

Prestação de Contas

Abril 2022

03/03

Mandaqui

AG 3062-7 C/C 36511-4

www.ahbb.org.br

contato@ahbb.org.br

14 3532 5198

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

14/04/2022 - BANCO DO BRASIL - 13:29:19
306203062 SEGUNDA VIA 0017
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: ASSOC HOSP B BRASIL
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.511-4
=====

DATA DA TRANSFERENCIA	14/04/2022
NR. DOCUMENTO	551.008.000.051.744
VALOR TOTAL	2.286,15

***** TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: LEANDRO A DE SOUZA SILVA
AGENCIA: 1008-1 CONTA: 51.744-5
NR. DOCUMENTO 553.062.000.036.511
=====

NR.AUTENTICACAO	8.769.08E.2E8.147.3AE
-----------------	-----------------------

Convênio Nº 0099/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE 090196
Conjunto Hospitalar do Mandaqui
Natureza de Despesa: Custeio

TERMO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR	01 CNPJ/CEI 45.349.461/0015-08		02 Razão Social/Nome ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL					
	03 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) AVENIDA AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 - SALA 12						04 Bairro JARDIM ARIANO	
	05 Município SAO PAULO		06 UF SP	07 CEP 16400-400	08 CNAE 8610-1/02	09 CNPJ/CEI Tomador/Obra		
IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR	10 PIS - PASEP 202.10170.82-9		11 Nome LEANDRO AUGUSTO DE SOUZA SILVA					
	12 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) Avenida BARUERI - CASA						13 Bairro VILA TRES IRMAOS	
	14 Município CARAPICUIBA		15 UF SP	16 CEP 06320-300	17 Carteira de Trabalho (nº, série, UF) 014510 - 00396 / SP			
	18 CPF 446.578.318-36		19 Data de nascimento 14/04/1997		20 Nome da mãe GISELE JOIA DE SOUZA SILVA			
DADOS DO CONTRATO	21 Remuneração p/ fins rescisórios 2.613,47		22 Data de admissão 11/12/2021		23 Data do Aviso Prévio 09/03/2022		24 Data de afastamento 08/04/2022	
	25 Causa do afastamento Demitido SEM justa causa				26 Cód. afastamento 01		27 Pensão alimentícia (%) 0,00	
DISCRIMINAÇÃO DAS VERBAS RESCISÓRIAS	29 Aviso Prévio Indenizado 0,00		38 Comissões 0,00		DEDUÇÕES			
	30 Saldo salário 1 dias 546,79		39 Gratificações 0,00		47 Previdência 45,85			
	31 13º Salário 3/12 avos 667,66		40 Horas extras 0,00 horas 0,00		48 Previdência 13º salário 50,07			
	32 13º Sal. Indeniz. /12 avos 0,00		41 Adic. insalub./ periculosidade 64,64		49 Adiantamento 0,00			
	33 Férias vencidas 0,00		42		50 IRRF 58,55			
	34 Férias proporc. 4/12 avos 871,15		43		51			
	35 1/3 salário s/ férias 290,38		44		52			
	36 Salário família 0,00		45 Outros proventos 0,00		53 Outros descontos 0,00			
	37 Adicional noturno 0,00		46 TOTAL BRUTO 2.440,62		54 TOTAL DAS DEDUÇÕES 154,47			
					55 LÍQUIDO A RECEBER 2.286,15			
FORMALIZAÇÃO DA RESCISÃO	56 Local e data do recebimento				57 Carimbo e assinatura do empregador ou preposto			
	58 Assinatura do trabalhador				59 Assinatura do responsável			
	60 HOMOLOGAÇÃO Foi prestada, gratuitamente, assistência ao trabalhador, nos termos do art. 477, § 1º, da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, sendo comprovado, neste ato, o efetivo pagamento das verbas rescisórias acima especificadas. Local e data Carimbo e assinatura do assistente				61 Digital do trabalhador		62 Digital do responsável	
	63 Identificação do órgão homologador				64 Recepção pelo Banco (data e carimbo)			

A ASSISTÊNCIA NO ATO DE RESCISÃO CONTRATUAL É GRATUITA

Convênio Nº 0099/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE 090196
Conjunto Hospitalar do Mandaqui
Natureza de Despesa: Custeio

14/04/2022 - BANCO DO BRASIL - 13:28:42
306203062 SEGUNDA VIA 0006
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: ASSOC HOSP B BRASIL
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.511-4
=====

DATA DA TRANSFERENCIA	14/04/2022
NR. DOCUMENTO	551.535.000.022.806
VALOR TOTAL	2.345,07

***** TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: VIVIANE GRACES DA SILVA M
AGENCIA: 1535-0 CONTA: 22.806-0
NR. DOCUMENTO 553.062.000.036.511
=====

NR.AUTENTICACAO	6.E29.6A9.23A.1CD.A7A
-----------------	-----------------------

Convênio Nº 0099/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE 090196
Conjunto Hospitalar do Mandaqui
Natureza de Despesa: Custeio

TERMO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR	01 CNPJ/CEI 45.349.461/0015-08		02 Razão Social/Nome ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL					
	03 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) AVENIDA AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 - SALA 12						04 Bairro JARDIM ARIANO	
	05 Município SAO PAULO		06 UF SP	07 CEP 16400-400	08 CNAE 8610-1/02	09 CNPJ/CEI Tomador/Obra		
IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR	10 PIS - PASEP 207.33643.05-6		11 Nome VIVIANE GRACES DA SILVA MENDES					
	12 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) Rua ARATAIACU - CASA						13 Bairro JARDIM VISTA ALEGRE	
	14 Município SAO PAULO		15 UF SP	16 CEP 02877-060	17 Carteira de Trabalho (nº, série, UF) 3385969 - 5819 / SP			
	18 CPF 338.596.958-19		19 Data de nascimento 28/07/1986	20 Nome da mãe ELIANE GRACES DA SILVA MENDES				
DADOS DO CONTRATO	21 Remuneração p/ fins rescisórios 2.292,85		22 Data de admissão 28/10/2021		23 Data do Aviso Prévio 09/03/2022		24 Data de afastamento 08/04/2022	
	25 Causa do afastamento Demitido SEM justa causa				26 Cód. afastamento 01		27 Pensão alimentícia (%) 0,00	
DISCRIMINAÇÃO DAS VERBAS RESCISÓRIAS	29 Aviso Prévio Indenizado 0,00		38 Comissões 0,00		DEDUÇÕES			
	30 Saldo salário 1 dias 546,79		39 Gratificações 0,00		47 Previdência 45,85			
	31 13º Salário 3/12 avos 573,21		40 Horas extras 0,00 horas 0,00		48 Previdência 13º salário 42,99			
	32 13º Sal. Indeniz. /12 avos 0,00		41 Adic. insalub./ periculosidade 64,64		49 Adiantamento 0,00			
	33 Férias vencidas 0,00		42		50 IRRF 47,04			
	34 Férias proporc. 5/12 avos 972,23		43		51			
	35 1/3 salário s/ férias 324,08		44		52			
	36 Salário família 0,00		45 Outros proventos 0,00		53 Outros descontos 0,00			
	37 Adicional noturno 0,00		46 TOTAL BRUTO 2.480,95		54 TOTAL DAS DEDUÇÕES 135,88			
					55 LÍQUIDO A RECEBER 2.345,07			
FORMALIZAÇÃO DA RESCISÃO	56 Local e data do recebimento				57 Carimbo e assinatura do empregador ou preposto			
	58 Assinatura do trabalhador				59 Assinatura do responsável			
	60 HOMOLOGAÇÃO Foi prestada, gratuitamente, assistência ao trabalhador, nos termos do art. 477, § 1º, da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, sendo comprovado, neste ato, o efetivo pagamento das verbas rescisórias acima especificadas. Local e data Carimbo e assinatura do assistente				61 Digital do trabalhador		62 Digital do responsável	
	63 Identificação do órgão homologador				64 Recepção pelo Banco (data e carimbo)			

A ASSISTÊNCIA NO ATO DE RESCISÃO CONTRATUAL É GRATUITA

Convênio Nº 0099/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE 090196
Conjunto Hospitalar do Mandaqui
Natureza de Despesa: Custeio

14/04/2022 - BANCO DO BRASIL - 13:29:20
306203062 SEGUNDA VIA 0003
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: ASSOC HOSP B BRASIL
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.511-4
=====

DATA DA TRANSFERENCIA	14/04/2022
NR. DOCUMENTO	551.830.000.057.172
VALOR TOTAL	2.723,66

***** TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCA F OLIVEIRA	
AGENCIA: 1830-9	CONTA: 57.172-5
NR. DOCUMENTO	553.062.000.036.511

=====

NR.AUTENTICACAO	8.FC8.82C.344.E34.588
-----------------	-----------------------

Convênio Nº 0099/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE 090196
Conjunto Hospitalar do Mandaqui
Natureza de Despesa: Custeio

