/10 seg	Folga							
13/10 ter	Folga							
14/10 qua	18:52	20:05	21:02	07:02	11:00		08:00	
15/10 qui	Folga							
16/10 sex	18:50	20:01	21:11	07:04	11:00		08:00	
17/10 sab	Folga							
18/10 dom	18:57	20:00	21:05	07:00	10:58		08:00	
19/10 seg	Folga							
20/10 ter	18:54	20:14	21:15	07:00	11:00		08:00	
TOTAL: 13 dias, 17 folgas/feriados					**123:57**		**88:00**	

TOLERANCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saude
UGE: 090196 - Hospital Estadual
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandopolis
Tipo de Despesa: Custeio

Horário Movel (v1): 19H AS 07H- Inicio de acordo com o funcionário
7 dias x 19:00-23:00 00:00-07:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem Folga
15/30 [So Banco]
Falta [So Banco] (feriado) (noturno normal - AD.NOTURNO)

ANA PAULA DOS SANTOS SILVA

01/11/2020

ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL

Cartão de Ponto de 21/09/2020 a 20/10/2020

Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionario ANA PAULA AZEVEDO ZANATTA
Departamento UTI MIRANDÓPOLIS
Função TEC DE ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saida 1	Entrada 2	Saida 2	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.	Total Faltas
21/09 seg	18:50	20:17	21:06	07:00	11:00		08:00	
22/09 ter	Folga							
23/09 qua	19:00	20:31	21:21	07:04	11:00		08:00	
24/09 qui	Folga							
25/09 sex	18:55	20:39	21:22	07:21	11:43		08:00	
26/09 sab	Folga							
27/09 dom	19:01	20:27	21:20	07:00	11:00		08:00	
28/09 seg	Folga							
29/09 ter	Folga							
30/09 qua	Folga							
01/10 qui	18:58	20:23	21:17	07:00	11:00		08:00	
02/10 sex	Folga							
03/10 sab	18:55	20:50	21:45	07:22	11:32		08:00	
04/10 dom	Folga							
05/10 seg	18:57	20:42	21:40	07:00	11:00		08:00	
06/10 ter	Folga							
07/10 qua	18:56	20:36	21:27	07:10	11:00		08:00	
08/10 qui	Folga							
09/10 sex	18:52	20:26	21:21	07:01	11:00		08:00	
10/10 sab	Folga							
11/10 dom	Folga							
12/10 seg	Folga							
13/10 ter	18:56	20:35	21:31	07:00	11:00		08:00	
14/10 qua	Folga							
15/10 qui	19:01	20:52	21:49	07:00	11:00		08:00	
16/10 sex	Folga							
17/10 sab	18:57	20:26	21:21	07:04	11:00		08:00	
18/10 dom	Folga							
19/10 seg	19:07	20:16	21:11	07:03	11:00		08:00	
20/10 ter	Folga							
TOTAL: 13 dias, 17 folgas/feriados					**144:15**		**104:00**	

TOLERANCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saude
UGE: 090196 - Hospital Estadual
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandopolis
Tipo de Despesa: Custeio

Horário Movel (v1): 19H AS 07H- Inicio de acordo com o funcionário
7 dias x 19:00-23:00 00:00-07:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem Folga
15/30 [So Banco]
Falta [So Banco] (feriado) (noturno normal - AD.NOTURNO)

ANA PAULA AZEVEDO ZANATTA

ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL

Cartão de Ponto de 21/09/2020 a 20/10/2020

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	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.	Total Faltas
21/09 seg	Afastamento - FÉRIAS							
22/09 ter	Afastamento - FÉRIAS							
23/09 qua	Afastamento - FÉRIAS							
24/09 qui	Afastamento - FÉRIAS							
25/09 sex	Afastamento - FÉRIAS							
26/09 sab	Afastamento - FÉRIAS							
27/09 dom	Afastamento - FÉRIAS							
28/09 seg	Afastamento - FÉRIAS							
29/09 ter	Afastamento - FÉRIAS							
30/09 qua	Afastamento - FÉRIAS							
01/10 qui	18:58	20:21	21:15	07:00	11:00		08:00	
02/10 sex	Folga							
03/10 sab	Folga							
04/10 dom	Folga							
05/10 seg	18:56	20:42	21:41	07:00	11:00		08:00	
06/10 ter	Folga							
07/10 qua	18:55	20:36	21:28	07:10	11:00		08:00	
08/10 qui	Folga							
09/10 sex	18:52	20:27	21:20	07:02	11:00		08:00	
10/10 sab	Folga							
11/10 dom	19:02	21:00	21:56	07:00	11:00		08:00	
12/10 seg	Folga							
13/10 ter	Folga							
14/10 qua	Folga							
15/10 qui	19:01	20:50	21:59	07:00	10:50		08:00	
16/10 sex	Folga							
17/10 sab	18:57	20:26	21:21	07:04	11:00		08:00	
18/10 dom	Folga							
19/10 seg	19:07	20:16	21:11	07:04	11:00		08:00	
20/10 ter	Folga							
TOTAL: 8 dias, 12 folgas/feriados, 10 afastamentos					**87:50**		**64:00**	

TOLERÂNCIA DIARIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saude
UGE: 090196. - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandopolis
Tipo de Despesa: Custeio

Horário Movel (v1): 19H AS 07H- Início de acordo com o funcionário
7 dias x 19:00-23:00 00:00-07:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem Folga
15/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - AD.NOTURNO)

LUCAS CARVALHO DOS SANTOS
05/11/2020

ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL

Cartão de Ponto de 21/09/2020 a 20/10/2020

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	Refeicao	Total Not.	Total Faltas
21/09 seg	Folga									
22/09 ter	06:56	13:04	14:04	19:00			11:00			
23/09 qua	Folga									
24/09 qui	Folga									
25/09 sex	Folga									
26/09 sab	06:58	13:26	14:29	19:04			11:00			
27/09 dom	Folga									
28/09 seg	06:47	12:08	13:15	18:54	19:00		11:00	00:06		
29/09 ter	Folga									
30/09 qua	06:51	12:24	13:24	19:08			11:00			
01/10 qui	Folga									
02/10 sex	06:52	15:29	16:29	19:09			11:00			
03/10 sab	Folga									
04/10 dom	06:52	13:55	14:47	19:05			11:00			
05/10 seg	Folga									
06/10 ter	06:52	13:17	14:16	18:57			11:00			
07/10 qua	Folga									
08/10 qui	Folga									
09/10 sex	Folga									
10/10 sab	06:50	13:11	14:10	18:58			11:00			
11/10 dom	Folga									
12/10 seg	06:58	13:15	14:16	18:50			10:51			
13/10 ter	Folga									
14/10 qua	06:47	12:33	13:33	19:00			11:00			
15/10 qui	Folga									
16/10 sex	06:44	13:02	14:07	19:05			11:00			
17/10 sab	Folga									
18/10 dom	Folga									
19/10 seg	Folga									
20/10 ter	Folga									
TOTAL: 11 dias, 19 folgas/feriados							**120:51**	**00:06**		

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saude
UGE: 090196 - Hospital Estadual
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandopolis
Tipo de Despesa: Custeio

Horário Movel (v1): 07H AS 19H- Inicio de acordo com o funcionário
7 dias x 07:00-12:00 13:00-19:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem Folga
10/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)

Maira Teixeira de Castro
MAIRA TEIXEIRA DE CASTRO
03/11/20

ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL

Cartão de Ponto de 21/09/2020 a 20/10/2020

Impresso em 27/10/2020 19:58

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	Entrada 3	Saida 3	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.	Total Faltas
21/09 seg	18:51	20:34	21:33	07:00			11:00		08:00	
22/09 ter	Folga									
23/09 qua	18:52	20:36	21:36	07:04			11:00		08:00	
24/09 qui	Folga									
25/09 sex	18:54	20:36	21:35	07:06			11:00		08:00	
26/09 sab	Folga									
27/09 dom	18:47	20:45	21:44	06:58			11:00		08:00	
28/09 seg	Folga									
29/09 ter	18:51	20:26	21:25	07:00			11:00		08:00	
30/09 qua	Folga									
01/10 qui	18:54	20:40	21:39	07:00			11:00		08:00	
02/10 sex	Folga									
03/10 sab	18:52	20:25	21:26	07:00			11:00		08:00	
04/10 dom	Folga									
05/10 seg	15:51	17:23	18:50	20:35	21:34	07:01	11:00		08:00	
06/10 ter	Folga									
07/10 qua	18:51	20:30	21:30	07:00			11:00		08:00	
08/10 qui	Folga									
09/10 sex	18:48	20:46	21:43	07:01			11:00		08:00	
10/10 sab	Folga									
11/10 dom	18:50	20:31	21:31	07:01			11:00		08:00	
12/10 seg	Folga									
13/10 ter	18:48	20:34	21:34	07:00			11:00		08:00	
14/10 qua	Folga									
15/10 qui	Folga									
16/10 sex	Folga									
17/10 sab	Folga									
18/10 dom	Folga									
19/10 seg	18:50	20:30	21:29	07:01			11:00		08:00	
20/10 ter	Folga									
TOTAL: 13 dias, 17 folgas/feriados							**143:00**		**104:00**	

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saude
UGE: 090196 - Hospital Estadual "Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandopolis
Tipo de Despesa: Custeio

Horário Movel (v1): 19H AS 07H- Inicio de acordo com o funcionário
7 dias x 19:00-23:00 00:00-07:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem Folga
15/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - AD.NOTURNO)

DEBORA CRISTINA LOCHE
29/10/2020

ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL

Cartão de Ponto de 21/09/2020 a 20/10/2020

Impresso em 27/10/2020 19:58

Empregador **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**
Funcionario DENISE PRISCILA ANCILOTTO LISBOA DE SOUZA
Departamento UTI MIRANDÓPOLIS
Função TEC DE ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saida 1	Entrada 2	Saida 2	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.	Total Faltas
21/09 seg	18:50	20:16	21:06	07:00	11:00		08:00	
22/09 ter	Folga							
23/09 qua	18:52	20:31	21:21	07:11	11:00		08:00	
24/09 qui	Folga							
25/09 sex	Folga							
26/09 sab	Folga							
27/09 dom	18:48	20:24	21:20	06:58	11:00		08:00	
28/09 seg	Folga							
29/09 ter	18:52	20:22	21:15	07:01	11:00		08:00	
30/09 qua	Folga							
01/10 qui	18:53	20:32	21:17	07:00	11:00		08:00	
02/10 sex	Folga							
03/10 sab	18:55	21:25	21:54	07:22	11:58		08:00	
04/10 dom	Folga							
05/10 seg	18:50	20:45	21:43	07:00	11:00		08:00	
06/10 ter	Folga							
07/10 qua	18:54	20:36	22:24	07:10	10:28		07:32	
08/10 qui	Folga							
09/10 sex	Folga							
10/10 sab	Folga							
11/10 dom	18:50	21:08	21:51	07:00	11:00		08:00	
12/10 seg	Folga							
13/10 ter	18:49	20:35	21:31	07:00	11:00		08:00	
14/10 qua	Folga							
15/10 qui	18:50	20:51	21:50	07:00	11:00		08:00	
16/10 sex	Folga							
17/10 sab	18:50	20:25	21:21	07:04	11:00		08:00	
18/10 dom	Folga							
19/10 seg	18:53	20:21	21:24	07:04	11:00		08:00	
20/10 ter	Folga							
TOTAL: 13 dias, 17 folgas/feriados					**143:26**		**103:32**	

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saude
UGE: 090196. - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandopolis
Tipo de Despesa: Custeio

Horário Movel (v1): 19H AS 07H- Inicio de acordo com o funcionário
7 dias x 19:00-23:00 00:00-07:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem Folga
15/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - AD.NOTURNO)

DENISE PRISCILA ANCILOTTO LISBOA DE
05/11/20

ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL

Cartão de Ponto de 21/09/2020 a 20/10/2020

Empregador **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**
Funcionario BIANCA CAETANO COSTA SILVA
Departamento UTI MIRANDÓPOLIS
Função TEC DE ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saida 1	Entrada 2	Saida 2	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.	Total Faltas
21/09 seg	06:51	12:44	13:36	19:03	11:00			
22/09 ter	Folga							
23/09 qua	06:50	12:20	13:21	19:18	11:00			
24/09 qui	Folga							
25/09 sex	06:49	12:47	13:47	19:00	11:00			
26/09 sab	Folga							
27/09 dom	Folga							
28/09 seg	Folga							
29/09 ter	06:47	12:15	13:15	19:08	11:00			
30/09 qua	Folga							
01/10 qui	06:46	11:56	12:51	19:06	11:00			
02/10 sex	Folga							
03/10 sab	06:49	12:27	13:17	19:13	11:34			
04/10 dom	Folga							
05/10 seg	06:48	12:17	13:17	19:08	11:00			
06/10 ter	Folga							
07/10 qua	06:47	12:23	13:15	19:13	11:34			
08/10 qui	Folga							
09/10 sex	Folga							
10/10 sab	Folga							
11/10 dom	06:50	13:04	13:51	19:13	11:36			
12/10 seg	Folga							
13/10 ter	06:55	13:21	14:27	19:13	11:00			
14/10 qua	Folga							
15/10 qui	06:48	12:06	13:09	19:05	11:00			
16/10 sex	Folga							
17/10 sab	06:48	12:26	13:22	19:04	11:00			
18/10 dom	Folga							
19/10 seg	06:46	12:25	13:19	19:08	11:00			
20/10 ter	Folga							
TOTAL: 13 dias, 17 folgas/feriados					**144:44**			

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196. - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

Horário Movel (v1): 07H AS 19H- Inicio de acordo com o funcionário
7 dias x 07:00-12:00 13:00-19:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem Folga
10/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)

Bianca C. C. Silva
BIANCA CAETANO COSTA SILVA
01/11/2020

ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL

Cartão de Ponto de 21/09/2020 a 20/10/2020

Empregador **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**
Funcionario BRUNA BERALDO FERRANTE
Departamento UTI MIRANDÓPOLIS

Função ENFERMEIRO (A)

Data	Entrada 1	Saida 1	Entrada 2	Saida 2	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.	Total Faltas
21/09 seg	Folga							
22/09 ter	Folga							
23/09 qua	19:07	20:30	21:20	07:00	11:00		08:00	
24/09 qui	Folga							
25/09 sex	10:00	12:53	13:46					
26/09 sab	Folga							
27/09 dom	07:04	12:52	13:53	19:14	11:00			
28/09 seg	Folga							
29/09 ter	Folga							
30/09 qua	Folga							
01/10 qui	Folga							
02/10 sex	06:51	14:49	15:49	19:20	11:00			
03/10 sab	Folga							
04/10 dom	07:07	12:06	13:03	19:13	11:00			
05/10 seg	Folga							
06/10 ter	06:56	12:36	13:36	19:19	11:00			
07/10 qua	Folga							
08/10 qui	07:05	12:17	13:35	19:52	10:37			
09/10 sex	Folga							
10/10 sab	07:02	12:47	13:45	18:13	10:13			
11/10 dom	Folga							
12/10 seg	07:00	12:06	13:08	19:13	11:00			
13/10 ter	Folga							
14/10 qua	07:00	13:20	14:24	19:19	11:00			
15/10 qui	Folga							
16/10 sex	19:01	20:01	20:52	07:10	11:00		08:00	
17/10 sab	Folga							
18/10 dom	07:05	12:00	13:00	19:13	11:00			
19/10 seg	Folga							
20/10 ter	07:09	12:18	12:49	19:15	11:35			
TOTAL: 13 dias, 17 folgas/feriados					**131:25**		**16:00**	