TERMO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR	01 CNPJ/CEI 45.349.461/0015-08		02 Razão Social/Nome ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL					
	03 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) AVENIDA AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 - SALA 12						04 Bairro JARDIM ARIANO	
	05 Município SAO PAULO			06 UF SP	07 CEP 16400-400	08 CNAE 8610-1/02	09 CNPJ/CEI Tomador/Obra	
IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR	10 PIS - PASEP 131.32943.85-0		11 Nome FRANCISCA FABIANA DE OLIVEIRA					
	12 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) Rua RIO TEFE - CASA						13 Bairro GLEBA DO PESSEGO	
	14 Município SAO PAULO			15 UF SP	16 CEP 08265-310	17 Carteira de Trabalho (nº, série, UF) 2814215 - 4854 /		
	18 CPF 281.421.548-54		19 Data de nascimento 25/02/1977		20 Nome da mãe MARIA ELIENE RODRIGUES DE OLIVEIRA			
DADOS DO CONTRATO	21 Remuneração p/ fins rescisórios 2.292,85		22 Data de admissão 13/02/2022		23 Data do Aviso Prévio 08/04/2022		24 Data de afastamento 08/04/2022	
	25 Causa do afastamento Resc cont exp antec empregador				26 Cód. afastamento 01		27 Pensão alimentícia (%) 0,00	
							28 Categoria do trabalhador 01	
DISCRIMINAÇÃO DAS VERBAS RESCISÓRIAS	29 Aviso Prévio Indenizado 0,00		38 Comissões 0,00		DEDUÇÕES			
	30 Saldo salário 1 dias 546,79		39 Gratificações 0,00		47 Previdência 45,85			
	31 13º Salário 2/12 avos 382,14		40 Horas extras 0,00 horas 0,00		48 Previdência 13º salário 28,66			
	32 13º Sal. Indeniz. /12 avos 0,00		41 Adic. insalub./ periculosidade 64,64		49 Adiantamento 0,00			
	33 Férias vencidas 0,00		42		50 IRRF 42,42			
	34 Férias proporc. 2/12 avos 382,14		43		51			
	35 1/3 salário s/ férias 127,38		44		52			
	36 Salário família 0,00		45 Outros proventos 1.337,50		53 Outros descontos 0,00			
	37 Adicional noturno 0,00		46 TOTAL BRUTO 2.840,59		54 TOTAL DAS DEDUÇÕES 116,93			
					55 LÍQUIDO A RECEBER 2.723,66			
FORMALIZAÇÃO DA RESCISÃO	56 Local e data do recebimento				57 Carimbo e assinatura do empregador ou preposto			
	58 Assinatura do trabalhador				59 Assinatura do responsável			
	60 HOMOLOGAÇÃO Foi prestada, gratuitamente, assistência ao trabalhador, nos termos do art. 477, § 1º, da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, sendo comprovado, neste ato, o efetivo pagamento das verbas rescisórias acima especificadas. Local e data Carimbo e assinatura do assistente				61 Digital do trabalhador		62 Digital do responsável	
	63 Identificação do órgão homologador				64 Recepção pelo Banco (data e carimbo)			

A ASSISTÊNCIA NO ATO DE RESCISÃO CONTRATUAL É GRATUITA

Convênio Nº 0099/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE 090196
Conjunto Hospitalar do Mandaqui
Natureza de Despesa: Custeio

14/04/2022 - BANCO DO BRASIL - 13:29:19
306203062 SEGUNDA VIA 0020
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: ASSOC HOSP B BRASIL
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.511-4
=====

DATA DA TRANSFERENCIA	14/04/2022
NR. DOCUMENTO	552.996.000.029.878
VALOR TOTAL	2.417,94

***** TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: SUELEN DA CRUZ ZANOTTI
AGENCIA: 2996-3 CONTA: 29.878-6
NR. DOCUMENTO 553.062.000.036.511
=====

NR. AUTENTICACAO	5.FDE.16F.A01.BAE.D97
------------------	-----------------------

Convênio Nº 0099/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE 090196
Conjunto Hospitalar do Mandaqui
Natureza de Despesa: Custeio

TERMO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR	01 CNPJ/CEI 45.349.461/0015-08		02 Razão Social/Nome ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL					
	03 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) AVENIDA AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 - SALA 12						04 Bairro JARDIM ARIANO	
	05 Município SAO PAULO			06 UF SP	07 CEP 16400-400	08 CNAE 8610-1/02	09 CNPJ/CEI Tomador/Obra	
	10 PIS - PASEP 204.28585.29-3		11 Nome SUELEN DA CRUZ ZANOTTI					
IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR	12 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) Rua JOSE DE ALMEIDA CASTRO						13 Bairro JARDIM MANGALOT	
	14 Município SAO PAULO			15 UF SP	16 CEP 05135-020	17 Carteira de Trabalho (nº, série, UF) 4836405 - 5801 / SP		
	18 CPF 483.640.558-01	19 Data de nascimento 21/11/1997	20 Nome da mãe EDINEUSA DA CRUZ					
DADOS DO CONTRATO	21 Remuneração p/ fins rescisórios 2.292,85		22 Data de admissão 05/02/2022		23 Data do Aviso Prévio 08/04/2022		24 Data de afastamento 08/04/2022	
	25 Causa do afastamento Resc cont exp antec empregador				26 Cód. afastamento 01		27 Pensão alimentícia (%) 0,00	
DISCRIMINAÇÃO DAS VERBAS RESCISÓRIAS	29 Aviso Prévio Indenizado 0,00		38 Comissões 0,00		47 Previdência 45,85			
	30 Saldo salário 1 dias 546,79		39 Gratificações 0,00		48 Previdência 13º salário 28,66			
	31 13º Salário 2/12 avos 382,14		40 Horas extras 0,00 horas 0,00		49 Adiantamento 0,00			
	32 13º Sal. Indeniz. /12 avos 0,00		41 Adic. insalub. / periculosidade 64,64		50 IRRF 42,42			
	33 Férias vencidas 0,00		42		51			
	34 Férias proporc. 2/12 avos 382,14		43		52			
	35 1/3 salário s/ férias 127,38		44		53 Outros descontos 0,00			
	36 Salário família 0,00		45 Outros proventos 1.031,78		54 TOTAL DAS DEDUÇÕES 116,93			
	37 Adicional noturno 0,00		46 TOTAL BRUTO 2.534,87		55 LÍQUIDO A RECEBER 2.417,94			
	FORMALIZAÇÃO DA RESCISÃO	56 Local e data do recebimento				57 Carimbo e assinatura do empregador ou preposto		
58 Assinatura do trabalhador				59 Assinatura do responsável				
60 HOMOLOGAÇÃO Foi prestada, gratuitamente, assistência ao trabalhador, nos termos do art. 477, § 1º, da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, sendo comprovado, neste ato, o efetivo pagamento das verbas rescisórias acima especificadas. Local e data Carimbo e assinatura do assistente				61 Digital do trabalhador		62 Digital do responsável		
63 Identificação do órgão homologador				64 Recepção pelo Banco (data e carimbo)				

A ASSISTÊNCIA NO ATO DE RESCISÃO CONTRATUAL É GRATUITA

Convênio Nº 0099/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE 090196
Conjunto Hospitalar do Mandaqui
Natureza de Despesa: Custeio

14/04/2022 - BANCO DO BRASIL - 13:29:19
306203062 SEGUNDA VIA 0019
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: ASSOC HOSP B BRASIL
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.511-4
=====

DATA DA TRANSFERENCIA	14/04/2022
NR. DOCUMENTO	553.039.000.020.356
VALOR TOTAL	4.230,60

***** TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: NATIELE I S SOUSA
AGENCIA: 3039-2 CONTA: 20.356-4
NR. DOCUMENTO 553.062.000.036.511
=====

NR. AUTENTICACAO	9.B45.C45.783.602.325
------------------	-----------------------

Convênio N° 0099/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE 090196
Conjunto Hospitalar do Mandaqui
Natureza de Despesa: Custeio

TERMO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR	01 CNPJ/CEI 45.349.461/0015-08		02 Razão Social/Nome ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL					
	03 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) AVENIDA AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 - SALA 12						04 Bairro JARDIM ARIANO	
	05 Município SAO PAULO			06 UF SP	07 CEP 16400-400	08 CNAE 8610-1/02	09 CNPJ/CEI Tomador/Obra	
IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR	10 PIS - PASEP 202.03247.08-0		11 Nome NATIELE INES DOS SANTOS SOUSA					
	12 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) Avenida ENGENHEIRO HEITOR ANTONIO EIRAS GARCIA - AP 141						13 Bairro JARDIM ESMERALDA	
	14 Município SAO PAULO			15 UF SP	16 CEP 05588-000	17 Carteira de Trabalho (nº, série, UF) 9433932 - 0010 / PI		
	18 CPF 056.845.913-02		19 Data de nascimento 21/05/1993	20 Nome da mãe MARIA ROSILDA DOS SANTOS				
DADOS DO CONTRATO	21 Remuneração p/ fins rescisórios 4.871,37		22 Data de admissão 22/01/2022		23 Data do Aviso Prévio 08/04/2022		24 Data de afastamento 08/04/2022	
	25 Causa do afastamento Resc cont exp antec empregador				26 Cód. afastamento 01	27 Pensão alimentícia (%) 0,00	28 Categoria do trabalhador 01	
DISCRIMINAÇÃO DAS VERBAS RESCISÓRIAS	29 Aviso Prévio Indenizado 0,00		38 Comissões 0,00		DEDUÇÕES			
	30 Saldo salário 1 dias 1.048,79		39 Gratificações 0,00		47 Previdência 83,50			
	31 13º Salário 2/12 avos 869,89		40 Horas extras 0,00 horas 0,00		48 Previdência 13º salário 65,24			
	32 13º Sal. Indeniz. /12 avos 0,00		41 Adic. insalub./periculosidade 64,64		49 Adiantamento 0,00			
	33 Férias vencidas 0,00		42		50 IRRF 283,23			
	34 Férias proporc. 3/12 avos 1.217,84		43		51			
	35 1/3 salário s/ férias 405,95		44		52			
	36 Salário família 0,00		45 Outros proventos 1.055,46		53 Outros descontos 0,00			
	37 Adicional noturno 0,00		46 TOTAL BRUTO 4.662,57		54 TOTAL DAS DEDUÇÕES 431,97			
					55 LÍQUIDO A RECEBER 4.230,60			
FORMALIZAÇÃO DA RESCISÃO	56 Local e data do recebimento				57 Carimbo e assinatura do empregador ou preposto			
	58 Assinatura do trabalhador				59 Assinatura do responsável			
	60 HOMOLOGAÇÃO Foi prestada, gratuitamente, assistência ao trabalhador, nos termos do art. 477, § 1º, da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, sendo comprovado, neste ato, o efetivo pagamento das verbas rescisórias acima especificadas. Local e data Carimbo e assinatura do assistente				61 Digital do trabalhador		62 Digital do responsável	
	63 Identificação do órgão homologador				64 Recepção pelo Banco (data e carimbo)			