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saude
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandopolis
Tipo de Despesa: Custeio

Horário Movel (v1): 19H AS 07H- Inicio de acordo com o funcionário
7 dias x 19:00-23:00 00:00-07:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem Folga
15/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - AD.NOTURNO)

BRUNA BERALDO FERRANTE

ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL

Cartão de Ponto de 21/09/2020 a 20/10/2020

Empregador **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**
Funcionario DANIELA DOS SANTOS DE OLIVEIRA
Departamento UTI MIRANDÓPOLIS
Função TEC DE ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saida 1	Entrada 2	Saida 2	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.	Total Faltas
21/09 seg	Folga							
22/09 ter	Folga							
23/09 qua	Folga							
24/09 qui	18:47	20:38	21:37	07:00	11:00		08:00	
25/09 sex	Folga							
26/09 sab	18:46	20:06	20:58	07:00	11:00		08:00	
27/09 dom	Folga							
28/09 seg	18:46	20:03	20:57	07:00	11:00		08:00	
29/09 ter	Folga							
30/09 qua	18:50	20:19	21:17	06:50	11:00		08:00	
01/10 qui	Folga							
02/10 sex	18:48	20:23	21:16	07:00	11:00		08:00	
03/10 sab	Folga							
04/10 dom	18:51	20:58	21:53	07:00	11:00		08:00	
05/10 seg	Folga							
06/10 ter	Folga							
07/10 qua	Folga							
08/10 qui	18:56	20:00	23:05	07:00	08:59		06:45	
09/10 sex	Folga							
10/10 sab	18:47	20:08	21:05	07:00	11:00		08:00	
11/10 dom	Folga							
12/10 seg	18:50	20:12	21:07	07:00	11:00		08:00	
13/10 ter	Folga							
14/10 qua	18:51	20:16	21:13	07:01	11:00		08:00	
15/10 qui	Folga							
16/10 sex	18:52	19:57	20:58	07:04	11:00		08:00	
17/10 sab	Folga							
18/10 dom	18:48	20:01	20:55	07:00	11:00		08:00	
19/10 seg	Folga							
20/10 ter	Folga							
TOTAL: 12 dias, 18 folgas/feriados					**129:59**		**94:45**	

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saude
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandopolis
Tipo de Despesa: Custeio

Horário Movel (v1): 19H AS 07H- Início de acordo com o funcionário
7 dias x 19:00-23:00 00:00-07:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem Folga
15/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - AD.NOTURNO)

DANIELA DOS SANTOS DE OLIVEIRA
01/11/2020

ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL

Cartão de Ponto de 21/09/2020 a 20/10/2020

Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionario CRISTIANE PASCOALETO VENDRAME
Departamento UTI MIRANDÓPOLIS

Função TEC DE ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saida 1	Entrada 2	Saida 2	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.	Total Faltas
21/09 seg	Folga							
22/09 ter	06:56	14:20	16:02	19:00	10:22			
23/09 qua	Folga							
24/09 qui	06:56	12:13	13:15	19:03	11:00			
25/09 sex	Folga							
26/09 sab	06:54	13:35	14:37	19:04	11:00			
27/09 dom	Folga							
28/09 seg	Folga							
29/09 ter	Folga							
30/09 qua	06:58	11:00	12:08	18:32	10:26			
01/10 qui	Folga							
02/10 sex	06:57	12:58	14:12	19:09	10:58			
03/10 sab	Folga							
04/10 dom	06:58	12:13	13:17	19:05	11:00			
05/10 seg	Folga							
06/10 ter	06:58	11:58	13:12	18:57	10:45			
07/10 qua	Folga							
08/10 qui	Folga							
09/10 sex	Folga							
10/10 sab	06:58	14:50	15:51	19:00	11:00			
11/10 dom	06:58	12:06	13:07	19:10	11:00			
12/10 seg	Folga							
13/10 ter	Folga							
14/10 qua	06:54	16:20	17:18	18:59	11:00			
15/10 qui	Folga							
16/10 sex	Folga							
17/10 sab	Folga							
18/10 dom	06:58	14:10	15:15	18:55	10:52			
19/10 seg	Folga							
20/10 ter	06:56	14:19	15:19	15:57	08:01			
TOTAL: 12 dias. 18 folgas/feriados					127:24			

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saude
UGE: 090196 - Hospital Estadual
"Dr. Oswaldo Brandi Farat" de Mirandopolis
Tipo de Despesa: Custeio

Horário Movel (v1): 07H AS 19H- Inicio de acordo com o funcionário
7 dias x 07:00-12:00 13:00-19:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem Folga
10/30 [So Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)

CRISTIANE PASCOALETO VENDRAME

03/11/20

ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL

Cartão de Ponto de 21/09/2020 a 20/10/2020

Impresso em 27/10/2020 19:58

Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionario RICARDO DE CARVALHO
Departamento UTI MIRANDÓPOLIS

Função TEC DE ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saida 1	Entrada 2	Saida 2	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.	Total Faltas
21/09 seg	Folga							
22/09 ter	18:38	20:09	21:11	05:03	09:23		08:00	
23/09 qua	Folga							
24/09 qui	18:43	20:37	21:37	07:00	11:00		08:00	
25/09 sex	Folga							
26/09 sab	18:46	20:00	21:00	07:00	11:00		08:00	
27/09 dom	Folga							
28/09 seg	18:32	20:13	21:10	07:00	11:31		08:00	
29/09 ter	Folga							
30/09 qua	18:56	20:20	21:21	07:00	11:00		08:00	
01/10 qui	Folga							
02/10 sex	18:55	20:36	21:35	07:00	11:00		08:00	
03/10 sab	Folga							
04/10 dom	18:45	20:58	21:58	07:00	11:00		08:00	
05/10 seg	Folga							
06/10 ter	18:47	20:32	21:28	07:01	11:00		08:00	
07/10 qua	Folga							
08/10 qui	18:43	20:51	22:32	07:00	10:36		07:23	
09/10 sex	Folga							
10/10 sab	18:58	20:06	21:02	07:02	11:00		08:00	
11/10 dom	Folga							
12/10 seg	18:33	20:13	21:07	07:00	11:33		08:00	
13/10 ter	Folga							
14/10 qua	18:45	20:02	21:02	07:01	11:00		08:00	
15/10 qui	Folga							
16/10 sex	Folga							
17/10 sab	Folga							
18/10 dom	Folga							
19/10 seg	Folga							
20/10 ter	18:52	20:06	21:01	07:00	11:00		08:00	
TOTAL: 13 dias, 17 folgas/feriados					**142:03**		**103:23**	

TOLERANCIA DIARIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saude
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandopolis
Tipo de Despesa: Custeio

Horário Movel (v1): 19H AS 07H- Inicio de acordo com o funcionario
7 dias x 19:00-23:00 00:00-07:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem Folga
15/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - AD.NOTURNO)

RICARDO DE CARVALHO
04/11/20

ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL

Cartão de Ponto de 21/09/2020 a 20/10/2020

Empregador **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**
Funcionario SONIA DOS SANTOS ROCHA
Departamento UTI MIRANDÓPOLIS
Função TEC DE ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saida 1	Entrada 2	Saida 2	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.	Total Faltas
21/09 seg	Folga							
22/09 ter	Folga							
23/09 qua	18:52	20:31	21:21	07:11	11:00		08:00	
24/09 qui	Folga							
25/09 sex	18:53	20:39	21:23	07:21	11:44		08:00	
26/09 sab	Folga							
27/09 dom	18:50	20:23	21:20	07:00	11:00		08:00	
28/09 seg	Folga							
29/09 ter	18:52	20:22	21:16	07:02	11:00		08:00	
30/09 qua	Folga							
01/10 qui	18:54	20:21	21:15	07:00	11:00		08:00	
02/10 sex	Folga							
03/10 sab	18:51	20:51	21:46	07:14	11:00		08:00	
04/10 dom	Folga							
05/10 seg	18:57	20:42	21:40	07:00	11:00		08:00	
06/10 ter	Folga							
07/10 qua	18:54	20:36	21:26	07:10	11:00		08:00	
08/10 qui	Folga							
09/10 sex	18:52	20:27	21:21	07:02	11:00		08:00	
10/10 sab	Folga							
11/10 dom	18:50	21:08	21:51	07:00	11:00		08:00	
12/10 seg	Folga							
13/10 ter	18:54	20:35	21:31	07:00	11:00		08:00	
14/10 qua	Folga							
15/10 qui	18:50	20:50	21:59	07:01	11:00		08:00	
16/10 sex	Folga							
17/10 sab	Folga							
18/10 dom	Folga							
19/10 seg	18:45	20:16	21:11	07:04	11:00		08:00	
20/10 ter	Folga							
TOTAL: 13 dias, 17 folgas/feriados					**143:44**		**104:00**	

TOLERANCIA DIARIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandopolis
Tipo de Despesa: Custeio

Horário Movel (v1): 19H AS 07H- Inicio de acordo com o funcionário
7 dias x 19:00-23:00 00:00-07:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem Folga
15/30 [So Banco]
Falta [So Banco] (feriado) (noturno normal - AD.NOTURNO)

Sonia dos S Rocha
SONIA DOS SANTOS ROCHA
31/10/20

ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL

Cartão de Ponto de 21/09/2020 a 20/10/2020

Impresso em 27/10/2020 19:58

Empregador **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**
Funcionario PRISCILA SANTOS LEITE DE ALMEIDA
Departamento UTI MIRANDÓPOLIS

Função ENFERMEIRO (A)

Data	Entrada 1	Saida 1	Entrada 2	Saida 2	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.	Total Faltas
21/09 seg	Folga							
22/09 ter	06:59	16:01	17:45	19:28	10:45			
23/09 qua	Folga							
24/09 qui	07:03	14:29	15:27	19:19	11:00			
25/09 sex	Folga							
26/09 sab	06:58	12:37	14:26	19:19	10:32			
27/09 dom	Folga							
28/09 seg	07:01	13:38	15:16	19:25	10:46			
29/09 ter	Folga							
30/09 qua	07:01	14:00	15:20	19:30	11:00			
01/10 qui	Folga							
02/10 sex	Afastamento - FÉRIAS							
03/10 sab	Afastamento - FÉRIAS							
04/10 dom	Afastamento - FÉRIAS							
05/10 seg	Afastamento - FÉRIAS							
06/10 ter	Afastamento - FÉRIAS							
07/10 qua	Afastamento - FÉRIAS							
08/10 qui	Afastamento - FÉRIAS							
09/10 sex	Afastamento - FÉRIAS							
10/10 sab	Afastamento - FÉRIAS							
11/10 dom	Afastamento - FÉRIAS							
12/10 seg	Afastamento - FÉRIAS							
13/10 ter	Afastamento - FÉRIAS							
14/10 qua	Afastamento - FÉRIAS							
15/10 qui	Afastamento - FÉRIAS							
16/10 sex	Afastamento - FÉRIAS							
17/10 sab	Afastamento - FÉRIAS							
18/10 dom	Afastamento - FÉRIAS							
19/10 seg	Afastamento - FÉRIAS							
20/10 ter	Afastamento - FÉRIAS							
TOTAL: 5 dias, 6 folgas/feriados, 19 afastamentos					**54:03**			

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 Mirandopolis
Tipo de Despesa: Custeio

Horário Movel (v1): 07H AS 19H- Inicio de acordo com o funcionário
7 dias x 07:00-12:00 13:00-19:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem Folga
10/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)

PRISCILA SANTOS LEITE DE ALMEIDA
03/11/2020

ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL

Cartão de Ponto de 21/09/2020 a 20/10/2020

Impresso em 27/10/2020 19:58

Empregador **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**
Funcionario REGINA LEIA PARRO RODRIGUES DE SOUSA
Departamento UTI MIRANDÓPOLIS

Função AUX DE FARMÁCIA

Data	Entrada 1	Saida 1	Entrada 2	Saida 2	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.	Total Faltas
21/09 seg	Folga							
22/09 ter	18:55	20:24	21:16	07:10	11:00		08:00	
23/09 qua	Folga							
24/09 qui	Folga							
25/09 sex	Folga							
26/09 sab	18:49	20:27	21:25	07:04	11:00		08:00	
27/09 dom	Folga							
28/09 seg	18:49	20:31	21:21	07:04	11:00		08:00	
29/09 ter	Folga							
30/09 qua	18:49	20:32	21:27	07:00	11:00		08:00	
01/10 qui	Folga							
02/10 sex	18:50	20:11	21:10	07:11	11:00		08:00	
03/10 sab	Folga							
04/10 dom	18:51	20:22	21:22	07:00	11:00		08:00	
05/10 seg	07:00	16:00	17:23	19:00	10:37			
06/10 ter	18:54	20:37	21:28	07:02	11:00		08:00	
07/10 qua	Folga							
08/10 qui	18:55	20:34	21:29	07:08	11:00		08:00	
09/10 sex	Folga							
10/10 sab	18:57	20:29	21:26	07:00	11:00		08:00	
11/10 dom	Folga							
12/10 seg	18:50	20:20	21:21	07:02	11:00		08:00	
13/10 ter	Folga							
14/10 qua	18:54	20:30	21:25	07:02	11:00		08:00	
15/10 qui	Folga							
16/10 sex	18:51	20:28	21:27	07:08	11:00		08:00	
17/10 sab	18:53	20:20	21:18	07:02	11:00		08:00	
18/10 dom	18:53	20:27	21:25	07:03	11:00		08:00	
19/10 seg	Folga							
20/10 ter	18:50	20:05	21:03	07:02	11:00		08:00	
TOTAL: 16 dias, 14 folgas/feriados					**175:37**		**120:00**	

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandopolis
Tipo de Despesa: Custeio

Horário Movel (v1): 19H AS 07H- Início de acordo com o funcionário
7 dias x 19:00-23:00 00:00-07:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem Folga
15/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - AD.NOTURNO)

REGINA LEIA PARRO RODRIGUES DE

01/11/20

ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL

Cartão de Ponto de 21/09/2020 a 20/10/2020

Empregador **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**
Funcionario EDILENE MANOEL
Departamento UTI MIRANDÓPOLIS

Função TEC DE ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saida 1	Entrada 2	Saida 2	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.	Total Faltas
21/09 seg	07:02	12:19	13:16	19:01	11:00			
22/09 ter	Folga							
23/09 qua	07:07	12:14	13:17	19:10	11:00			
24/09 qui	Folga							
25/09 sex	07:05	13:32	14:33	19:15	11:00			
26/09 sab	Folga							
27/09 dom	07:08	13:19	14:35	19:01	10:37			
28/09 seg	Folga							
29/09 ter	07:07	12:04	13:07	19:06	10:56			
30/09 qua	Folga							
01/10 qui	Folga							
02/10 sex	Folga							
03/10 sab	07:05	15:15	16:15	19:18	11:00			
04/10 dom	Folga							
05/10 seg	06:59	13:59	15:05	19:10	11:00			
06/10 ter	Folga							
07/10 qua	07:06	14:20	15:53	19:14	10:35			
08/10 qui	Folga							
09/10 sex	07:08	12:49	13:50	19:09	11:00			
10/10 sab	Folga							
11/10 dom	06:58	12:06	13:16	19:10	11:00			
12/10 seg	Folga							
13/10 ter	07:04	13:38	14:43	19:16	11:00			
14/10 qua	Folga							
15/10 qui	07:02	12:11	13:12	19:06	11:00			
16/10 sex	Folga							
17/10 sab	Folga							
18/10 dom	Folga							
19/10 seg	07:00	12:59	14:09	19:07	10:57			
20/10 ter	Folga							
TOTAL: 13 dias, 17 folgas/feriados					**142:05**			