A ASSISTÊNCIA NO ATO DE RESCISÃO CONTRATUAL É GRATUITA

Convênio Nº 0099/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE 090196
Conjunto Hospitalar do Mandaqui
Natureza de Despesa: Custeio

14/04/2022 - BANCO DO BRASIL - 13:29:18
306203062 SEGUNDA VIA 0003
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: ASSOC HOSP B BRASIL
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.511-4
=====

DATA DA TRANSFERENCIA	14/04/2022
NR. DOCUMENTO	554.135.000.011.199
VALOR TOTAL	2.072,42

***** TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JUCINEIDE SANTOS DE MATOS	
AGENCIA: 4135-1	CONTA: 11.199-6
NR. DOCUMENTO	553.062.000.036.511

=====

NR. AUTENTICACAO	5.12B.339.190.681.4CD
------------------	-----------------------

Convênio Nº 0099/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE 090196
Conjunto Hospitalar do Mandaqui
Natureza de Despesa: Custeio

TERMO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR	01 CNPJ/CEI 45.349.461/0015-08		02 Razão Social/Nome ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL					
	03 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) AVENIDA AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 - SALA 12						04 Bairro JARDIM ARIANO	
	05 Município SAO PAULO		06 UF SP	07 CEP 16400-400	08 CNAE 8610-1/02	09 CNPJ/CEI Tomador/Obra		
IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR	10 PIS - PASEP 145.93665.87-2		11 Nome JUCINEIDE SANTOS GONÇALVES					
	12 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) Rua DOM AQUINO						13 Bairro JARDIM ANTARTICA	
	14 Município SAO PAULO		15 UF SP	16 CEP 02652-170	17 Carteira de Trabalho (nº, série, UF) 034377 - 294 / SP			
	18 CPF 333.821.998-90		19 Data de nascimento 14/06/1977	20 Nome da mãe LUCIA IGNACIO DOS SANTOS MATOS				
DADOS DO CONTRATO	21 Remuneração p/ fins rescisórios 2.292,85		22 Data de admissão 27/11/2021		23 Data do Aviso Prévio 09/03/2022		24 Data de afastamento 08/04/2022	
	25 Causa do afastamento Demitido SEM justa causa				26 Cód. afastamento 01	27 Pensão alimentícia (%) 0,00	28 Categoria do trabalhador 01	
DISCRIMINAÇÃO DAS VERBAS RESCISÓRIAS	29 Aviso Prévio Indenizado 0,00		38 Comissões 0,00		DEDUÇÕES			
	30 Saldo salário 1 dias 546,79		39 Gratificações 0,00		47 Previdência 45,85			
	31 13º Salário 3/12 avos 573,21		40 Horas extras 0,00 horas 0,00		48 Previdência 13º salário 42,99			
	32 13º Sal. Indeniz. /12 avos 0,00		41 Adic. insalub./ periculosidade 64,64		49 Adiantamento 0,00			
	33 Férias vencidas 0,00		42		50 IRRF 42,42			
	34 Férias proporc. 4/12 avos 764,28		43		51			
	35 1/3 salário s/ férias 254,76		44		52			
	36 Salário família 0,00		45 Outros proventos 0,00		53 Outros descontos 0,00			
	37 Adicional noturno 0,00		46 TOTAL BRUTO 2.203,68		54 TOTAL DAS DEDUÇÕES 131,26			
					55 LÍQUIDO A RECEBER 2.072,42			
FORMALIZAÇÃO DA RESCISÃO	56 Local e data do recebimento				57 Carimbo e assinatura do empregador ou preposto			
	58 Assinatura do trabalhador				59 Assinatura do responsável			
	60 HOMOLOGAÇÃO Foi prestada, gratuitamente, assistência ao trabalhador, nos termos do art. 477, § 1º, da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, sendo comprovado, neste ato, o efetivo pagamento das verbas rescisórias acima especificadas. Local e data Carimbo e assinatura do assistente				61 Digital do trabalhador		62 Digital do responsável	
	63 Identificação do órgão homologador				64 Recepção pelo Banco (data e carimbo)			

A ASSISTÊNCIA NO ATO DE RESCISÃO CONTRATUAL É GRATUITA

Convênio Nº 0099/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE 090196
Conjunto Hospitalar do Mandaqui
Natureza de Despesa: Custeio

14/04/2022 - BANCO DO BRASIL - 13:29:18
306203062 SEGUNDA VIA 0011
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: ASSOC HOSP B BRASIL
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.511-4
=====

DATA DA TRANSFERENCIA	14/04/2022
NR. DOCUMENTO	554.353.000.018.051
VALOR TOTAL	2.446,50

***** TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: DAVID FELIX DA SILVA
AGENCIA: 4353-2 CONTA: 18.051-3
NR. DOCUMENTO 553.062.000.036.511
=====

NR. AUTENTICACAO	8.487.807.F31.EA5.492
------------------	-----------------------

Convênio Nº 0099/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE 090196
Conjunto Hospitalar do Mandaqui
Natureza de Despesa: Custeio

TERMO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR	01 CNPJ/CEI 45.349.461/0015-08		02 Razão Social/Nome ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL					
	03 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) AVENIDA AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 - SALA 12						04 Bairro JARDIM ARIANO	
	05 Município SAO PAULO			06 UF SP	07 CEP 16400-400	08 CNAE 8610-1/02	09 CNPJ/CEI Tomador/Obra	
	10 PIS - PASEP 161.13789.88-9		11 Nome DAVID FELIX DA SILVA					
IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR	12 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) Rua GOMES DE CARVALHO						13 Bairro	
	14 Município SAO PAULO			15 UF SP	16 CEP 04547-006	17 Carteira de Trabalho (nº, série, UF) 3892737 - 4878 / SP		
	18 CPF 389.273.748-78	19 Data de nascimento 07/05/1990	20 Nome da mãe FRANCISCA MARIA FELIX DA SILVA					
	21 Remuneração p/ fins rescisórios 2.430,04		22 Data de admissão 05/11/2021		23 Data do Aviso Prévio 09/03/2022		24 Data de afastamento 08/04/2022	
DADOS DO CONTRATO	25 Causa do afastamento Demitido SEM justa causa				26 Cód. afastamento 01		27 Pensão alimentícia (%) 0,00	
							28 Categoria do trabalhador 01	
DISCRIMINAÇÃO DAS VERBAS RESCISÓRIAS	29 Aviso Prévio Indenizado 0,00		38 Comissões 0,00		DEDUÇÕES			
	30 Saldo salário 1 dias 546,79		39 Gratificações 0,00		47 Previdência 45,85			
	31 13º Salário 3/12 avos 630,38		40 Horas extras 0,00 horas 0,00		48 Previdência 13º salário 47,27			
	32 13º Sal. Indeniz. /12 avos 0,00		41 Adic. insalub. / periculosidade 64,64		49 Adiantamento 0,00			
	33 Férias vencidas 0,00		42		50 IRRF 52,20			
	34 Férias proporc. 5/12 avos 1.012,51		43		51			
	35 1/3 salário s/ férias 337,50		44		52			
	36 Salário família 0,00		45 Outros proventos 0,00		53 Outros descontos 0,00			
	37 Adicional noturno 0,00		46 TOTAL BRUTO 2.591,82		54 TOTAL DAS DEDUÇÕES 145,32			
					55 LÍQUIDO A RECEBER 2.446,50			
FORMALIZAÇÃO DA RESCISÃO	56 Local e data do recebimento				57 Carimbo e assinatura do empregador ou preposto			
	58 Assinatura do trabalhador				59 Assinatura do responsável			
	60 HOMOLOGAÇÃO Foi prestada, gratuitamente, assistência ao trabalhador, nos termos do art. 477, § 1º, da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, sendo comprovado, neste ato, o efetivo pagamento das verbas rescisórias acima especificadas. Local e data Carimbo e assinatura do assistente				61 Digital do trabalhador		62 Digital do responsável	
	63 Identificação do órgão homologador				64 Recepção pelo Banco (data e carimbo)			

A ASSISTÊNCIA NO ATO DE RESCISÃO CONTRATUAL É GRATUITA

Convênio Nº 0099/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE 090196
Conjunto Hospitalar do Mandaqui
Natureza de Despesa: Custeio

14/04/2022 - BANCO DO BRASIL - 13:29:18
306203062 SEGUNDA VIA 0015
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE PARA POUPANCA

CLIENTE: ASSOC HOSP B BRASIL
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.511-4
=====

DATA DA TRANSFERENCIA 14/04/2022
NR. DOCUMENTO 175.948.510.421.920
VALOR TOTAL 2.039,61

***** TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANDREA GONCALVES SANTOS
AGENCIA: 5948-X CONTA: 510.421.920-4
VARIACAO DA POUPANCA 51
NR. DOCUMENTO 173.062.000.036.511

=====

NR.AUTENTICACAO 4.CA6.998.F11.079.42D
Creditos a partir de 04 05 2012 estao
disciplinados pela Lei 12.703.