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandopolis
Tipo de Despesa: Custeio

Horário Movel (v1): 07H AS 19H- Inicio de acordo com o funcionário
7 dias x 07:00-12:00 13:00-19:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem Folga
10/30 [So Banco]
Falta [So Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)

EDILENE MANOEL
__/__/____

ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL

Cartão de Ponto de 21/09/2020 a 20/10/2020

Empregador **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**
Funcionario EDILAINE MUNHOZ MAQUEA
Departamento UTI MIRANDÓPOLIS
Função TEC DE ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.	Total Faltas
21/09 seg	Afastamento - FÉRIAS							
22/09 ter	Afastamento - FÉRIAS							
23/09 qua	Afastamento - FÉRIAS							
24/09 qui	Afastamento - FÉRIAS							
25/09 sex	Afastamento - FÉRIAS							
26/09 sab	Afastamento - FÉRIAS							
27/09 dom	Afastamento - FÉRIAS							
28/09 seg	Afastamento - FÉRIAS							
29/09 ter	Afastamento - FÉRIAS							
30/09 qua	Afastamento - FÉRIAS							
01/10 qui	19:02	20:21	21:15	07:00			08:00	
02/10 sex	Folga							
03/10 sab	19:08	20:50	21:45	07:22	11:00		08:00	
04/10 dom	Folga							
05/10 seg	19:01	20:44	21:43	07:00	11:00		08:00	
06/10 ter	Folga							
07/10 qua	19:07	20:36	21:27	07:10	11:00		08:00	
08/10 qui	Folga							
09/10 sex	19:03	20:27	21:21	07:01	11:00		08:00	
10/10 sab	Folga							
11/10 dom	19:02	21:09	22:03	07:00	11:00		07:56	
12/10 seg	Folga							
13/10 ter	19:01	20:36	21:31	07:00	11:00		08:00	
14/10 qua	Folga							
15/10 qui	Folga							
16/10 sex	Folga							
17/10 sab	19:07	20:26	21:21	07:04	11:00		08:00	
18/10 dom	Folga							
19/10 seg	18:58	20:16	21:11	07:04	11:00		08:00	
20/10 ter	Folga							
TOTAL: 8 dias, 11 folgas/feriados, 11 afastamentos					**88:00**		**71:56**	

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual "Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandopolis
Tipo de Despesa: Custeio

Horário Movel (v1): 19H AS 07H- Inicio de acordo com o funcionário
7 dias x 19:00-23:00 00:00-07:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem Folga
15/30 [So Banco]
Falta [So Banco] (feriado) (noturno normal - AD.NOTURNO)

EDILAINE MUNHOZ MAQUEA
31/10/2020

ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL

Cartão de Ponto de 21/09/2020 a 20/10/2020

Empregador **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**
Funcionario LAIS MARANI SILVA
Departamento UTI MIRANDÓPOLIS
Função FARMACEUTICO (A)

Data	Entrada 1	Saida 1	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.	Total Faltas
21/09 seg	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE					
22/09 ter	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE					
23/09 qua	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE					
24/09 qui	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE					
25/09 sex	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE					
26/09 sab	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE					
27/09 dom	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE					
28/09 seg	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE					
29/09 ter	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE					
30/09 qua	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE					
01/10 qui	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE					
02/10 sex	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE					
03/10 sab	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE					
04/10 dom	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE					
05/10 seg	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE					
06/10 ter	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE					
07/10 qua	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE					
08/10 qui	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE					
09/10 sex	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE					
10/10 sab	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE					
11/10 dom	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE					
12/10 seg	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE					
13/10 ter	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE					
14/10 qua	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE					
15/10 qui	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE					
16/10 sex	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE					
17/10 sab	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE					
18/10 dom	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE					
19/10 seg	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE					
20/10 ter	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE					

TOTAL: 0 dias, 30 afastamentos

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saude
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Branda Faria de Mirandopolis
Tipo de Despesa: Custeio

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS

Horário Fixo (v1): RT FARMÁCIA MIRANDÓPOLIS - Inicio: Segunda
5 dias x 09:00-12:00 R 13:00-17:30 = 07:30 Folga 2 dias
Entrada 10/15 [Só Banco] - Saida 10/15 [Só Banco]
Refeição Livre 10/15 [Só Banco] (Marcação Obrigatória)

LAIS MARANI SILVA
__/__/____

ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL

Cartão de Ponto de 21/09/2020 a 20/10/2020

Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionario LETICIA MAIARA DOS SANTOS FERRAZ
Departamento UTI MIRANDÓPOLIS

Função TEC DE ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saida 1	Entrada 2	Saida 2	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.	Total Faltas
21/09 seg	Folga							
22/09 ter	Folga							
23/09 qua	Folga							
24/09 qui	07:04	13:27	14:23	19:10	11:00			
25/09 sex	Folga							
26/09 sab	07:12	14:34	15:22	19:05	11:00			
27/09 dom	Folga							
28/09 seg	07:14	11:18	12:19	19:00	10:45			
29/09 ter	Folga							
30/09 qua	07:21	12:13	13:09	19:08	10:51			
01/10 qui	Folga							
02/10 sex	07:21	13:30	14:35	19:08	10:42			
03/10 sab	Folga							
04/10 dom	Folga							
05/10 seg	Folga							
06/10 ter	Folga							
07/10 qua	Folga							
08/10 qui	07:03	13:46	14:45	19:13	11:00			
09/10 sex	Folga							
10/10 sab	07:05	13:50	14:48	19:00	10:57			
11/10 dom	Folga							
12/10 seg	07:06	13:25	14:27	17:54	09:46			
13/10 ter	Folga							
14/10 qua	07:14	13:44	14:48	19:00	10:42			
15/10 qui	Folga							
16/10 sex	07:12	11:47	12:45	19:07	10:57			
17/10 sab	Folga							
18/10 dom	07:11	13:09	14:11	18:56	10:43			
19/10 seg	Folga							
20/10 ter	07:13	13:12	14:16	19:07	10:50			
TOTAL: 12 dias, 18 folgas/feriados					**129:13**			

TOLERANCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saude
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandopolis
Tipo de Despesa: Custeio

Horário Movel (v1): 07H AS 19H- Inicio de acordo com o funcionário
7 dias x 07:00-12:00 13:00-19:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem Folga
10/30 [So Banco]
Falta [So Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)

LETICIA MAIARA DOS SANTOS
03/12/2020

ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL

Cartão de Ponto de 21/09/2020 a 20/10/2020

Impresso em 27/10/2020 19:58

Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionario CATIA FERNANDA FERRAZ
Departamento UTI MIRANDÓPOLIS

Função TEC DE ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saida 1	Entrada 2	Saida 2	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.	Total Faltas
21/09 seg	19:25	20:16	21:06	07:00	10:45		08:00	
22/09 ter	Folga							
23/09 qua	Folga							
24/09 qui	Folga							
25/09 sex	19:10	20:39	21:23	07:25	11:31		08:00	
26/09 sab	Folga							
27/09 dom	19:01	20:23	21:20	06:58	11:00		08:00	
28/09 seg	Folga							
29/09 ter	19:08	20:22	21:16	07:01	10:59		08:00	
30/09 qua	Folga							
01/10 qui	Folga							
02/10 sex	19:01	20:23	21:31	07:00	10:51		08:00	
03/10 sab	Folga							
04/10 dom	Folga							
05/10 seg	Folga							
06/10 ter	18:57	20:39	21:47	07:02	10:57		08:00	
07/10 qua	Folga							
08/10 qui	18:43	20:29	21:12	07:00	11:34		08:00	
09/10 sex	Folga							
10/10 sab	19:03	20:02	21:02	07:02	10:59		08:00	
11/10 dom	Folga							
12/10 seg	18:55	20:55	21:55	07:00	11:00		08:00	
13/10 ter	Folga							
14/10 qua	Folga							
15/10 qui	Folga							
16/10 sex	19:04	19:57	20:52	07:04	11:00		08:00	
17/10 sab	Folga							
18/10 dom	18:57	20:11	20:59	07:00	11:00		08:00	
19/10 seg	Folga							
20/10 ter	18:53	20:06	21:00	07:01	11:00		08:00	
TOTAL: 12 dias, 18 folgas/feriados					**132:36**		**96:00**	

TOLERANCIA DIARIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196. - Hospital Estadual
'Dr. Oswaldo Brandi Faria' de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

Horário Movel (v1): 19H AS 07H- Inicio de acordo com o funcionário
7 dias x 19:00-23:00 00:00-07:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem Folga
15/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - AD.NOTURNO)

CATIA FERNANDA FERRAZ
01/11/20

ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL

Cartão de Ponto de 21/09/2020 a 20/10/2020

Impresso em 27/10/2020 19:58

Empregador **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**
Funcionario CAMILA DONATO INNOCENCIO
Departamento UTI MIRANDÓPOLIS

Função ENFERMEIRO (A)

Data	Entrada 1	Saida 1	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.	Total Faltas
21/09 seg	Afastamento - AFASTAMENTO					
22/09 ter	Afastamento - AFASTAMENTO					
23/09 qua	Afastamento - AFASTAMENTO					
24/09 qui	Afastamento - AFASTAMENTO					
25/09 sex	Afastamento - AFASTAMENTO					
26/09 sab	Afastamento - AFASTAMENTO					
27/09 dom	Afastamento - AFASTAMENTO					
28/09 seg	Afastamento - AFASTAMENTO					
29/09 ter	Afastamento - AFASTAMENTO					
30/09 qua	Afastamento - AFASTAMENTO					
01/10 qui	Afastamento - AFASTAMENTO					
02/10 sex	Afastamento - AFASTAMENTO					
03/10 sab	Afastamento - AFASTAMENTO					
04/10 dom	Afastamento - AFASTAMENTO					
05/10 seg	Afastamento - AFASTAMENTO					
06/10 ter	Afastamento - AFASTAMENTO					
07/10 qua	Afastamento - AFASTAMENTO					
08/10 qui	Afastamento - AFASTAMENTO					
09/10 sex	Afastamento - AFASTAMENTO					
10/10 sab	Afastamento - AFASTAMENTO					
11/10 dom	Afastamento - AFASTAMENTO					
12/10 seg	Afastamento - AFASTAMENTO					
13/10 ter	Afastamento - AFASTAMENTO					
14/10 qua	Afastamento - AFASTAMENTO					
15/10 qui	Afastamento - AFASTAMENTO					
16/10 sex	Afastamento - AFASTAMENTO					
17/10 sab	Afastamento - AFASTAMENTO					
18/10 dom	Afastamento - AFASTAMENTO					
19/10 seg	Afastamento - AFASTAMENTO					
20/10 ter	Afastamento - AFASTAMENTO					

TOTAL: 0 dias, 30 afastamentos

Horário Movel (v1): 19H AS 07H- Inicio de acordo com o funcionario
7 dias x 19:00-23:00 00:00-07:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem Folga
15/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - AD.NOTURNO)

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saude
UGE: 090196. - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria' de Mirandopolis
Tipo de Despesa: Custeio

TOLERÂNCIA DIARIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS

CAMILA DONATO INNOCENCIO

___/___/____

ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL

Cartão de Ponto de 21/09/2020 a 20/10/2020

Impresso em 27/10/2020 19:56

Empregador **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**
Funcionario GISLAINE MACHADO MORABITO
Departamento UTI MIRANDÓPOLIS

Função TEC DE ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saida 1	Entrada 2	Saida 2	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.	Total Faltas
21/09 seg	Folga							
22/09 ter	Folga							
23/09 qua	06:47	12:13	13:18	19:09	11:00			
24/09 qui	Folga							
25/09 sex	06:46	12:24	13:26	19:15	11:00			
26/09 sab	Folga							
27/09 dom	Folga							
28/09 seg	Folga							
29/09 ter	06:45	13:28	14:27	19:04	11:00			
30/09 qua	Folga							
01/10 qui	06:53	13:08	14:10	19:09	11:00			
02/10 sex	Folga							
03/10 sab	06:54	12:50	13:49	19:12	11:00			
04/10 dom	06:56	13:57	15:05	19:11	11:00			
05/10 seg	07:01	12:45	13:36	19:09	11:00			
06/10 ter	Folga							
07/10 qua	06:47	12:48	13:49	19:14	11:00			
08/10 qui	Folga							
09/10 sex	06:52	14:23	15:25	19:08	11:00			
10/10 sab	Folga							
11/10 dom	06:51	13:16	14:17	19:10	11:00			
12/10 seg	Folga							
13/10 ter	06:47	12:30	13:33	19:16	11:00			
14/10 qua	Folga							
15/10 qui	06:58	13:25	14:28	19:04	11:00			
16/10 sex	Folga							
17/10 sab	07:01	12:55	13:47	19:04	11:00			
18/10 dom	Folga							
19/10 seg	06:57	12:08	13:09	18:30	10:32			
20/10 ter	Folga							
TOTAL: 14 dias, 16 folgas/feriados					**153:32**			

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandopolis
Tipo de Despesa: Custeio

Horário Movel (v1): 07H AS 19H- Inicio de acordo com o funcionário
7 dias x 07:00-12:00 13:00-19:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem Folga
10/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)

GISLAINE MACHADO MORABITO

ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL

Cartão de Ponto de 21/09/2020 a 20/10/2020

Empregador **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**
Funcionario JOSE LOPES DE OLIVEIRA
Departamento UTI MIRANDÓPOLIS
Função TEC DE ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saida 1	Entrada 2	Saida 2	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.	Total Faltas
21/09 seg	Folga							
22/09 ter	18:57	20:18	21:12	07:00	11:00		08:00	
23/09 qua	Folga							
24/09 qui	18:57	20:26	21:24	07:00	11:00		08:00	
25/09 sex	Folga							
26/09 sab	18:42	20:07	20:58	07:00	11:00		08:00	
27/09 dom	Folga							
28/09 seg	18:42	20:04	20:58	07:00	11:00		08:00	
29/09 ter	Folga							
30/09 qua	18:51	20:20	21:39	06:59	10:49		08:00	
01/10 qui	Folga							
02/10 sex	18:50	20:03	21:06	07:00	11:00		08:00	
03/10 sab	Folga							
04/10 dom	18:54	20:33	21:31	07:00	11:00		08:00	
05/10 seg	Folga							
06/10 ter	18:50	20:42	21:38	07:02	11:00		08:00	
07/10 qua	Folga							
08/10 qui	18:52	20:19	21:14	07:00	11:00		08:00	
09/10 sex	Folga							
10/10 sab	19:07	20:03	21:03		01:00			
11/10 dom	Folga							
12/10 seg	18:54	20:13	21:01	07:00	11:00		08:00	
13/10 ter	Folga							
14/10 qua	18:51	20:18	21:06	07:02	11:00		08:00	
15/10 qui	Folga							
16/10 sex	18:50	20:01	20:52	07:05	11:00		08:00	
17/10 sab	Folga							
18/10 dom	18:58	20:07	21:05	06:59	11:00		08:00	
19/10 seg	Folga							
20/10 ter	18:48	20:00	21:00	07:01	11:00		08:00	
TOTAL: 15 dias, 15 folgas/feriados					**154:49**		**112:00**	

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saude
UGE: 090196 - Hospital Estadual
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandopolis
Tipo de Despesa: Custeio

Horário Movel (v1): 19H AS 07H- Inicio de acordo com o funcionário
7 dias x 19:00-23:00 00:00-07:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem Folga
15/30 [So Banco]
Falta [So Banco] (feriado) (noturno normal - AD.NOTURNO)

JOSE LOPES DE OLIVEIRA

___/___/____

ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL

Cartão de Ponto de 21/09/2020 a 20/10/2020

Impresso em 27/10/2020 19:58

Empregador **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**
Funcionario KELLY CRISTINA RAMOS ROCHA
Departamento UTI MIRANDÓPOLIS

Função TEC DE ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Trabalhadas	Refeição	Total Not.	Total Faltas
21/09 seg	Folga							
22/09 ter	06:56	11:50	12:52	19:00	11:00			
23/09 qua	Folga							
24/09 qui	06:51	12:16	13:17	19:06	11:00			
25/09 sex	Folga							
26/09 sab	Folga							
27/09 dom	Folga							
28/09 seg	06:56	11:19	12:18	18:54	10:59			
29/09 ter	Folga							
30/09 qua	06:59	11:56	12:53	19:09	11:00			
01/10 qui	Folga							
02/10 sex	07:00	12:35	13:41	19:11	11:00			
03/10 sab	Folga							
04/10 dom	06:52	12:51	13:49	19:05	11:00			
05/10 seg	Folga							
06/10 ter	06:58	12:58	13:54	18:58	11:00			
07/10 qua	Folga							
08/10 qui	07:03	13:06	14:04	19:13	11:00			
09/10 sex	Folga							
10/10 sab	07:00	12:38	13:42	18:58	10:54			
11/10 dom	Folga							
12/10 seg	06:59	11:44	12:53	18:48	10:40			
13/10 ter	Folga							
14/10 qua	Folga							
15/10 qui	Folga							
16/10 sex	Folga							
17/10 sab	Folga							
18/10 dom	06:57	12:41	13:44	18:56	10:56			
19/10 seg	07:03	13:17	14:15	19:03	11:00			
20/10 ter	07:04	12:08	13:08	19:06	11:00			
TOTAL: 13 dias, 17 folgas/feriados					**142:29**			

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saude
UGE: 090196. - Hospital Estadual
'Dr. Oswaldo Brandi Faria' de Mirandopolis
Tipo de Despesa: Custeio

Horário Movel (v1): 07H AS 19H- Início de acordo com o funcionário
7 dias x 07:00-12:00 13:00-19:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem Folga
10/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)

Kelly C. R. Rocha
KELLY CRISTINA RAMOS ROCHA
02/11/20

ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL

Cartão de Ponto de 21/09/2020 a 20/10/2020

Impresso em 27/10/2020 19:58

Empregador **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**
Funcionario VALERIA CRISTINA DE SOUZA DA CRUZ
Departamento UTI MIRANDÓPOLIS

Função TEC DE ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saida 1	Entrada 2	Saida 2	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.	Total Faltas
21/09 seg	06:56	12:09	12:59	19:03	11:00			
22/09 ter	Folga							
23/09 qua	06:49	13:21	14:17	19:08	11:00			
24/09 qui	Folga							
25/09 sex	Folga							
26/09 sab	Folga							
27/09 dom	06:48	12:21	13:17	19:02	11:00			
28/09 seg	Folga							
29/09 ter	06:53	12:00	12:53	19:04	11:00			
30/09 qua	Folga							
01/10 qui	06:42	12:14	13:13	19:08	11:00			
02/10 sex	Folga							
03/10 sab	06:49	15:14	16:11	19:12	11:00			
04/10 dom	Folga							
05/10 seg	06:47	12:29	13:28	19:09	11:00			
06/10 ter	Folga							
07/10 qua	Folga							
08/10 qui	Folga							
09/10 sex	06:49	12:47	13:49	19:08	11:00			
10/10 sab	Folga							
11/10 dom	Folga							
12/10 seg	06:53	14:14	15:08	19:03	11:00			
13/10 ter	06:47	12:13	13:08	19:13	11:31			
14/10 qua	Folga							
15/10 qui	06:55	12:01	12:57	19:05	11:00			
16/10 sex	Folga							
17/10 sab	06:54	12:36	13:34	19:03	11:00			
18/10 dom	Folga							
19/10 seg	Folga							
20/10 ter	Folga							
TOTAL: 12 dias, 18 folgas/feriados					**132:31**			

TOLERANCIA DIARIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saude
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandopolis
Tipo de Despesa: Custeio

Horário Movel (v1): 07H AS 19H- Inicio de acordo com o funcionário
7 dias x 07:00-12:00 13:00-19:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem Folga
10/30 [So Banco]
Falta [So Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)

VALERIA CRISTINA DE SOUZA DA
04/11/20

ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL

Cartão de Ponto de 21/09/2020 a 20/10/2020

Impresso em 27/10/2020 19:58

Empregador **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**
Funcionario THAIS BOARETO DA SILVA
Departamento UTI MIRANDÓPOLIS
Função ENFERMEIRO(A) RT

Data	Entrada 1	Saida 1	Entrada 2	Saida 2	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.	Total Faltas
21/09 seg	Afastamento - FÉRIAS							
22/09 ter	Afastamento - FÉRIAS							
23/09 qua	Afastamento - FÉRIAS							
24/09 qui	Afastamento - FÉRIAS							
25/09 sex	Afastamento - FÉRIAS							
26/09 sab	Afastamento - FÉRIAS							
27/09 dom	Afastamento - FÉRIAS							
28/09 seg	06:55	13:04	13:51	16:05	07:00	00:47		
29/09 ter	06:57	12:29	13:32	16:02	07:00	01:03		
30/09 qua	06:58	12:42	13:46	16:47	07:00	01:04		
01/10 qui	07:00	12:52	13:46	16:00	07:00	00:54		
02/10 sex	06:57	12:42	13:48	15:58	07:00	01:00		
03/10 sab	Folga							
04/10 dom	06:52							
05/10 seg	06:52	13:04	14:00	16:00	07:00	00:56		
06/10 ter	06:55	12:16	13:10	15:45	07:00	00:54		
07/10 qua	06:54	12:55	14:08	16:00	07:00	01:00		
08/10 qui	07:00	10:10	10:25	15:22	07:00	00:15		
09/10 sex	06:59	13:44	14:46	19:27	07:00	01:02		
10/10 sab	Folga							
11/10 dom	Folga							
12/10 seg	Folga							
13/10 ter	06:57	10:43	10:59	14:52	07:00	00:16		
14/10 qua	06:58	12:58	13:59	15:17	07:00	01:01		
15/10 qui	07:27	13:23	13:40	14:30	06:46	00:17		
16/10 sex	06:59	13:05	14:08	19:30	07:00	01:03		
17/10 sab	Folga							
18/10 dom	Folga							
19/10 seg	07:07	11:37	11:55	13:08	05:43	00:18		
20/10 ter	08:06	11:35	11:52	14:28	06:05	00:17		
TOTAL: 16 dias, 7 folgas/feriados, 7 afastamentos					**109:34**	**12:07**		

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saude
UGE: 090196. - Hospital Estadual
'Dr. Oswaldo Brandi Faria' de Mirandopolis
Tipo de Despesa: Custeio

Horário Movel (v1): 07:00 ás 16:00 - RT Mirandópolis - Inicio: Segunda
5 dias x 08:00-12:00 R 13:00-16:00 = 07:00 Folga 2 dias
5/15 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)

THAIS BOARETO DA SILVA

ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL

Cartao de Ponto de 21/09/2020 a 20/10/2020

Empregador **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**
Funcionario ALCIONE BOGAZ
Departamento UTI MIRANDÓPOLIS

Função TEC DE ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saida 1	Entrada 2	Saida 2	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.	Total Faltas
21/09 seg	Folga							
22/09 ter	19:03	20:09	21:12	07:00	10:54		08:00	
23/09 qua	Folga							
24/09 qui	Folga							
25/09 sex	Folga							
26/09 sab	18:46	20:08	20:57	07:00	11:00		08:00	
27/09 dom	Folga							
28/09 seg	18:53	20:14	21:05	07:00	11:00		08:00	
29/09 ter	Folga							
30/09 qua	18:56	20:20	21:21	07:00	11:00		08:00	
01/10 qui	Folga							
02/10 sex	19:00	20:22	21:16	07:00	11:00		08:00	
03/10 sab	Folga							
04/10 dom	18:57	20:48	21:31	07:00	11:00		08:00	
05/10 seg	Folga							
06/10 ter	18:50	20:32	21:19	07:02	11:00		08:00	
07/10 qua	Folga							
08/10 qui	Folga							
09/10 sex	Folga							
10/10 sab	18:41	20:08	21:08	07:00	11:00		08:00	
11/10 dom	Folga							
12/10 seg	18:47	20:13	21:00	07:00	11:00		08:00	
13/10 ter	Folga							
14/10 qua	18:40	20:05	20:57	07:01	11:00		08:00	
15/10 qui	Folga							
16/10 sex	18:50	19:57	20:52	07:04	11:00		08:00	
17/10 sab	Folga							
18/10 dom	18:52	20:01	20:55	07:00	11:00		08:00	
19/10 seg	Folga							
20/10 ter	18:53	20:14	21:00	07:00	11:00		08:00	
TOTAL: 13 dias, 17 folgas/feriados					**142:54**		**104:00**	

TOLERANCIA DIARIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saude
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandopolis
Tipo de Despesa: Custeio

Horário Movel (v1): 19H AS 07H- Inicio de acordo com o funcionário
7 dias x 19:00-23:00 00:00-07:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem Folga
15/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - AD.NOTURNO)

ALCIONE BOGAZ
1.10.20

ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL

Cartão de Ponto de 21/09/2020 a 20/10/2020

Impresso em 27/10/2020 19:58

Empregador **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**
Funcionario PATRICIA ADRIANA FERREIRA
Departamento UTI MIRANDÓPOLIS
Função TEC DE ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saida 1	Entrada 2	Saida 2	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.	Total Faltas
21/09 seg	18:55	20:16	21:06	07:00	11:00		08:00	
22/09 ter	Folga							
23/09 qua	18:57	20:31	21:21	07:04	11:00		08:00	
24/09 qui	Folga							
25/09 sex	18:59	20:39	21:22	07:21	11:39		08:00	
26/09 sab	Folga							
27/09 dom	Folga							
28/09 seg	Folga							
29/09 ter	18:49	20:22	21:15	07:01	11:00		08:00	
30/09 qua	Folga							
01/10 qui	Afastamento - FÉRIAS							
02/10 sex	Afastamento - FÉRIAS							
03/10 sab	Afastamento - FÉRIAS							
04/10 dom	Afastamento - FÉRIAS							
05/10 seg	Afastamento - FÉRIAS							
06/10 ter	Afastamento - FÉRIAS							
07/10 qua	Afastamento - FÉRIAS							
08/10 qui	Afastamento - FÉRIAS							
09/10 sex	Afastamento - FÉRIAS							
10/10 sab	Afastamento - FÉRIAS							
11/10 dom	Afastamento - FÉRIAS							
12/10 seg	Afastamento - FÉRIAS							
13/10 ter	Afastamento - FÉRIAS							
14/10 qua	Afastamento - FÉRIAS							
15/10 qui	Afastamento - FÉRIAS							
16/10 sex	Afastamento - FÉRIAS							
17/10 sab	Afastamento - FÉRIAS							
18/10 dom	Afastamento - FÉRIAS							
19/10 seg	Afastamento - FÉRIAS							
20/10 ter	Afastamento - FÉRIAS							
TOTAL: 4 dias, 6 folgas/feriados, 20 afastamentos					**44:39**		**32:00**	

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saude
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandopolis
Tipo de Despesa: Custeio

Horário Movel (v1): 19H AS 07H- Inicio de acordo com o funcionário
7 dias x 19:00-23:00 00:00-07:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem Folga
15/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - AD.NOTURNO)

PATRICIA ADRIANA FERREIRA
31/10/20

ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL

Cartão de Ponto de 21/09/2020 a 20/10/2020

Impresso em 27/10/2020 19:58

Empregador **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**
Funcionario PATRICIA MICHELE DE ALMEIDA
Departamento UTI MIRANDÓPOLIS

Função TEC DE ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saida 1	Entrada 2	Saida 2	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.	Total Faltas
21/09 seg	Folga							
22/09 ter	07:14	12:16	13:25	18:53	10:30			
23/09 qua	Folga							
24/09 qui	07:12	12:12	13:22	19:00	10:38			
25/09 sex	Folga							
26/09 sab	Folga							
27/09 dom	Folga							
28/09 seg	07:06	12:04	13:04	18:54	10:48			
29/09 ter	Folga							
30/09 qua	07:09	11:59	13:06	19:05	10:49			
01/10 qui	Folga							
02/10 sex	07:01	11:54	12:54	19:09	11:00			
03/10 sab	Folga							
04/10 dom	Folga							
05/10 seg	Folga							
06/10 ter	07:09	12:02	13:14	19:01	10:40			
07/10 qua	Folga							
08/10 qui	07:03	12:27	13:27	19:08	11:00			
09/10 sex	Folga							
10/10 sab	Folga							
11/10 dom	Folga							
12/10 seg	07:11	12:04	13:09	18:48	10:32			
13/10 ter	Folga							
14/10 qua	07:14	11:43	13:02	18:59	10:26			
15/10 qui	Folga							
16/10 sex	07:15	12:01	13:12	19:06	10:40			
17/10 sab	Folga							
18/10 dom	07:19	11:51	13:04	18:55	10:23			
19/10 seg	Folga							
20/10 ter	07:13	11:54	13:02	19:01	10:40			
TOTAL: 12 dias, 18 folgas/feriados					**128:06**			

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saude
UGE: 090196. - Hospital Estadual
'Dr. Oswaldo Brandi Faria' de Mirandopolis
Tipo de Despesa: Custeio

Horário Movel (v1): 07H AS 19H- Inicio de acordo com o funcionário
7 dias x 07:00-12:00 13:00-19:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem Folga
10/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)

Patrícia M Almeida

PATRICIA MICHELE DE ALMEIDA

ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL

__/__/__

Cartão de Ponto de 21/09/2020 a 20/10/2020

Empregador **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**
Funcionario MARCIA MAIARA POSSENTI
Departamento UTI MIRANDÓPOLIS
Função AUX ADMINISTRATIVO

Data	Entrada 1	Saida 1	Entrada 2	Saida 2	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.	Total Faltas
21/09 seg	07:55	11:25	13:26	16:58	07:02			02:58
22/09 ter	07:47	11:40	12:50	17:42	08:45			01:15
23/09 qua	08:15	11:37	13:02	16:35	06:55			03:05
24/09 qui	08:02	11:49	13:34	17:37	07:50			02:10
25/09 sex	08:49			16:48	07:59			02:01
26/09 sab	Folga							
27/09 dom	Folga							
28/09 seg	08:24	12:31	13:43	17:35	07:59			02:01
29/09 ter	08:24	11:29	13:19	16:47	06:33			03:27
30/09 qua	08:38	11:49	12:57	17:52	08:06			01:54
01/10 qui	08:47	11:52	13:23	18:04	07:46			02:14
02/10 sex	07:49			16:49	09:00			01:00
03/10 sab	Folga							
04/10 dom	Folga							
05/10 seg	08:37	11:35	12:57	17:38	07:39			02:21
06/10 ter	08:28	12:17	12:36	17:02	08:15			01:45
07/10 qua	08:29	11:35	13:14	17:05	06:57			03:03
08/10 qui	08:19	12:17	13:35	17:50	08:13			01:47
09/10 sex	08:19	12:04	13:34	17:37	07:48			02:12
10/10 sab	Folga							
11/10 dom	Folga							
12/10 seg	Folga							
13/10 ter	08:21	11:35	12:49	17:28	07:53			02:07
14/10 qua	08:45	11:06	12:09	17:23	07:35			02:25
15/10 qui	08:27	11:48	13:06	17:18	07:33			02:27
16/10 sex	08:44	11:35	12:58	16:31	06:24			03:36
17/10 sab	Folga							
18/10 dom	Folga							
19/10 seg	08:29	11:25	12:44	17:02	07:14			02:46
20/10 ter	08:25	11:29	12:47	17:20	07:37			02:23
TOTAL: 21 dias. 9 folgas/feriados					**161:03**			**48:57**