TERMO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR	01 CNPJ/CEI 45.349.461/0015-08		02 Razão Social/Nome ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL					
	03 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) AVENIDA AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 - SALA 12						04 Bairro JARDIM ARIANO	
	05 Município SAO PAULO		06 UF SP	07 CEP 16400-400	08 CNAE 8610-1/02	09 CNPJ/CEI Tomador/Obra		
	10 PIS - PASEP 129.70853.77-0		11 Nome ANDREA GONÇALVES DOS SANTOS					
IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR	12 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) Rua ORINDIUA						13 Bairro VILA MARIA ALTA	
	14 Município SAO PAULO		15 UF SP	16 CEP 02130-040	17 Carteira de Trabalho (nº, série, UF) 046612 - 00222 / SP			
	18 CPF 306.132.898-03	19 Data de nascimento 25/12/1979	20 Nome da mãe MARIA DOLORES GONÇALVES DOS SANTOS					
	21 Remuneração p/ fins rescisórios 2.292,85		22 Data de admissão 07/12/2021		23 Data do Aviso Prévio 09/03/2022		24 Data de afastamento 08/04/2022	
DADOS DO CONTRATO	25 Causa do afastamento Demitido SEM justa causa			26 Cod. afastamento 01		27 Pensão alimentícia (%) 0,00		28 Categoria do trabalhador 01
DISCRIMINAÇÃO DAS VERBAS RESCISÓRIAS	29 Aviso Prévio Indenizado 0,00		38 Comissões 0,00		DEDUÇÕES			
	30 Saldo salário 1 dias 546,79		39 Gratificações 0,00		47 Previdência 45,85			
	31 13º Salário 3/12 avos 573,21		40 Horas extras 0,00 horas 0,00		48 Previdência 13º salário 42,99			
	32 13º Sal. Indeniz. /12 avos 0,00		41 Adic. insalub./ periculosidade 64,64		49 Adiantamento 0,00			
	33 Férias vencidas 0,00		42		50 IRRF 42,42			
	34 Férias proporc. 4/12 avos 764,28		43		51			
	35 1/3 salário s/ férias 254,76		44		52			
	36 Salário família 0,00		45 Outros proventos 0,00		53 Outros descontos 32,81			
	37 Adicional noturno 0,00		46 TOTAL BRUTO 2.203,68		54 TOTAL DAS DEDUÇÕES 164,07			
	38		55 LÍQUIDO A RECEBER 2.039,61					
FORMALIZAÇÃO DA RESCISÃO	56 Local e data do recebimento				57 Carimbo e assinatura do empregador ou preposto			
	58 Assinatura do trabalhador				59 Assinatura do responsável			
	60 HOMOLOGAÇÃO Foi prestada, gratuitamente, assistência ao trabalhador, nos termos do art. 477, § 1º, da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, sendo comprovado, neste ato, o efetivo pagamento das verbas rescisórias acima especificadas. Local e data Carimbo e assinatura do assistente				61 Digital do trabalhador		62 Digital do responsável	
	63 Identificação do órgão homologador				64 Recepção pelo Banco (data e carimbo)			

A ASSISTÊNCIA NO ATO DE RESCISÃO CONTRATUAL É GRATUITA

Convênio Nº 0099/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE 090196
Conjunto Hospitalar do Mandaqui
Natureza de Despesa: Custeio

14/04/2022 - BANCO DO BRASIL - 13:29:19
306203062 SEGUNDA VIA 0012
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: ASSOC HOSP B BRASIL
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.511-4
=====

DATA DA TRANSFERENCIA	14/04/2022
NR. DOCUMENTO	556.846.000.053.569
VALOR TOTAL	2.486,71

***** TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: LETICIA PEREIRA ALMEIDA
AGENCIA: 6846-2 CONTA: 53.569-9
NR. DOCUMENTO 553.062.000.036.511
=====

NR. AUTENTICACAO	9.1E3.AF9.230.F77.A2B
------------------	-----------------------

TERMO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR	01 CNPJ/CEI 45.349.461/0015-08		02 Razão Social/Nome ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL					
	03 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) AVENIDA AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 - SALA 12							04 Bairro JARDIM ARIANO
	05 Município SAO PAULO			06 UF SP	07 CEP 16400-400	08 CNAE 8610-1/02	09 CNPJ/CEI Tomador/Obra	
IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR	10 PIS - PASEP 163.89796.87-1		11 Nome LETICIA PEREIRA ALMEIDA					
	12 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) Rua DOUTOR ACHILES LISBOA - BL A AP 181							13 Bairro VILA BARRETO
	14 Município SAO PAULO			15 UF SP	16 CEP 02937-090	17 Carteira de Trabalho (nº, série, UF) 4918946 - 6829 / SP		
	18 CPF 491.894.668-29		19 Data de nascimento 30/12/2000	20 Nome da mãe DILMA EDIVANE DE ALMEIDA				
DADOS DO CONTRATO	21 Remuneração p/ fins rescisórios 2.551,33		22 Data de admissão 22/01/2022		23 Data do Aviso Prévio 08/04/2022		24 Data de afastamento 08/04/2022	
	25 Causa do afastamento Resc cont exp antec empregador				26 Cód. afastamento 01	27 Pensão alimentícia (%) 0,00		28 Categoria do trabalhador 01
DISCRIMINAÇÃO DAS VERBAS RESCISÓRIAS	29 Aviso Prévio Indenizado 0,00		38 Comissões 0,00		DEDUÇÕES			
	30 Saldo salário 1 dias 546,79		39 Gratificações 0,00		47 Previdência 61,23			
	31 13º Salário 2/12 avos 446,76		40 Horas extras 0.00 horas 0,00		48 Previdência 13º salário 33,50			
	32 13º Sal. Indeniz. /12 avos 0,00		41 Adic. insalub./ periculosidade 64,64		49 Adiantamento 0,00			
	33 Férias vencidas 0,00		42		50 IRRF 85,03			
	34 Férias proporc. 3/12 avos 637,83		43		51			
	35 1/3 salário s/ férias 212,61		44		52			
	36 Salário família 0,00		45 Outros proventos 552,79		53 Outros descontos 0,00			
	37 Adicional noturno 205,05		46 TOTAL BRUTO 2.666,47		54 TOTAL DAS DEDUÇÕES 179,76			
					55 LIQUIDO A RECEBER 2.486,71			
FORMALIZAÇÃO DA RESCISÃO	56 Local e data do recebimento				57 Carimbo e assinatura do empregador ou preposto			
	58 Assinatura do trabalhador				59 Assinatura do responsável			
	60 HOMOLOGAÇÃO Foi prestada, gratuitamente, assistência ao trabalhador, nos termos do art. 477, § 1º, da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, sendo comprovado, neste ato, o efetivo pagamento das verbas rescisórias acima especificadas. Local e data Carimbo e assinatura do assistente				61 Digital do trabalhador		62 Digital do responsável	
	63 Identificação do órgão homologador				64 Recepção pelo Banco (data e carimbo)			

A ASSISTÊNCIA NO ATO DE RESCISÃO CONTRATUAL É GRATUITA

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
01/05/2022 - AUTOATENDIMENTO - 15.07.31
3062703062 SEGUNDA VIA 0017

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: ASSOC HOSP B BRASIL

AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.511-4

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA

REMETENTE : ASSOC HOSP B BRASIL

BANCO: 341 - ITAU UNIBANCO S.A.