TOLERÂNCIA DIARIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS. COLUNA HORA EXTRA SUPRIMIDA MANUALMENTE

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saude
UGE: 090196 - Hospital Estadual
"Dr. Oswaldo Brandi Farid" de Mirandopolis
Tipo de Despesa: Custeio

Horário Movel (v1): 7:30 A 17:30 - Inicio: Segunda
5 dias x 07:30-17:30 SR = 10:00 Folga 2 dias
10/99 [Atraso+Extra A]
Falta [Só Atraso] (feriado)

MARCIA MAIARA POSSENTI
__/__/____

ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL

Cartão de Ponto de 21/09/2020 a 20/10/2020

Empregador **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**
Funcionario MAURO CELSO CHIAVELLI
Departamento UTI MIRANDÓPOLIS
Função AUX DE FARMÁCIA

Data	Entrada 1	Saida 1	Entrada 2	Saida 2	Entrada 3	Saida 3	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.	Total Faltas
21/09 seg	08:06	13:45	14:35	17:16	11:13		08:20			
22/09 ter	08:00	15:18	16:18	17:00			08:00			
23/09 qua	08:12	15:02	15:50	17:52			08:52			
24/09 qui	08:20	14:45	16:37	19:13			09:01			
25/09 sex	Folga									
26/09 sab	Folga									
27/09 dom	Folga									
28/09 seg	07:10	13:51	14:43	17:38			09:36			
29/09 ter	07:44	12:46	13:30	16:52			08:24			
30/09 qua	08:22	13:22	14:09	18:18			09:09			
01/10 qui	09:35	14:32	15:27	18:20			06:55	01:00		
02/10 sex	07:43	14:27	15:12	19:20			07:30	01:00		
03/10 sab	Folga									
04/10 dom	Folga									
05/10 seg	08:12	13:53	14:51	19:06			07:30	01:00		
06/10 ter	07:58	13:53	14:41	15:46			05:46	01:00		
07/10 qua	08:06	14:19	15:53	19:18			06:56	01:00		
08/10 qui	07:15	13:30	14:19	19:08			07:30	01:00		
09/10 sex	07:23	14:03	14:51	16:31			06:31	01:00		
10/10 sab	Folga									
11/10 dom	Folga									
12/10 seg	Folga									
13/10 ter	07:08	11:57	12:56	17:28			07:30	01:00		
14/10 qua	07:18	12:34	13:27	18:09			07:30	01:00		
15/10 qui	07:00	12:28	13:27	18:58			07:30	01:00		
16/10 sex	07:47	13:29	14:22	17:41			07:30	01:00		
17/10 sab	Folga									
18/10 dom	Folga									
19/10 seg	08:10	13:43	14:43	17:10			07:10	01:00		
20/10 ter	08:05	13:23	14:14	18:12			07:30	01:00		
TOTAL: 20 dias, 10 folgas/feriados							**154:40**	**13:00**		

TOLERANCIA DIARIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saude
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Farai de Mirandopolis
Tipo de Despesa: Custeio

Horário Fixo (v1): RT FARMÁCIA MIRANDÓPOLIS - Inicio: Segunda
5 dias x 09:00-12:00 R 13:00-17:30 = 07:30 Folga 2 dias
Entrada 10/15 [Só Banco] - Saida 10/15 [Só Banco]
Refeição Livre 10/15 [Só Banco] (Marcação Obrigatória)

MAURO CELSO CHIAVELLI
03/11/2020

ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL

AHBB | REDE SANTA CASA

UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA
Hospital Estadual Dr.Oswaldo Brandi Faria

Relatório de Desempenho mês de outubro de 2020

Período compreendido: **01/10/20 a 31/10/20**

Origem dos dados: Epimed Monitor ®

INDICADORES	METAS	RESULTADOS
Taxa de Infecção Hospitalar	6%	7%
Duração média da internação (dias)	8 dias	9,78
SMR (mortalidade observada/mortalidade esperada)	< 0,8	0,84
Densidade de incidência de PAV (nº eventos/1000 dias de VM)	17%	16,39%
Densidade de incidência de ITU em SVD (nº de eventos/1000 cateter dia)	4,88%	0%
Densidade de infecção primária da corrente sanguínea (nº de eventos/1000 cateter dia)	6,1%	9,35%
Densidade de incidência de Quedas (nº de eventos/nº pacientes-dia) (%)	0	0
Incidência de Úlcera de Pressão (nº de UPP / nº pacientes-dia) (%)	0,5%	3,79%
Taxa de ocupação (%)	>90%	85,16%
Taxa de Satisfação	< 10 reclamações	100%
Taxa de evolução de prontuário (%)	100%	100%
Total de Internações no Período (n)	30	35
Internações Novas (n)	25	27
Número total de saídas (alta+óbito) (n)	25	27
Reinternações na unidade < 24hs (n)	0	0
Número de pacientes-dia (n)	150	264
Escore gravidade (SAPS 3) (pontos)	-	62,6
Mortalidade esperada de acordo com SAPS 3 - Am. Latina(%)	-	29,08%
Mortalidade Absoluta (nº óbitos)	-	9
Mortalidade Observada (%)	-	0,84
Taxa de utilização de VM (%)	-	23,11%
Taxa de utilização de cateter central (%)	-	40,53%
Taxa de utilização de SVD (%)	-	55,30%

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saude
UGE 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandopolis
Tipo de Despesa: Custeio

AHBB | REDE SANTA CASA

Definições dos cálculos utilizados nas metas	
Taxa de infecção hospitalar	(N infecções na UTI / total de saídas)x100
Tempo de Permanência	N pacientes-dia / total de saídas
SMR	Mortes obtidas / Mortes esperadas
PAV	(N de PAV / total de pacientes-dia em Vent. Mec.)x1000
ITU associado a CVD	(N de ITU-CVD / total pacientes-dia com CVD)x1000
Infecção corrente sanguínea	(N de infecções CS / total pacientes-dia com CVC)x1000
Lesão por pressão	(N de LPP adquirida na UTI / total pacientes-dia)x1000
Taxa de ocupação	(N de pacientes-dia / N de leitos-dia)
Índice de queda	(N de quedas / total pacientes-dia)x100

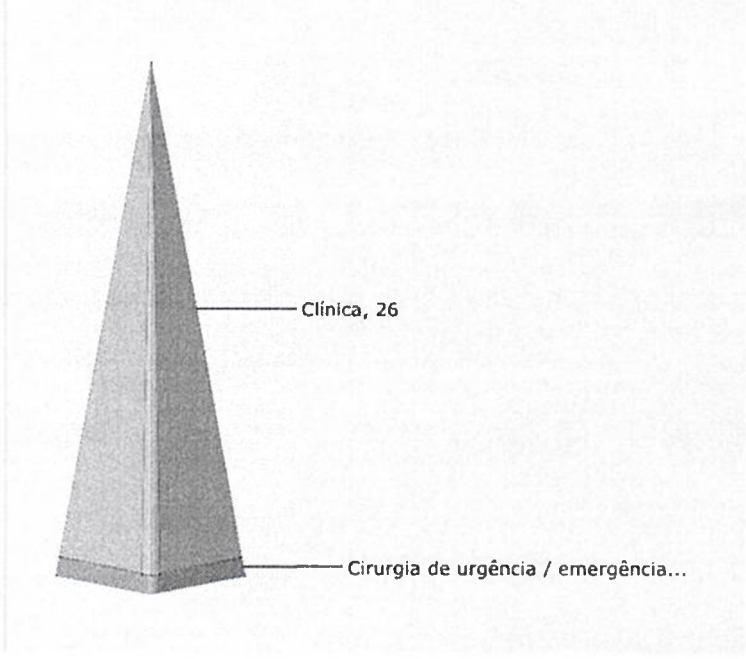
EVENTOS ADVERSOS	PLANO DE AÇÃO
Inf. De CVC – evento relacionado ao acesso venoso central.	Treinamento com a equipe de enfermagem e médica com a aplicação das boas práticas durante a inserção e manutenção do cateter.
PAV – evento relacionado a uma infecção pulmonar hospitalar que incide em pacientes em ventilação mecânica.	Treinamento com a equipe de enfermagem e fisioterapia intensificando as boas práticas assistenciais

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saude
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandopolis
Tipo de Despesa: Custeio

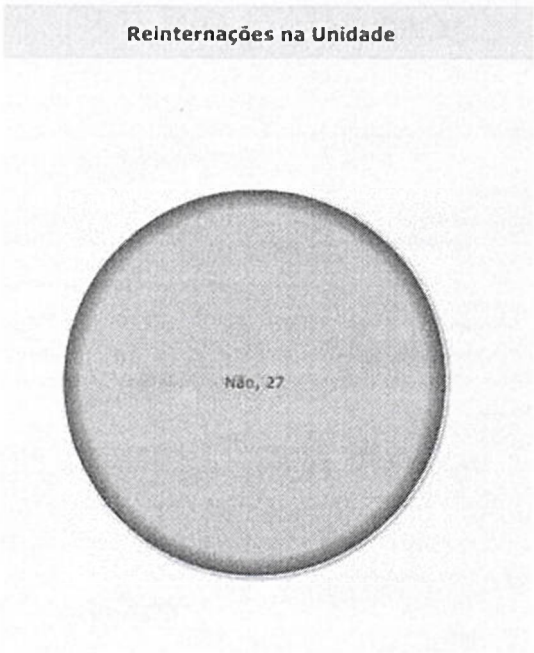
AHBB | REDE SANTA CASA

GRÁFICOS DO MÊS DE OUTUBRO/2020

TIPOS E RAZÕES DE INTERNAÇÃO



REINTERNAÇÕES NA UNIDADE

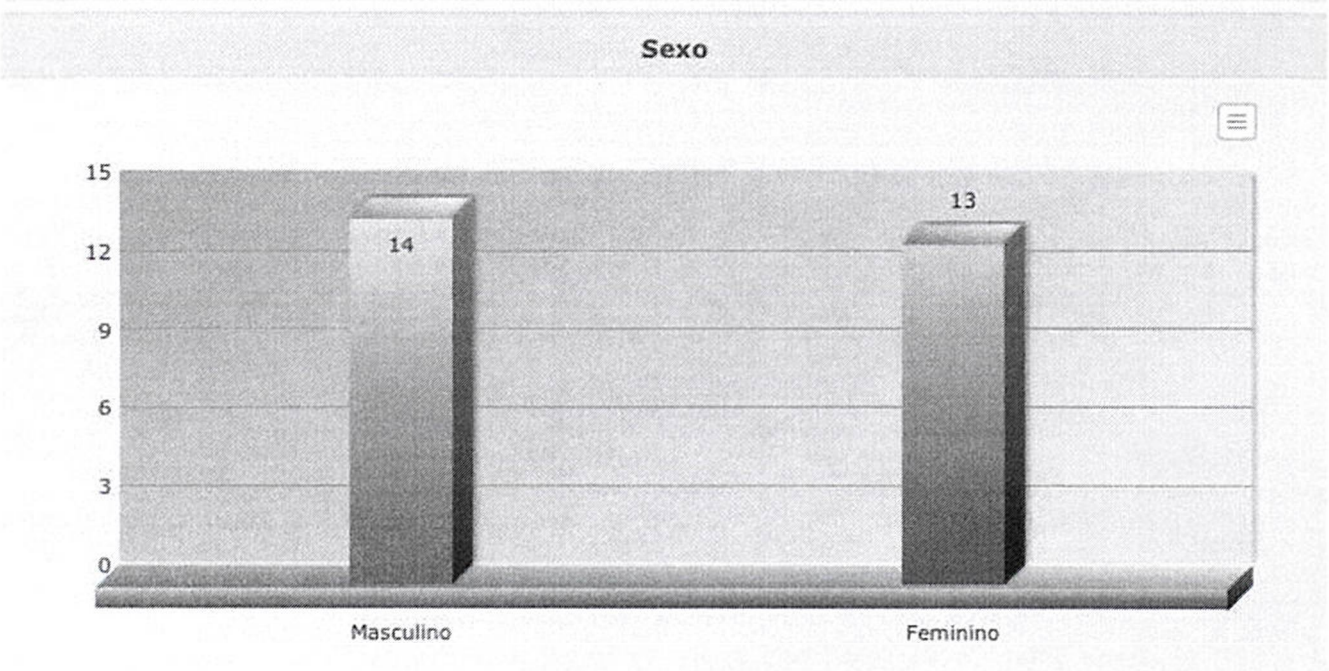


Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
"Dr. Oswaldo Brandi Farat" de Mirandopolis
Tipo de Despesa: Custeio

AHBB | REDE SANTA CASA

TAXA DE OCUPAÇÃO

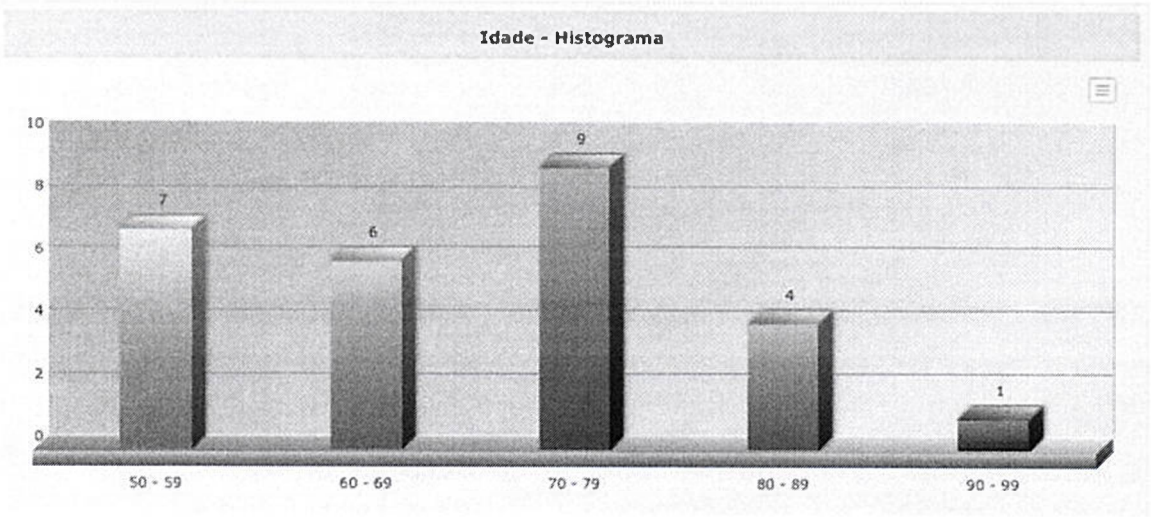
SEXO



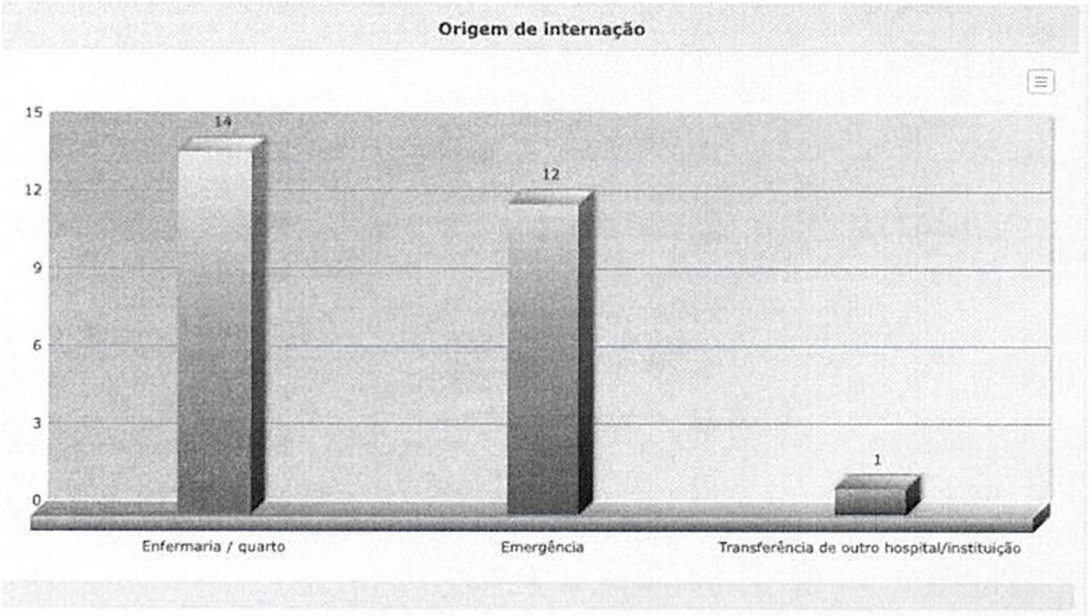
Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saude
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Farah de Mirandopolis
Tipo de Despesa: Custeio

AHBB | REDE SANTA CASA

FAIXA ETÁRIA



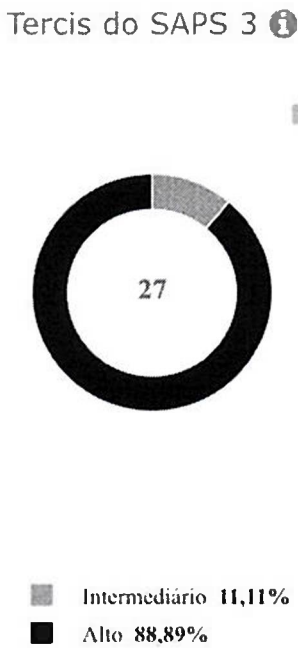
ORIGEM DA INTERNAÇÃO



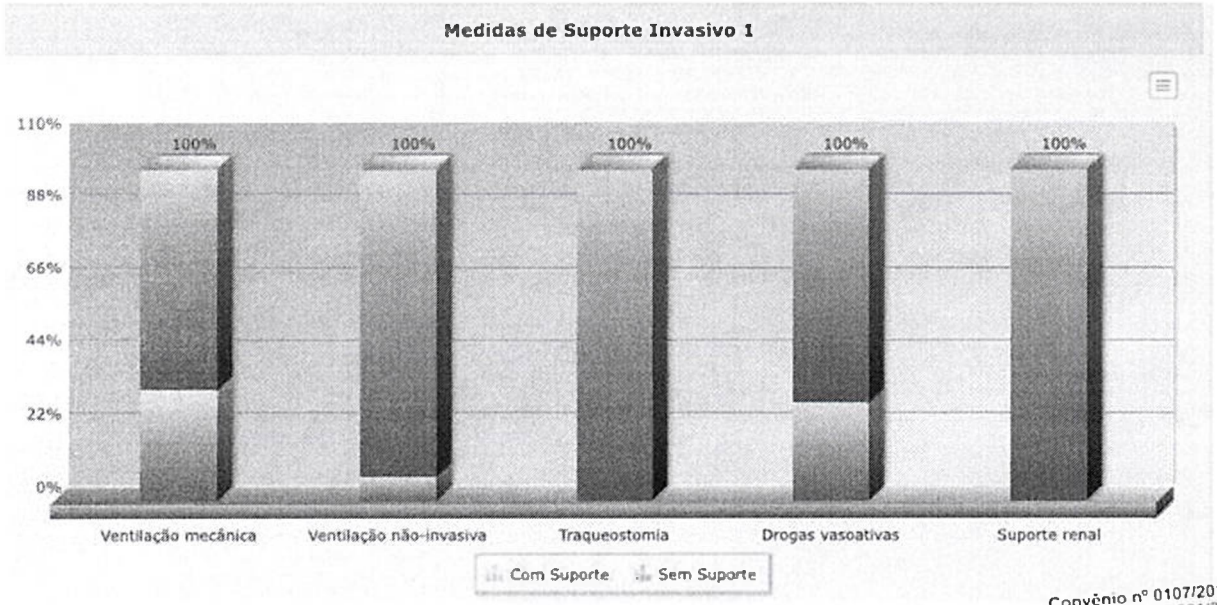
Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGE 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Farias de Mirandopolis
Tipo de Despesa: Custeio

AHBB | REDE SANTA CASA

ESCORE SAPS 3



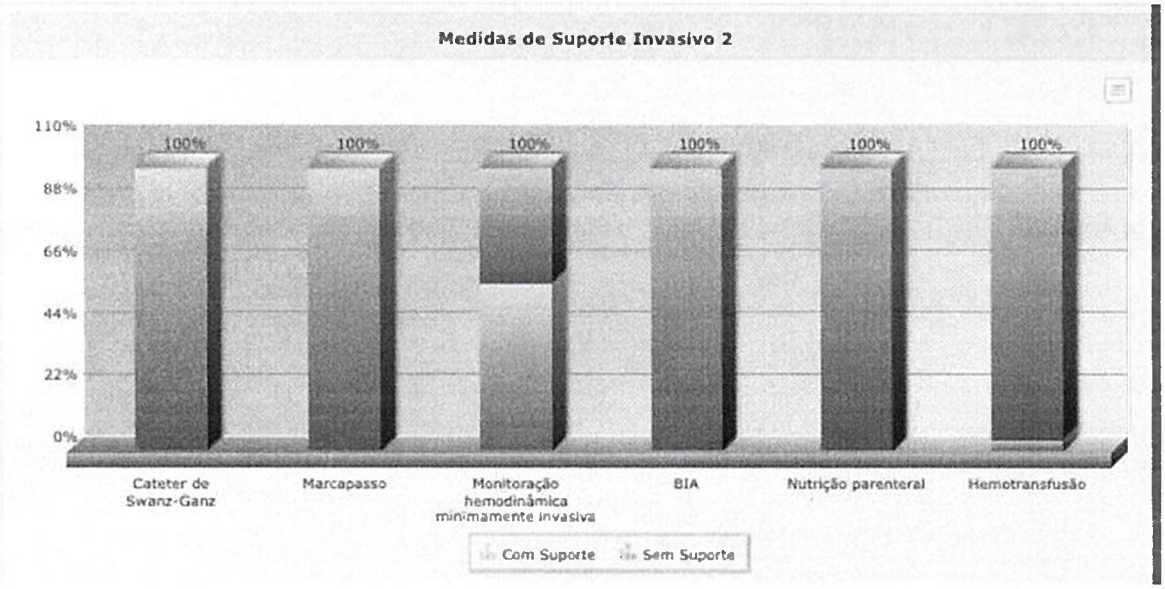
MEDIDAS DE SUPORTE INVASIVO I



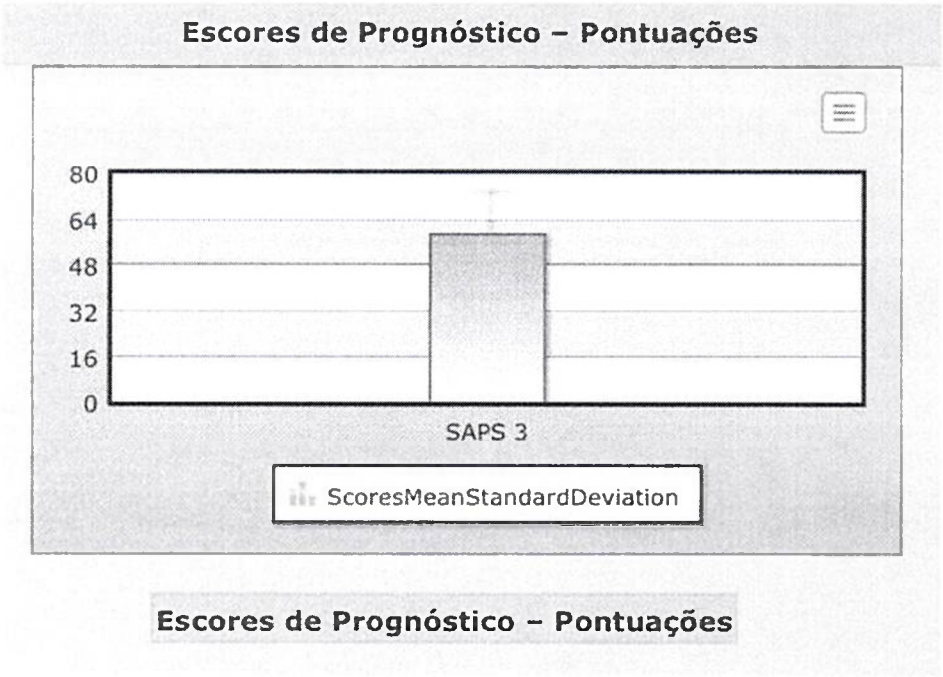
Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte: Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandopolis
Tipo de Despesa: Custeio

AHBB | REDE SANTA CASA

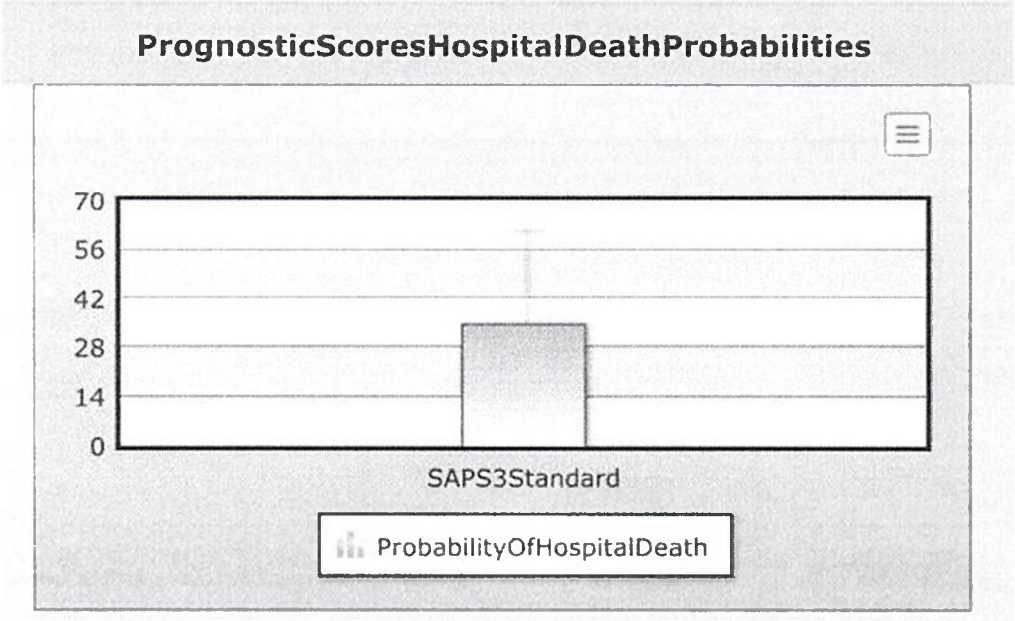
MEDIDAS DE SUPORTE INVASIVO II



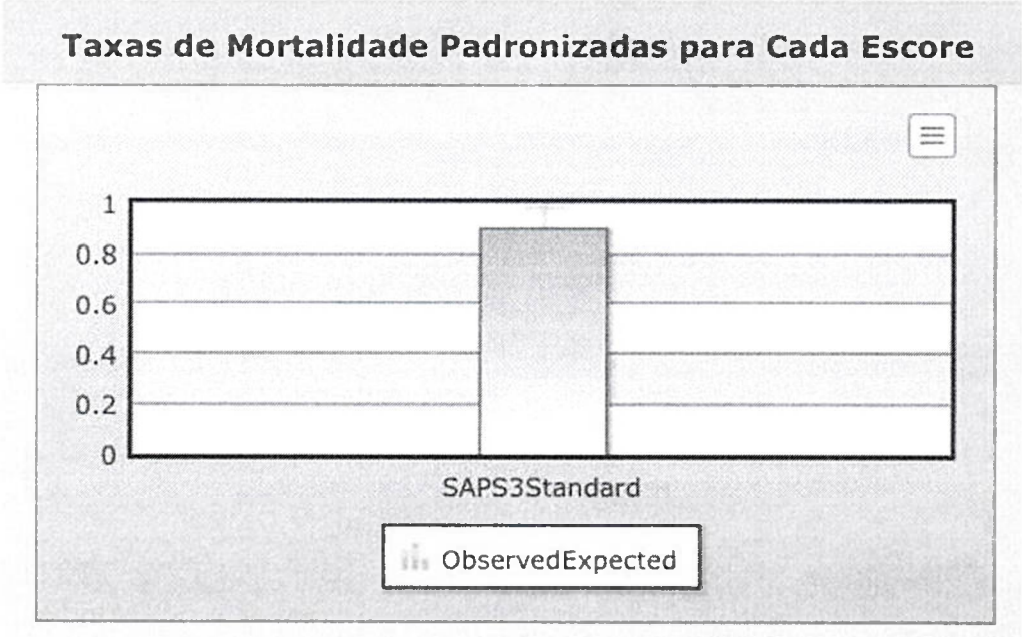
ESCORE DE PROGNÓSTICO



Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandopolis
Tipo de Despesa: Custeio



Escores de Prognóstico – Probabilidades de óbito

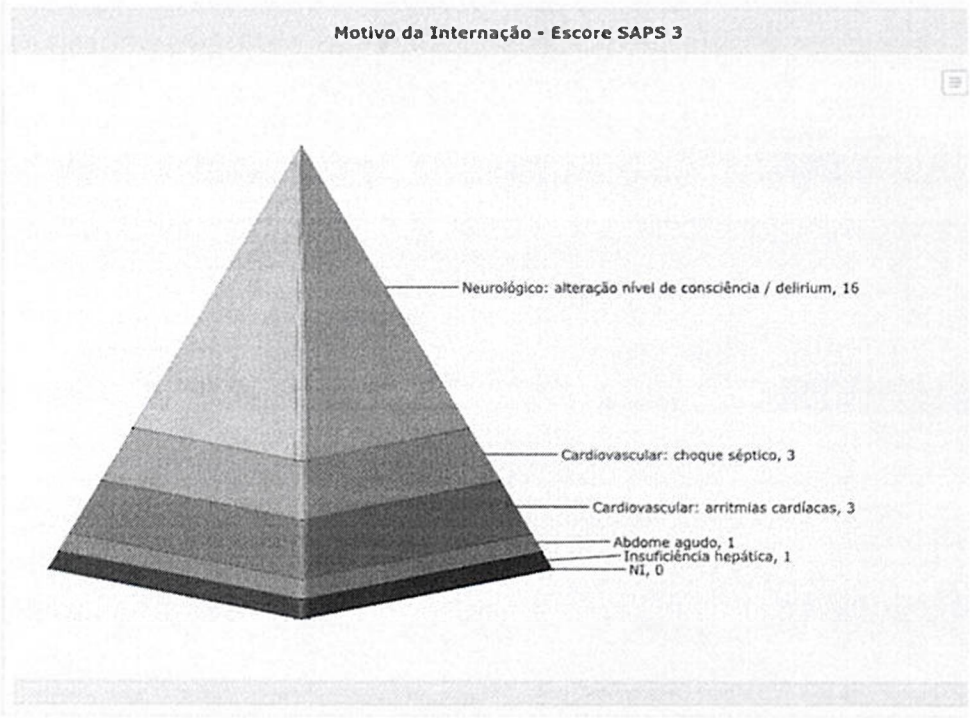


Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Farra de Mirandopolis
Tipo de Despesa: Custeio

AHBB | REDE SANTA CASA

DIAGNÓSTICOS

Diagnósticos principais



Considerações sobre a aquisição dos dados

Para obter os dados da prestação de resultados, utilizamos o sistema de monitorização sugerido pela AMIB, Epimed. Esse sistema capta informações em tempo real de internações, altas e intercorrências, portanto, podem apresentar oscilações dos valores obtidos através do NI. Para demonstrar a veracidade dos dados, segue em anexo o relatório em PDF emitido pela Epimed.