AGENCIA: 0444-8 - S PAULO RUA TEOD SAMPAIO

CONTA: 1.369-2

FAVORECIDO: AGUINALDO ALVES DA COSTA

CPF/CNPJ: 091.385.248-13

VALOR: R\$ 2.759,38

DEBITO EM: 14/04/2022

DOCUMENTO: 041401

AUTENTICACAO SISBB: 0.365.88D.A5A.059.96F

TERMO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR	01 CNPJ/CEI 45.349.461/0015-08		02 Razão Social/Nome ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL					
	03 Endereço (logradouro, n.º, andar, apartamento) AVENIDA AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 - SALA 12							04 Bairro JARDIM ARIANO
	05 Município SAO PAULO			06 UF SP	07 CEP 16400-400	08 CNAE 8610-1/02	09 CNPJ/CEI Tomador/Obra	
IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR	10 PIS - PASEP 121.78169.18-1		11 Nome AGUINALDO ALVES DA COSTA					
	12 Endereço (logradouro, n.º, andar, apartamento) Rua FREI APOLONIO TODI - CASA							13 Bairro JARDIM JOAO XXIII
	14 Município SAO PAULO			15 UF SP	16 CEP 05569-080	17 Carteira de Trabalho (n.º, série, UF) 03290 - 00241 /		
	18 CPF 091.385.248-13		19 Data de nascimento 25/08/1968	20 Nome da mãe MARIA DE LOURDES CARVALHO COSTA				
DADOS DO CONTRATO	21 Remuneração p/ fins rescisórios 2.586,13		22 Data de admissão 27/10/2021		23 Data do Aviso Prévio 09/03/2022		24 Data de afastamento 08/04/2022	
	25 Causa do afastamento Demitido SEM justa causa				26 Cód. afastamento 01	27 Pensão alimentícia (%) 0,00	28 Categoria do trabalhador 01	
DISCRIMINAÇÃO DAS VERBAS RESCISÓRIAS	29 Aviso Prévio Indenizado 0,00		38 Comissões 0,00		DEDUÇÕES			
	30 Saldo salário 1 dias 546,79		39 Gratificações 0,00		47 Previdência 64,31			
	31 13º Salário 3/12 avos 657,71		40 Horas extras 0,00 horas 0,00		48 Previdência 13º salário 49,32			
	32 13º Sal. Indeniz. /12 avos 0,00		41 Adic. insalub./ periculosidade 64,64		49 Adiantamento 0,00			
	33 Férias vencidas 0,00		42		50 IRRF 78,91			
	34 Férias proporc. 5/12 avos 1.077,55		43		51			
	35 1/3 salário s/ férias 359,18		44		52			
	36 Salário família 0,00		45 Outros proventos 0,00		53 Outros descontos 0,00			
	37 Adicional noturno 246,05		46 TOTAL BRUTO 2.951,92		54 TOTAL DAS DEDUÇÕES 192,54			
					55 LÍQUIDO A RECEBER 2.759,38			
FORMALIZAÇÃO DA RESCISÃO	56 Local e data do recebimento				57 Carimbo e assinatura do empregador ou preposto			
	58 Assinatura do trabalhador				59 Assinatura do responsável			
	60 HOMOLOGAÇÃO Foi prestada, gratuitamente, assistência ao trabalhador, nos termos do art. 477, § 1º, da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, sendo comprovado, neste ato, o efetivo pagamento das verbas rescisórias acima especificadas. Local e data Carimbo e assinatura do assistente				61 Digital do trabalhador		62 Digital do responsável	
	63 Identificação do órgão homologador				64 Recepção pelo Banco (data e carimbo)			

A ASSISTÊNCIA NO ATO DE RESCISÃO CONTRATUAL É GRATUITA

Convênio N° 0099/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE 090196
Conjunto Hospitalar do Mandaqui
Natureza de Despesa: Custeio

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
01/05/2022 - AUTOATENDIMENTO - 15.07.31
3062703062 SEGUNDA VIA 0020

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: ASSOC HOSP B BRASIL

AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.511-4

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA

REMETENTE : ASSOC HOSP B BRASIL

BANCO: 341 - ITAU UNIBANCO S.A.

AGENCIA: 7435-7 - SP - JARDIM JARAGUA

CONTA: 33.147-0

FAVORECIDO: ALYSON SILVA GOMES

CPF/CNPJ: 062.433.343-41

VALOR: R\$ 4.077,39

DEBITO EM: 14/04/2022

=====

DOCUMENTO: 041402

AUTENTICACAO SISBB: 4.8A3.11B.E1A.C8D.672

Convênio N° 0099/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE 090196
Conjunto Hospitalar do Mandaqui
Natureza de Despesa: Custeio

TERMO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR	01 CNPJ/CEI 45.349.461/0015-08		02 Razão Social/Nome ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL					
	03 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) AVENIDA AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 - SALA 12						04 Bairro JARDIM ARIANO	
	05 Município SAO PAULO			06 UF SP	07 CEP 16400-400	08 CNAE 8610-1/02	09 CNPJ/CEI Tomador/Obra	
	10 PIS - PASEP 203.98236.03-2		11 Nome ALYSON SILVA GOMES					
IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR	12 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) Rua PAULO ARENTINO - BLOCO E2 APTO 21						13 Bairro CONJUNTO CITY JARAGUA	
	14 Município SAO PAULO			15 UF SP	16 CEP 02998-140	17 Carteira de Trabalho (nº, série, UF) 0624333 - 4341 /		
	18 CPF 062.433.343-41	19 Data de nascimento 20/05/1994	20 Nome da mãe RITA IZABEL SILVA GOMES					
DADOS DO CONTRATO	21 Remuneração p/ fins rescisórios 4.175,36		22 Data de admissão 28/10/2021		23 Data do Aviso Prévio 09/03/2022		24 Data de afastamento 08/04/2022	
	25 Causa do afastamento Demitido SEM justa causa				26 Cód. afastamento 01	27 Pensão alimentícia (%) 0,00	28 Categoria do trabalhador 01	
DISCRIMINAÇÃO DAS VERBAS RESCISÓRIAS	29 Aviso Prévio Indenizado 0,00		38 Comissões 0,00		DEDUÇÕES			
	30 Saldo salário 1 dias 1.048,79		39 Gratificações 0,00		47 Previdência 83,50			
	31 13º Salário 3/12 avos 1.043,84		40 Horas extras 0,00 horas 0,00		48 Previdência 13º salário 78,28			
	32 13º Sal. Indeniz. /12 avos 0,00		41 Adic. insalub./ periculosidade 64,64		49 Adiantamento 0,00			
	33 Férias vencidas 0,00		42		50 IRRF 237,74			
	34 Férias proporc. 5/12 avos 1.739,73		43		51			
	35 1/3 salário s/ férias 579,91		44		52			
	36 Salário família 0,00		45 Outros proventos 0,00		53 Outros descontos 0,00			
	37 Adicional noturno 0,00		46 TOTAL BRUTO 4.476,91		54 TOTAL DAS DEDUÇÕES 399,52			
					55 LÍQUIDO A RECEBER 4.077,39			
FORMALIZAÇÃO DA RESCISÃO	56 Local e data do recebimento				57 Carimbo e assinatura do empregador ou preposto			
	58 Assinatura do trabalhador				59 Assinatura do responsável			
	60 HOMOLOGAÇÃO Foi prestada, gratuitamente, assistência ao trabalhador, nos termos do art. 477, § 1º, da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, sendo comprovado, neste ato, o efetivo pagamento das verbas rescisórias acima especificadas. Local e data Carimbo e assinatura do assistente				61 Digital do trabalhador		62 Digital do responsável	
	63 Identificação do órgão homologador				64 Recepção pelo Banco (data e carimbo)			

A ASSISTÊNCIA NO ATO DE RESCISÃO CONTRATUAL É GRATUITA

Convênio Nº 0099/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE 090196
Conjunto Hospitalar do Mandaqui
Natureza de Despesa: Custeio

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
01/05/2022 - AUTOATENDIMENTO - 15.07.31
3062703062 SEGUNDA VIA 0022

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: ASSOC HOSP B BRASIL

AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.511-4

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA

REMETENTE : ASSOC HOSP B BRASIL

BANCO: 341 - ITAU UNIBANCO S.A.

AGENCIA: 2117-2 - S PAULO PB SIRIO LIBANES

CONTA: 10.943-5

FAVORECIDO: ANA CLEIDE DOS SANTOS

CPF/CNPJ: 261.950.658-11

VALOR: R\$ 4.118,49

DEBITO EM: 14/04/2022

=====

DOCUMENTO: 041403

AUTENTICACAO SISBB: 0.6AA.DD9.423.8D4.C15

Convênio N° 0099/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE 090196
Conjunto Hospitalar do Mandaqui
Natureza de Despesa: Custeio

TERMO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR	01 CNPJ/CEI 45.349.461/0015-08	02 Razão Social/Nome ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL					
	03 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) AVENIDA AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 - SALA 12						04 Bairro JARDIM ARIANO
	05 Município SAO PAULO	06 UF SP	07 CEP 16400-400	08 CNAE 8610-1/02	09 CNPJ/CEI Tomador/Obra		
IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR	10 PIS - PASEP 125.61220.85-2	11 Nome ANA CLEIDE DOS SANTOS					
	12 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) Rua MARTINHO PRADO - APTO 61						13 Bairro BELA VISTA
	14 Município SAO PAULO	15 UF SP	16 CEP 01306-040	17 Carteira de Trabalho (nº, série, UF) 62465 - 00182 / SP			
	18 CPF 261.950.658-11	19 Data de nascimento 04/09/1976	20 Nome da mãe EDNA MARIA DOS SANTOS				
DADOS DO CONTRATO	21 Remuneração p/ fins rescisórios 4.232,30	22 Data de admissão 27/10/2021	23 Data do Aviso Prévio 09/03/2022	24 Data de afastamento 08/04/2022			
	25 Causa do afastamento Demitido SEM justa causa		26 Cód. afastamento 01	27 Pensão alimentícia (%) 0,00	28 Categoria do trabalhador 01		
DISCRIMINAÇÃO DAS VERBAS RESCISÓRIAS	29 Aviso Prévio Indenizado 0,00	38 Comissões 0,00	DEDUÇÕES				
	30 Saldo salário 1 dias 1.048,79	39 Gratificações 0,00	47 Previdência 83,50				
	31 13º Salário 3/12 avos 1.072,31	40 Horas extras 0,00 horas 0,00	48 Previdência 13º salário 80,42				
	32 13º Sal. Indeniz. /12 avos 0,00	41 Adic. insalub./ periculosidade 64,64	49 Adiantamento 0,00				
	33 Férias vencidas 0,00	42	50 IRRF 254,60				
	34 Férias proporc. 5/12 avos 1.763,45	43	51				
	35 1/3 salário s/ férias 587,82	44	52				
	36 Salário família 0,00	45 Outros proventos 0,00	53 Outros descontos 0,00				
	37 Adicional noturno 0,00	46 TOTAL BRUTO 4.537,01	54 TOTAL DAS DEDUÇÕES 418,52				
			55 LÍQUIDO A RECEBER 4.118,49				
FORMALIZAÇÃO DA RESCISÃO	56 Local e data do recebimento		57 Carimbo e assinatura do empregador ou preposto				
	58 Assinatura do trabalhador		59 Assinatura do responsável				
	60 HOMOLOGAÇÃO Foi prestada, gratuitamente, assistência ao trabalhador, nos termos do art. 477, § 1º, da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, sendo comprovado, neste ato, o efetivo pagamento das verbas rescisórias acima especificadas. Local e data Carimbo e assinatura do assistente		61 Digital do trabalhador		62 Digital do responsável		
	63 Identificação do órgão homologador		64 Recepção pelo Banco (data e carimbo)				