Cordialmente,

Coordenador Médico

Gerente de Enfermagem

Presidente AHBB/Rede Santa casa

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saude
UGE: 090196. - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandopolis
Tipo de Despesa: Custeio

AHBB | REDE SANTA CASA

UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA
Hospital Estadual Dr.Oswaldo Brandi Faria

Relatório de Desempenho mês de novembro de 2020

Período compreendido: **01/11/20 a 30/11/20**

Origem dos dados: Epimed Monitor ® Epimed

INDICADORES	METAS	RESULTADOS
Taxa de Infecção Hospitalar	6%	0%
Duração média da internação (dias)	8 dias	7,52
SMR (mortalidade observada/mortalidade esperada)	< 0,8	1,36
Densidade de incidência de PAV (nº eventos/1000 dias de VM)	17%	0%
Densidade de incidência de ITU em SVD (nº de eventos/1000 cateter dia)	4,88%	0%
Densidade de infecção primária da corrente sanguínea (nº de eventos/1000 cateter dia)	6,1%	0%
Densidade de incidência de Quedas (nº de eventos/nº pacientes-dia) (%)	0	0
Incidência de Úlcera de Pressão (nº de UPP / nº pacientes-dia) (%)	0,5%	1,73%
Taxa de ocupação (%)	>90%	57,67%
Taxa de Satisfação	< 10 reclamações	100%
Taxa de evolução de prontuário (%)	100%	100%
Total de Internações no Período (n)	30	29
Internações Novas (n)	25	21
Número total de saídas (alta+óbito) (n)	25	23
Reinternações na unidade < 24hs (n)	0	0
Número de pacientes-dia (n)	150	173
Escore gravidade (SAPS 3) (pontos)	-	52,22
Mortalidade esperada de acordo com SAPS 3 - Am. Latina(%)	-	33,48%
Mortalidade Absoluta (nº óbitos)	-	8
Mortalidade Observada (%)	-	1,36
Taxa de utilização de VM (%)	-	34,78%
Taxa de utilização de cateter central (%)	-	39,13%
Taxa de utilização de SVD (%)	-	52,17%

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGE 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Maringópolis
Tipo de Despesa: Custeio

AHBB | REDE SANTA CASA

Definições dos cálculos utilizados nas metas	
Taxa de infecção hospitalar	(N infecções na UTI / total de saídas)x100
Tempo de Permanência	N pacientes-dia / total de saídas
SMR	Mortes obtidas / Mortes esperadas
PAV	(N de PAV / total de pacientes-dia em Vent. Mec.)x1000
ITU associado a CVD	(N de ITU-CVD / total pacientes-dia com CVD)x1000
Infecção corrente sanguínea	(N de infecções CS / total pacientes-dia com CVC)x1000
Lesão por pressão	(N de LPP adquirida na UTI / total pacientes-dia)x100
Taxa de ocupação	(N de pacientes-dia / N de leitos-dia)
Índice de queda	(N de quedas / total pacientes-dia)x100

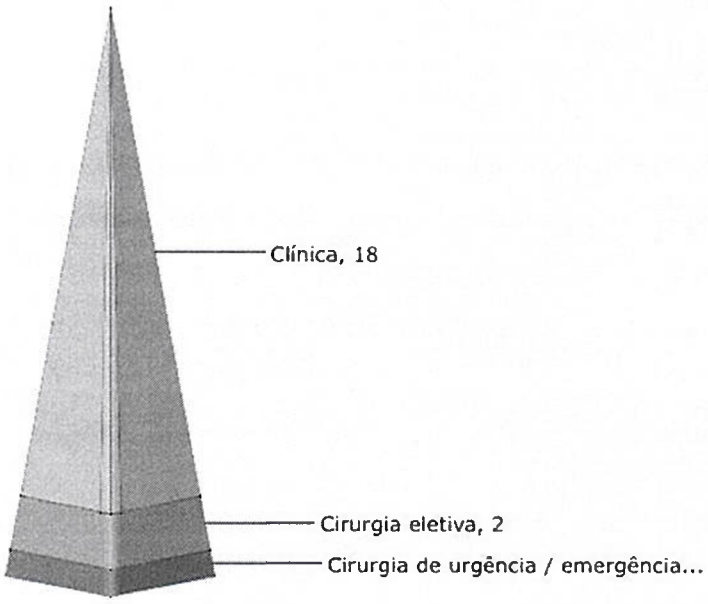
EVENTOS ADVERSOS	PLANO DE AÇÃO
LPP – evento relacionado a lesão por pressão adquirida durante a internação na UTI	Treinamento com a equipe de enfermagem e a aquisição de colchão especial

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

AHBB | REDE SANTA CASA

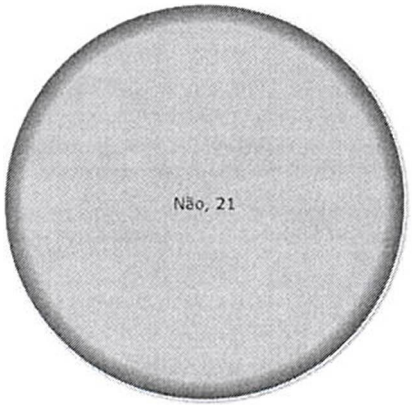
GRÁFICOS DO MÊS DE NOVEMBRO/2020

TIPOS E RAZÕES DE INTERNAÇÃO



REINTERNAÇÕES NA UNIDADE

Reinternações na Unidade

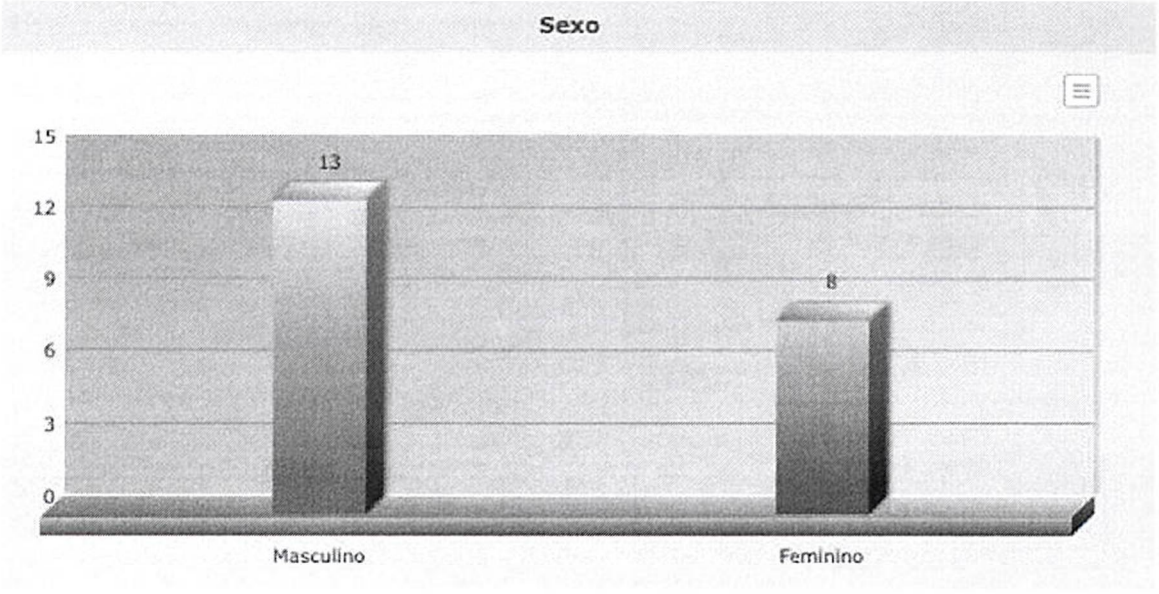


Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saude
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandopolis
Tipo de Despesa: Custeio

AHBB | REDE SANTA CASA

TAXA DE OCUPAÇÃO

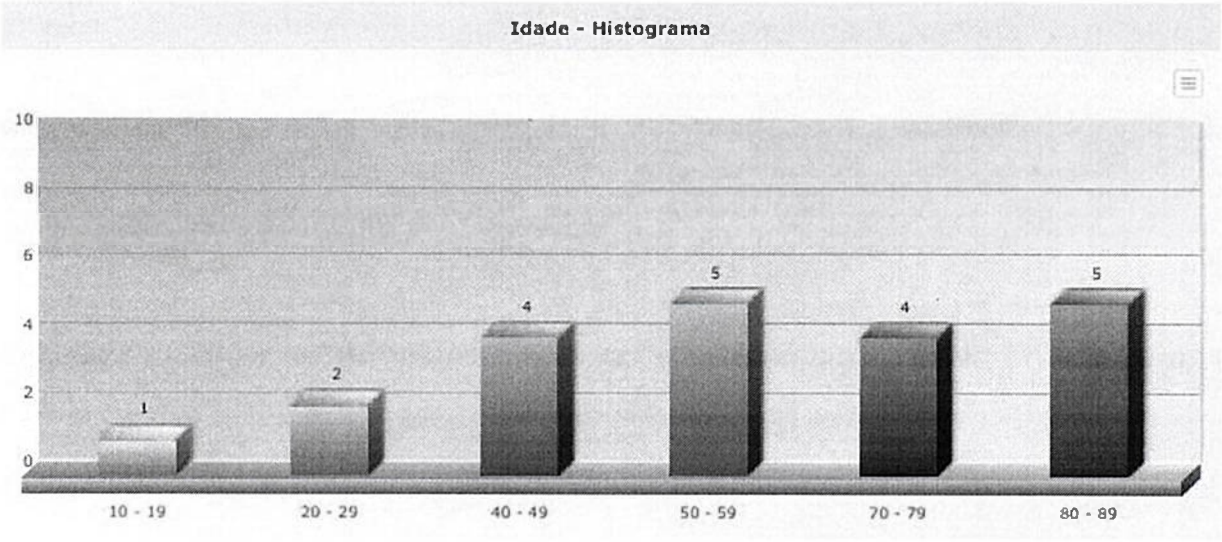
SEXO



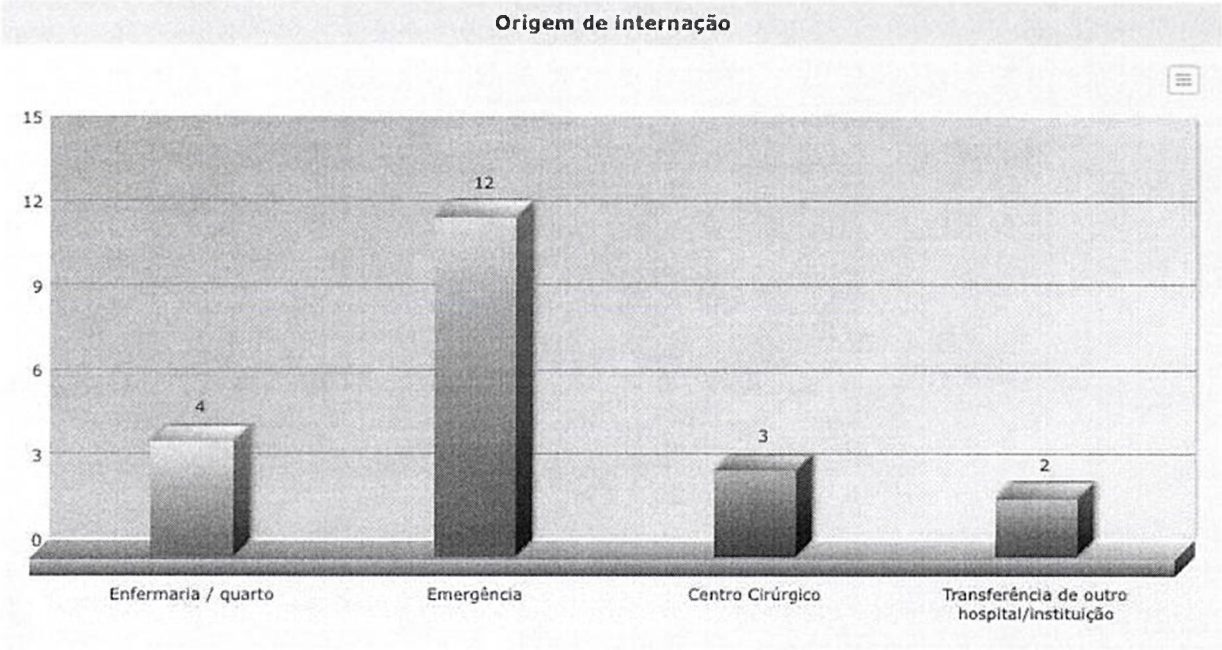
Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Farid de Mirandopolis
Tipo de Despesa: Custeio

AHBB | REDE SANTA CASA

FAIXA ETÁRIA



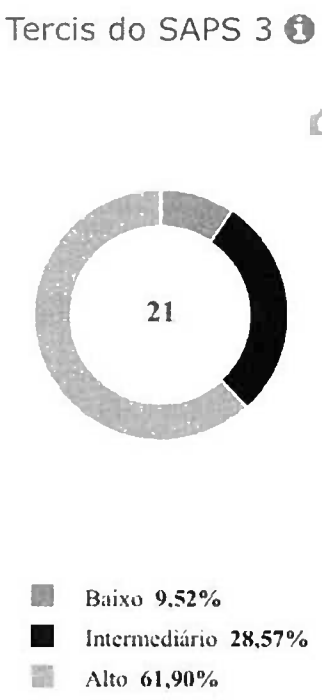
ORIGEM DA INTERNAÇÃO



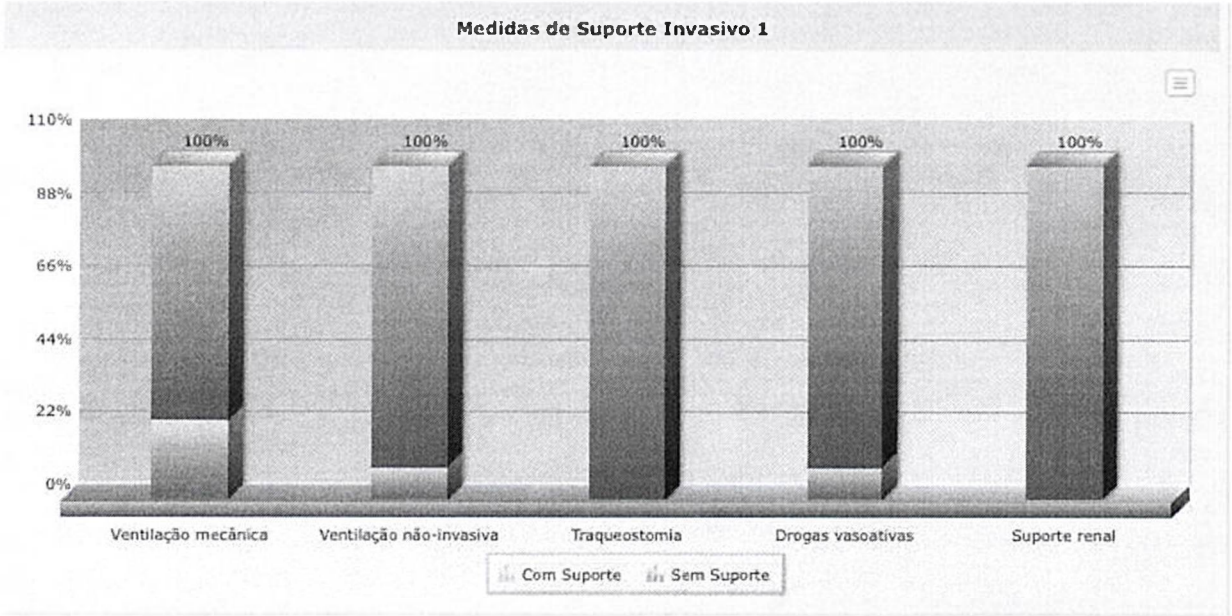
Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandopolis
Tipo de Despesa: Custeio