A ASSISTÊNCIA NO ATO DE RESCISÃO CONTRATUAL É GRATUITA

Convênio Nº 0099/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE 090196
Conjunto Hospitalar do Mandaqui
Natureza de Despesa: Custeio

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
01/05/2022 - AUTOATENDIMENTO - 15.07.31
3062703062 SEGUNDA VIA 0013

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: ASSOC HOSP B BRASIL

AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.511-4

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA

REMETENTE : ASSOC HOSP B BRASIL

BANCO: 237 - BCO BRADESCO S.A.

AGENCIA: 2622-0 - AV.ENG.C.ALVARES-USP

CONTA: 259.503-6

FAVORECIDO: CAMILA OLIVEIRA AMORIM DOS SANTOS

CPF/CNPJ: 406.634.898-06

VALOR: R\$ 2.713,98

DEBITO EM: 14/04/2022

=====

DOCUMENTO: 041404

AUTENTICACAO SISBB: 2.F8A.BEB.3CE.C1D.A28

Convênio N° 0099/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE 090196
Conjunto Hospitalar do Mandaqui
Natureza de Despesa: Custeio

TERMO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR	01 CNPJ/CEI 45.349.461/0015-08		02 Razão Social/Nome ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL					
	03 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) AVENIDA AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 - SALA 12						04 Bairro JARDIM ARIANO	
	05 Município SAO PAULO			06 UF SP	07 CEP 16400-400	08 CNAE 8610-1/02	09 CNPJ/CEI Tomador/Obra	
IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR	10 PIS - PASEP 162.68649.68-1		11 Nome CAMILA OLIVEIRA AMORIM DOS SANTOS					
	12 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) Rua SEBASTIAO GONCALVES SILVA - CASA						13 Bairro SITIO DO MANDAQUI	
	14 Município SAO PAULO			15 UF SP	16 CEP 02542-010	17 Carteira de Trabalho (nº, série, UF) 93983 - 357 / SP		
	18 CPF 406.634.898-06		19 Data de nascimento 30/09/1992	20 Nome da mãe EDNALVA OLIVEIRA DOS SANTOS				
DADOS DO CONTRATO	21 Remuneração p/ fins rescisórios 2.573,70		22 Data de admissão 27/10/2021		23 Data do Aviso Prévio 09/03/2022		24 Data de afastamento 08/04/2022	
	25 Causa do afastamento Demitido SEM justa causa				26 Cód. afastamento 01		27 Pensão alimentícia (%) 0,00	28 Categoria do trabalhador 01
DISCRIMINAÇÃO DAS VERBAS RESCISÓRIAS	29 Aviso Prévio Indenizado 0,00		38 Comissões 0,00		DEDUÇÕES			
	30 Saldo salário 1 dias 546,79		39 Gratificações 0,00		47 Previdência 61,23			
	31 13º Salário 3/12 avos 653,99		40 Horas extras 0,00 horas 0,00		48 Previdência 13º salário 49,04			
	32 13º Sal. Indeniz. /12 avos 0,00		41 Adic. insalub./ periculosidade 64,64		49 Adiantamento 0,00			
	33 Férias vencidas 0,00		42		50 IRRF 76,05			
	34 Férias proporc. 5/12 avos 1.072,37		43		51			
	35 1/3 salário s/ férias 357,46		44		52			
	36 Salário família 0,00		45 Outros proventos 0,00		53 Outros descontos 0,00			
	37 Adicional noturno 205,05		46 TOTAL BRUTO 2.900,30		54 TOTAL DAS DEDUÇÕES 186,32			
					55 LÍQUIDO A RECEBER 2.713,98			
FORMALIZAÇÃO DA RESCISÃO	56 Local e data do recebimento				57 Carimbo e assinatura do empregador ou preposto			
	58 Assinatura do trabalhador				59 Assinatura do responsável			
	60 HOMOLOGAÇÃO Foi prestada, gratuitamente, assistência ao trabalhador, nos termos do art. 477, § 1º, da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, sendo comprovado, neste ato, o efetivo pagamento das verbas rescisórias acima especificadas. Local e data Carimbo e assinatura do assistente				61 Digital do trabalhador		62 Digital do responsável	
	63 Identificação do órgão homologador				64 Recepção pelo Banco (data e carimbo)			

A ASSISTÊNCIA NO ATO DE RESCISÃO CONTRATUAL É GRATUITA

Convênio Nº 0099/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE 090196
Conjunto Hospitalar do Mandaqui
Natureza de Despesa: Custeio

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
01/05/2022 - AUTOATENDIMENTO - 15.07.31
3062703062 SEGUNDA VIA 0021
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE
TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL
CLIENTE: ASSOC HOSP B BRASIL
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.511-4
=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : ASSOC HOSP B BRASIL
BANCO: 341 - ITAU UNIBANCO S.A.
AGENCIA: 0383-2 - S PAULO CARDOSO ALMEIDA
CONTA: 10.526-9

FAVORECIDO: CARLA CRISTINA DE PAULA MARCIANO
CPF/CNPJ: 174.917.258-56
VALOR: R\$ 2.284,54
DEBITO EM: 14/04/2022
=====

DOCUMENTO: 041405
AUTENTICACAO SISBB: B.5A4.E57.027.8C6.F69

Convênio N° 0099/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE 090196
Conjunto Hospitalar do Mandaqui
Natureza de Despesa: Custeio

TERMO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR	01 CNPJ/CEI 45.349.461/0015-08		02 Razão Social/Nome ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL					
	03 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) AVENIDA AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 - SALA 12						04 Bairro JARDIM ARIANO	
	05 Município SAO PAULO		06 UF SP	07 CEP 16400-400	08 CNAE 8610-1/02	09 CNPJ/CEI Tomador/Obra		
IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR	10 PIS - PASEP 124.57921.02-5		11 Nome CARLA CRISTINA DE PAULA MARCIANO					
	12 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) Rua SEIXAL - CASA 1						13 Bairro JARDIM SAO JOAO (ZONA NOR	
	14 Município SAO PAULO		15 UF SP	16 CEP 02365-120	17 Carteira de Trabalho (nº, série, UF) 36710 - 161 / SP			
	18 CPF 174.917.258-56		19 Data de nascimento 12/06/1976	20 Nome da mãe SUELY DOS SANTOS DE PAULA				
DADOS DO CONTRATO	21 Remuneração p/ fins rescisórios 2.292,85		22 Data de admissão 27/10/2021		23 Data do Aviso Prévio 09/03/2022		24 Data de afastamento 08/04/2022	
	25 Causa do afastamento Demitido SEM justa causa				26 Cód. afastamento 01		27 Pensão alimentícia (%) 0,00	
							28 Categoria do trabalhador 01	
DISCRIMINAÇÃO DAS VERBAS RESCISÓRIAS	29 Aviso Prévio Indenizado 0,00		38 Comissões 0,00		DEDUÇÕES			
	30 Saldo salário 1 dias 546,79		39 Gratificações 0,00		47 Previdência 45,85			
	31 13º Salário 3/12 avos 573,21		40 Horas extras 0,00 horas 0,00		48 Previdência 13º salário 42,99			
	32 13º Sal. Indeniz. /12 avos 0,00		41 Adic. insalub./ periculosidade 64,64		49 Adiantamento 0,00			
	33 Férias vencidas 0,00		42		50 IRRF 52,25			
	34 Férias proporc. 5/12 avos 955,35		43		51			
	35 1/3 salário s/ férias 318,45		44		52			
	36 Salário família 0,00		45 Outros proventos 0,00		53 Outros descontos 32,81			
	37 Adicional noturno 0,00		46 TOTAL BRUTO 2.458,44		54 TOTAL DAS DEDUÇÕES 173,90			
					55 LÍQUIDO A RECEBER 2.284,54			
FORMALIZAÇÃO DA RESCISÃO	56 Local e data do recebimento				57 Carimbo e assinatura do empregador ou preposto			
	58 Assinatura do trabalhador				59 Assinatura do responsável			
	60 HOMOLOGAÇÃO Foi prestada, gratuitamente, assistência ao trabalhador, nos termos do art. 477, § 1º, da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, sendo comprovado, neste ato, o efetivo pagamento das verbas rescisórias acima especificadas. Local e data Carimbo e assinatura do assistente				61 Digital do trabalhador		62 Digital do responsável	
	63 Identificação do órgão homologador				64 Recepção pelo Banco (data e carimbo)			