AHBB | REDE SANTA CASA

ESCORE SAPS 3



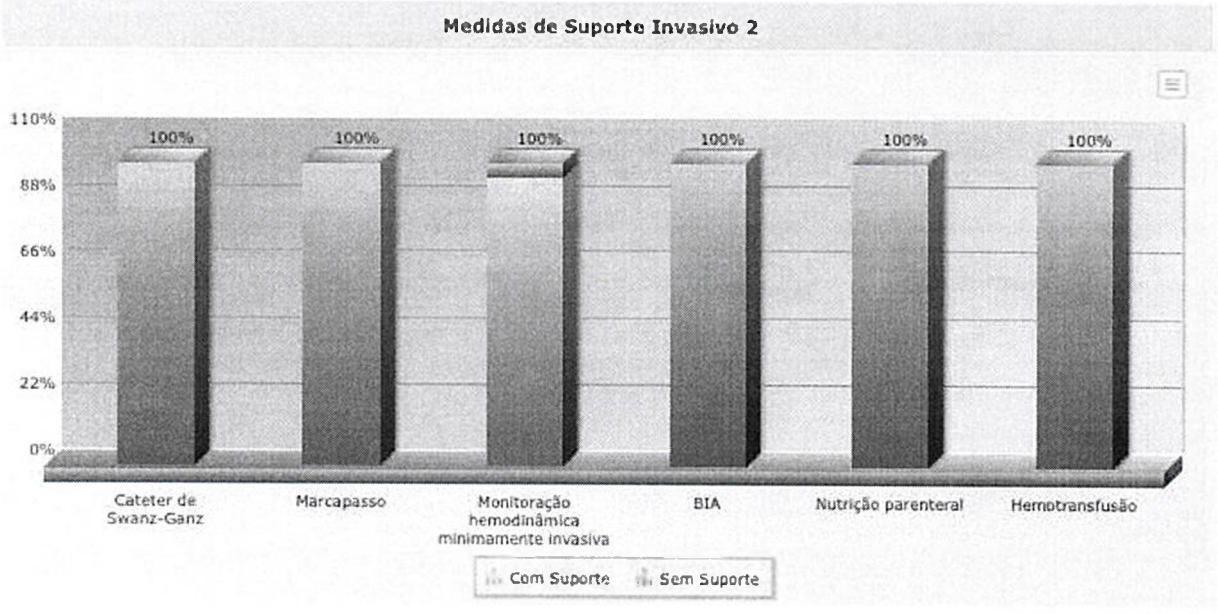
MEDIDAS DE SUPORTE INVASIVO I



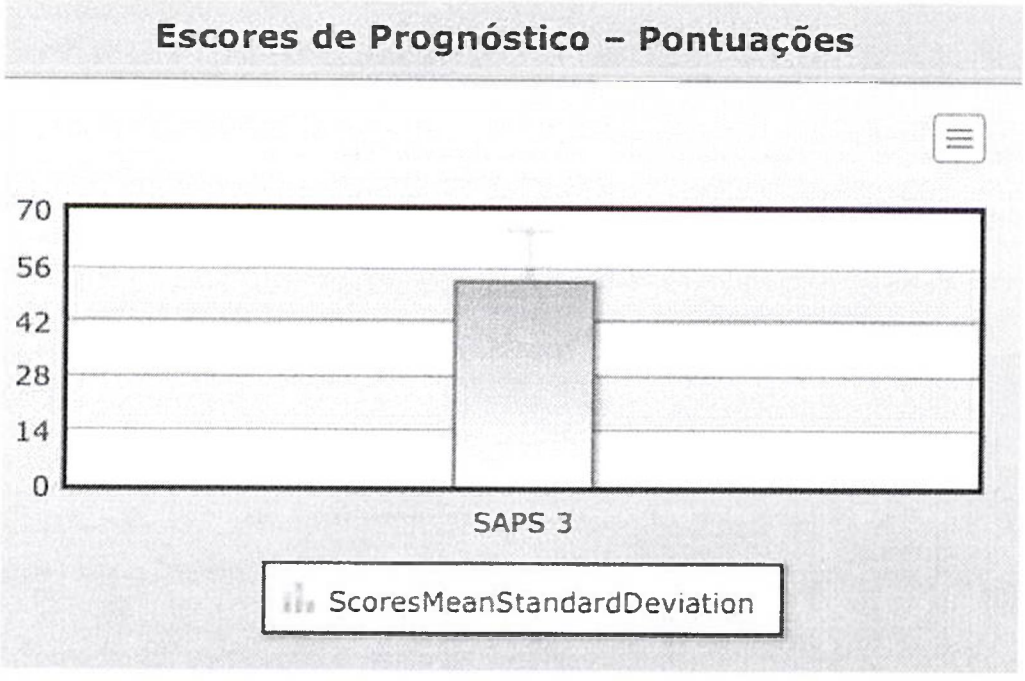
Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandopolis
Tipo de Despesa: Custeio

AHBB | REDE SANTA CASA

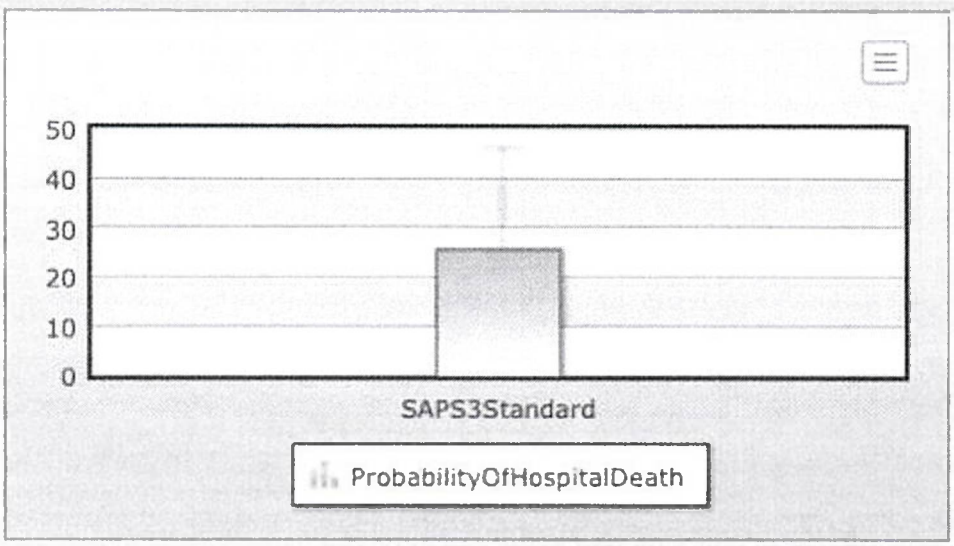
MEDIDAS DE SUPORTE INVASIVO II



ESCORE DE PROGNÓSTICO

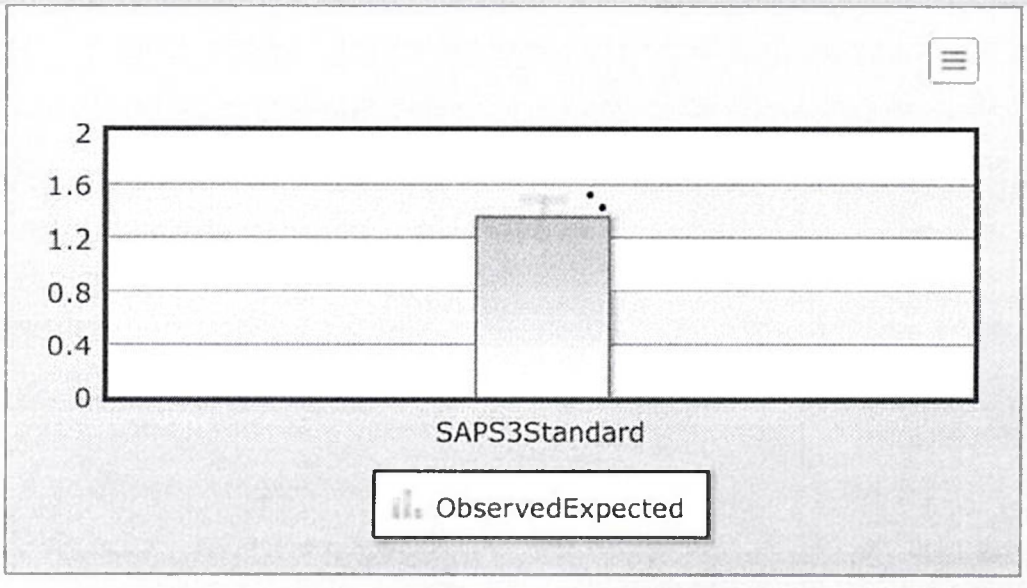


Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saude
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandopolis
Tipo de Despesa: Custeio



Escores de Prognóstico – Probabilidades de óbito

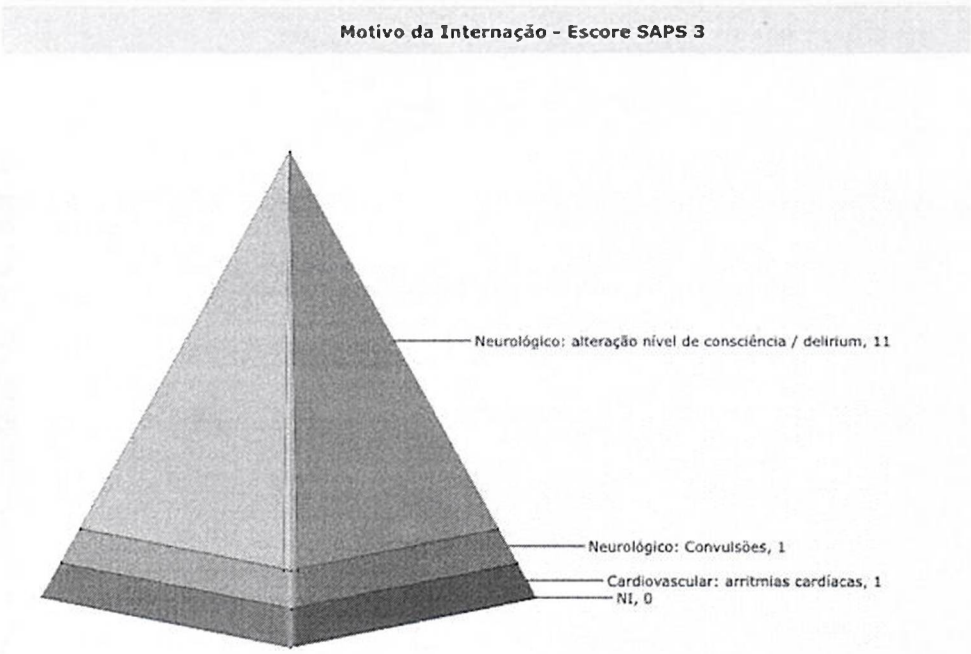
Taxas de Mortalidade Padronizadas para Cada Escore



AHBB | REDE SANTA CASA

DIAGNÓSTICOS

Diagnósticos principais



Considerações sobre a aquisição dos dados

Para obter os dados da prestação de resultados, utilizamos o sistema de monitorização sugerido pela AMIB, Epimed. Esse sistema capta informações em tempo real de internações, altas e intercorrências, portanto, podem apresentar oscilações dos valores obtidos através do NI. Para demonstrar a veracidade dos dados, segue em anexo o relatório em PDF emitido pela Epimed.

Cordialmente,

Coordenador Médico

Gerente de Enfermagem

Coordenador Médico

Enf(a) Elizandra Sanches Alves

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saude
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandopolis
Tipo de Despesa: Custeio

Mirandópolis - UTI

Winter - Gestão e Consultoria Médica

Novembro

	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	Mauricio 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	Marina 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	Mauricio 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	Marina 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
Mauricio Lucianolli	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 Saude
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandopolis
Tipo de Despesa: Custeio

https://d4sign 24823d6d-5291-4328-aa77-838c02227101 - Para confirmar as assinaturas acesse https://secure.d4sign.com.br/verificar Identifier=true&pri... 1/1
Documento assinado eletronicamente, conforme MP 2.200-2/01, Art. 10º, §2.

4 páginas - Datas e horários baseados em Brasília, Brasil
Sincronizado com o NTP.br e Observatório Nacional (ON)
Certificado de assinaturas gerado em 12 de novembro de 2020, 11:15:07

Escala UTI Mirandópolis 11 2020.pdf
Código do documento 24823d6d-5291-4328-aa77-838c02227101

Assinaturas

ERICO MODENUTI
contato@wintermed.com.br
Assinou

Patricia Canzano Antonio
canzanopaty1@gmail.com
Assinou

Alejandro cristian muniz de souza
cristiandesouza@hotmail.com
Assinou

Bruna Raisa Lopes de Mello
bru1988@hotmail.com
Assinou

carlos eduardo mendonça da rocha
carlosrocha59@gmail.com
Assinou

Cleber Brito
dr_brito@hotmail.com
Assinou

Nathalia Especie Barreto Bergamini
nathalia_barreto@hotmail.com
Assinou

Diego Clauser Marçon
diegocmster@gmail.com
Assinou

PAULO FRANCISCO DE MESQUITA BARROS FILHO
pfmbfilho@hotmail.com
Assinou

Mauricio Lucianelli
mlucianelli@terra.com.br
Assinou

Ofélia Maria Yukie Takiguchi
ofelia.mt@hotmail.com
Assinou

Marina Siqueira Ceolin
mazinha_ceolin@hotmail.com
Assinou

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saude
UGE: 090196 - Hospital Estadual
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandopolis
Tipo de Despesa: Custeio

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-aa94-46debfd2e499) - Email: canzanopaty1@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-a62ee4fdfd6b) - 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:

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saude
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Marandopolis
Tipo de Despesa: Custeio

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):d85c364d3c73ac58bc0068f12a5aadab60295659b4cf08ea4ab9a5911e4d604bcb8c2e9fad06f0384d704bc7f3366ace7f012830522ee1658bb606d4e4a2d38a

Esse log pertence **única** e **exclusivamente** aos documentos de HASH acima

Esse documento está assinado e certificado pela D4Sign

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandopolis
Tipo de Despesa: Custeio