A ASSISTÊNCIA NO ATO DE RESCISÃO CONTRATUAL É GRATUITA

Convênio Nº 0099/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE 090196
Conjunto Hospitalar do Mandaqui
Natureza de Despesa: Custeio

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
01/05/2022 - AUTOATENDIMENTO - 15.07.31
3062703062 SEGUNDA VIA 0015

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: ASSOC HOSP B BRASIL

AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.511-4

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA

REMETENTE : ASSOC HOSP B BRASIL

BANCO: 033 - BCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

AGENCIA: 0197-X - SUZANO

CONTA: 1.012.897-1

FAVORECIDO: CRISTINA MACHADO DE BRITO

CPF/CNPJ: 042.870.778-57

VALOR: R\$ 2.294,37

DEBITO EM: 14/04/2022

=====

DOCUMENTO: 041406

AUTENTICACAO SISBB: 3.6C2.E98.E4C.946.F22

Convênio Nº 0099/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE 090196
Conjunto Hospitalar do Mandaqui
Natureza de Despesa: Custeio

TERMO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR	01 CNPJ/CEI 45.349.461/0015-08		02 Razão Social/Nome ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL					
	03 Endereço (logradouro, n°, andar, apartamento) AVENIDA AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 - SALA 12						04 Bairro JARDIM ARIANO	
	05 Município SAO PAULO			06 UF SP	07 CEP 16400-400	08 CNAE 8610-1/02	09 CNPJ/CEI Tomador/Obra	
	10 PIS - PASEP 108.90371.62-5		11 Nome CRISTINA MACHADO DE BRITO					
IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR	12 Endereço (logradouro, n°, andar, apartamento) Rua AREIAS - BLOCO F APT 02 CDHU						13 Bairro JARDIM CAMPOS	
	14 Município SAO PAULO			15 UF SP	16 CEP 08151-602	17 Carteira de Trabalho (n°, série, UF) 65832 - 050 / SP		
	18 CPF 042.870.778-57		19 Data de nascimento 18/02/1963	20 Nome da mãe LUZIA BRUNO MACHADO DE BRITO				
	21 Remuneração p/ fins rescisórios 2.292,85		22 Data de admissão 28/10/2021		23 Data do Aviso Prévio 09/03/2022		24 Data de afastamento 08/04/2022	
DADOS DO CONTRATO	25 Causa do afastamento Demitido SEM justa causa			26 Cód. afastamento 01		27 Pensão alimentícia (%) 0,00		28 Categoria do trabalhador 01
DISCRIMINAÇÃO DAS VERBAS RESCISÓRIAS	29 Aviso Prévio Indenizado 0,00		38 Comissões 0,00		47 Previdência 45,85			
	30 Saldo salário 1 dias 546,79		39 Gratificações 0,00		48 Previdência 13º salário 42,99			
	31 13º Salário 3/12 avos 573,21		40 Horas extras 0,00 horas 0,00		49 Adiantamento 0,00			
	32 13º Sal. Indeniz. /12 avos 0,00		41 Adic. insalub./ periculosidade 64,64		50 IRRF 42,42			
	33 Férias vencidas 0,00		42		51			
	34 Férias proporc. 5/12 avos 955,35		43		52			
	35 1/3 salário s/ férias 318,45		44		53 Outros descontos 32,81			
	36 Salário família 0,00		45 Outros proventos 0,00		54 TOTAL DAS DEDUÇÕES 164,07			
	37 Adicional noturno 0,00		46 TOTAL BRUTO 2.458,44		55 LÍQUIDO A RECEBER 2.294,37			
FORMALIZAÇÃO DA RESCISÃO	56 Local e data do recebimento				57 Carimbo e assinatura do empregador ou preposto			
	58 Assinatura do trabalhador				59 Assinatura do responsável			
	60 HOMOLOGAÇÃO Foi prestada, gratuitamente, assistência ao trabalhador, nos termos do art. 477, § 1º, da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, sendo comprovado, neste ato, o efetivo pagamento das verbas rescisórias acima especificadas. Local e data Carimbo e assinatura do assistente				61 Digital do trabalhador		62 Digital do responsável	
	63 Identificação do órgão homologador				64 Recepção pelo Banco (data e carimbo)			

A ASSISTÊNCIA NO ATO DE RESCISÃO CONTRATUAL É GRATUITA

Convênio Nº 0099/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE 090196
Conjunto Hospitalar do Mandaqui
Natureza de Despesa: Custeio

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
01/05/2022 - AUTOATENDIMENTO - 15.07.32
3062703062 SEGUNDA VIA 0014

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: ASSOC HOSP B BRASIL

AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.511-4

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA

REMETENTE : ASSOC HOSP B BRASIL

BANCO: 341 - ITAU UNIBANCO S.A.

AGENCIA: 7128-5 - SP VILA BRASILANDIA

CONTA: 25.525-9

FAVORECIDO: DAIANE GONCALVES MARTINS

CPF/CNPJ: 384.950.098-54

VALOR: R\$ 2.327,18

DEBITO EM: 14/04/2022

=====

DOCUMENTO: 041407

AUTENTICACAO SISBB: 4.75B.93B.7FE.C51.ED2

Convênio Nº 0099/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE 090196
Conjunto Hospitalar do Mandaqui
Natureza de Despesa: Custeio

TERMO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR	01 CNPJ/CEI 45.349.461/0015-08		02 Razão Social/Nome ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL					
	03 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) AVENIDA AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 - SALA 12						04 Bairro JARDIM ARIANO	
	05 Município SAO PAULO		06 UF SP	07 CEP 16400-400	08 CNAE 8610-1/02	09 CNPJ/CEI Tomador/Obra		
IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR	10 PIS - PASEP 204.84783.77-1		11 Nome DAIANE GONCALVES MARTINS					
	12 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) Rua FLOR DE LIS - CASA 4						13 Bairro BRASILANDIA	
	14 Município SAO PAULO		15 UF SP	16 CEP 02848-080	17 Carteira de Trabalho (nº, série, UF) 022481 - 00368 / SP			
	18 CPF 384.950.098-54	19 Data de nascimento 29/05/1993	20 Nome da mãe MARIA ODETE ANGELA GONÇALVES MARTINS					
DADOS DO CONTRATO	21 Remuneração p/ fins rescisórios 2.292,85		22 Data de admissão 27/10/2021		23 Data do Aviso Prévio 09/03/2022		24 Data de afastamento 08/04/2022	
	25 Causa do afastamento Demitido SEM justa causa				26 Cód. afastamento 01	27 Pensão alimentícia (%) 0,00	28 Categoria do trabalhador 01	
DISCRIMINAÇÃO DAS VERBAS RESCISÓRIAS	29 Aviso Prévio Indenizado 0,00		38 Comissões 0,00		47 Previdência 45,85			
	30 Saldo salário 1 dias 546,79		39 Gratificações 0,00		48 Previdência 13º salário 42,99			
	31 13º Salário 3/12 avos 573,21		40 Horas extras 0,00 horas 0,00		49 Adiantamento 0,00			
	32 13º Sal. Indeniz. /12 avos 0,00		41 Adic. insalub./ periculosidade 64,64		50 IRRF 42,42			
	33 Férias vencidas 0,00		42		51			
	34 Férias proporc. 5/12 avos 955,35		43		52			
	35 1/3 salário s/ férias 318,45		44		53 Outros descontos 0,00			
	36 Salário família 0,00		45 Outros proventos 0,00		54 TOTAL DAS DEDUÇÕES 131,26			
	37 Adicional noturno 0,00		46 TOTAL BRUTO 2.458,44		55 LÍQUIDO A RECEBER 2.327,18			
	38		47		48			
FORMALIZAÇÃO DA RESCISÃO	56 Local e data do recebimento				57 Carimbo e assinatura do empregador ou preposto			
	58 Assinatura do trabalhador				59 Assinatura do responsável			
	60 HOMOLOGAÇÃO Foi prestada, gratuitamente, assistência ao trabalhador, nos termos do art. 477, § 1º, da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, sendo comprovado, neste ato, o efetivo pagamento das verbas rescisórias acima especificadas. Local e data Carimbo e assinatura do assistente				61 Digital do trabalhador		62 Digital do responsável	
	63 Identificação do órgão homologador				64 Recepção pelo Banco (data e carimbo)			

A ASSISTÊNCIA NO ATO DE RESCISÃO CONTRATUAL É GRATUITA

Convênio Nº 0099/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE 090196
Conjunto Hospitalar do Mandaqui
Natureza de Despesa: Custeio

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
01/05/2022 - AUTOATENDIMENTO - 15.07.32
3062703062 SEGUNDA VIA 0022
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: ASSOC HOSP B BRASIL

AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.511-4

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA

REMETENTE : ASSOC HOSP B BRASIL

BANCO: 237 - BCO BRADESCO S.A.

AGENCIA: 2271-3 - JD.BELA VISTA-U.OSAS

CONTA: 16.467-4

FAVORECIDO: DANIELA LEANDRO

CPF/CNPJ: 253.882.148-77

VALOR: R\$ 4.668,43

DEBITO EM: 14/04/2022

=====

DOCUMENTO: 041408

AUTENTICACAO SISBB: A.FCB.46D.3AA.EE3.29D

TERMO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR	01 CNPJ/CEI 45.349.461/0015-08		02 Razão Social/Nome ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL					
	03 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) AVENIDA AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 - SALA 12						04 Bairro JARDIM ARIANO	
	05 Município SAO PAULO			06 UF SP	07 CEP 16400-400	08 CNAE 8610-1/02	09 CNPJ/CEI Tomador/Obra	
IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR	10 PIS - PASEP 125.83263.93-7		11 Nome DANIELA LEANDRO					
	12 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) Avenida JOSE JULIO - APTO 124						13 Bairro JAGUARIBE	
	14 Município OSASCO			15 UF SP	16 CEP 06050-300	17 Carteira de Trabalho (nº, série, UF) 11663 - 00223 / SP		
	18 CPF 253.882.148-77		19 Data de nascimento 22/03/1978	20 Nome da mãe LUZIA TEREZA LEANDRO				
DADOS DO CONTRATO	21 Remuneração p/ fins rescisórios 4.623,48		22 Data de admissão 28/10/2021		23 Data do Aviso Prévio 09/03/2022		24 Data de afastamento 08/04/2022	
	25 Causa do afastamento Demitido SEM justa causa				26 Cód. afastamento 01	27 Pensão alimentícia (%) 0,00		28 Categoria do trabalhador 01
DISCRIMINAÇÃO DAS VERBAS RESCISÓRIAS	29 Aviso Prévio Indenizado 0,00		38 Comissões 0,00		DEDUÇÕES			
	30 Saldo salário 1 dias 1.048,79		39 Gratificações 0,00		47 Previdência 117,42			
	31 13º Salário 3/12 avos 1.153,49		40 Horas extras 0,00 horas 0,00		48 Previdência 13º salário 86,51			
	32 13º Sal. Indeniz. /12 avos 0,00		41 Adic. insalub./ periculosidade 64,64		49 Adiantamento 0,00			
	33 Férias vencidas 0,00		42		50 IRRF 356,46			
	34 Férias proporc. 5/12 avos 1.926,45		43		51			
	35 1/3 salário s/ férias 642,15		44		52			
	36 Salário família 0,00		45 Outros proventos 0,00		53 Outros descontos 0,00			
	37 Adicional noturno 393,30		46 TOTAL BRUTO 5.228,82		54 TOTAL DAS DEDUÇÕES 560,39			
					55 LÍQUIDO A RECEBER 4.668,43			
FORMALIZAÇÃO DA RESCISÃO	56 Local e data do recebimento				57 Carimbo e assinatura do empregador ou preposto			
	58 Assinatura do trabalhador				59 Assinatura do responsável			
	60 HOMOLOGAÇÃO Foi prestada, gratuitamente, assistência ao trabalhador, nos termos do art. 477, § 1º, da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, sendo comprovado, neste ato, o efetivo pagamento das verbas rescisórias acima especificadas. Local e data Carimbo e assinatura do assistente				61 Digital do trabalhador		62 Digital do responsável	
	63 Identificação do órgão homologador				64 Recepção pelo Banco (data e carimbo)			

A ASSISTÊNCIA NO ATO DE RESCISÃO CONTRATUAL É GRATUITA

Convênio Nº 0099/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE 090196
Conjunto Hospitalar do Mandaqui
Natureza de Despesa: Custeio

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
01/05/2022 - AUTOATENDIMENTO - 15.07.32
3062703062 SEGUNDA VIA 0017

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: ASSOC HOSP B BRASIL

AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.511-4

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA

REMETENTE : ASSOC HOSP B BRASIL

BANCO: 341 - ITAU UNIBANCO S.A.

AGENCIA: 0064-7 - S PAULO BAIRRO B RETIRO

CONTA: 15.567-4

FAVORECIDO: DANIEVERTON SOUZA COLOMBO

CPF/CNPJ: 433.008.308-69

VALOR: R\$ 2.802,48

DEBITO EM: 14/04/2022

=====

DOCUMENTO: 041409

AUTENTICACAO SISBB: A.A10.51F.0AC.A69.486

Convênio Nº 0099/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE 090196
Conjunto Hospitalar do Mandaqui
Natureza de Despesa: Custeio

TERMO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR	01 CNPJ/CEI 45.349.461/0015-08		02 Razão Social/Nome ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL					
	03 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) AVENIDA AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 - SALA 12						04 Bairro JARDIM ARIANO	
	05 Município SAO PAULO			06 UF SP	07 CEP 16400-400	08 CNAE 8610-1/02	09 CNPJ/CEI Tomador/Obra	
	10 PIS - PASEP 140.15210.82-0		11 Nome DANIEVERTON SOUZA COLOMBO					
IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR	12 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) Rua RIO DO FUNIL - CASA						13 Bairro JARDIM CASA PINTADA	
	14 Município SAO PAULO			15 UF SP	16 CEP 08040-475	17 Carteira de Trabalho (nº, série, UF) 089863 - 00365 / SP		
	18 CPF 433.008.308-69		19 Data de nascimento 05/07/1997		20 Nome da mãe WILMA MARKS SOUZA COLOMBO			
	21 Remuneração p/ fins rescisórios 2.292,85		22 Data de admissão 28/10/2021		23 Data do Aviso Prévio 09/03/2022		24 Data de afastamento 08/04/2022	
DADOS DO CONTRATO	25 Causa do afastamento Demitido SEM justa causa				26 Cod. afastamento 01		27 Pensão alimentícia (%) 0,00	
							28 Categoria do trabalhador 01	
DISCRIMINAÇÃO DAS VERBAS RESCISÓRIAS	29 Aviso Prévio Indenizado 0,00		38 Comissões 0,00		DEDUÇÕES			
	30 Saldo salário 1 dias 546,79		39 Gratificações 0,00		47 Previdência 90,07			
	31 13º Salário 3/12 avos 573,21		40 Horas extras 33,00 horas 515,89		48 Previdência 13º salário 42,99			
	32 13º Sal. Indeniz. /12 avos 0,00		41 Adic. insalub./ periculosidade 64,64		49 Adiantamento 0,00			
	33 Férias vencidas 0,00		42		50 IRRF 112,49			
	34 Férias proporc. 5/12 avos 955,35		43		51			
	35 1/3 salário s/ férias 318,45		44		52			
	36 Salário família 0,00		45 Outros proventos 73,70		53 Outros descontos 0,00			
	37 Adicional noturno 0,00		46 TOTAL BRUTO 3.048,03		54 TOTAL DAS DEDUÇÕES 245,55			
					55 LÍQUIDO A RECEBER 2.802,48			
FORMALIZAÇÃO DA RESCISÃO	56 Local e data do recebimento				57 Carimbo e assinatura do empregador ou preposto			
	58 Assinatura do trabalhador				59 Assinatura do responsável			
	60 HOMOLOGAÇÃO Foi prestada, gratuitamente, assistência ao trabalhador, nos termos do art. 477, § 1º, da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, sendo comprovado, neste ato, o efetivo pagamento das verbas rescisórias acima especificadas. Local e data Carimbo e assinatura do assistente				61 Digital do trabalhador		62 Digital do responsável	
	63 Identificação do órgão homologador				64 Recepção pelo Banco (data e carimbo)			

A ASSISTÊNCIA NO ATO DE RESCISÃO CONTRATUAL É GRATUITA

Convênio Nº 0099/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria da Estado da Saúde - UGE 090196
Conjunto Hospitalar do Mandaqui
Natureza de Despesa: Custeio

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
01/05/2022 - AUTOATENDIMENTO - 15.07.32
3062703062 SEGUNDA VIA 0016

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: ASSOC HOSP B BRASIL

AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.511-4

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA

REMETENTE : ASSOC HOSP B BRASIL

BANCO: 033 - BCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

AGENCIA: 0201-1 - CONSOLACAO

CONTA: 2.008.025-4

FAVORECIDO: DIEGO ROBERTO MACHADO

CPF/CNPJ: 362.224.678-22

VALOR: R\$ 3.194,83

DEBITO EM: 14/04/2022

=====

DOCUMENTO: 041410

AUTENTICACAO SISBB: 1.F9F.036.701.DC1.B2A

TERMO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR	01 CNPJ/CEI 45.349.461/0015-08		02 Razão Social/Nome ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL					
	03 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) AVENIDA AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 - SALA 12						04 Bairro JARDIM ARIANO	
	05 Município SAO PAULO			06 UF SP	07 CEP 16400-400	08 CNAE 8610-1/02	09 CNPJ/CEI Tomador/Obra	
	10 PIS - PASEP 135.45697.81-8		11 Nome DIEGO ROBERTO MACHADO					
IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR	12 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) Rua PACO IMPERIAL - CASA						13 Bairro JARDIM SANTA TEREZINHA (ZC	
	14 Município SAO PAULO			15 UF SP	16 CEP 03572-040	17 Carteira de Trabalho (nº, série, UF) 7257 - 00306 / SP		
	18 CPF 362.224.678-22	19 Data de nascimento 27/09/1988	20 Nome da mãe MARIA REGINA DA ROCHA MACHADO					
	21 Remuneração p/ fins rescisórios 4.528,13		22 Data de admissão 27/10/2021	23 Data do Aviso Prévio 09/03/2022		24 Data de afastamento 08/04/2022		
DADOS DO CONTRATO	25 Causa do afastamento Demitido SEM justa causa			26 Cód. afastamento 01	27 Pensão alimentícia (%) 0,00	28 Categoria do trabalhador 01		
DISCRIMINAÇÃO DAS VERBAS RESCISÓRIAS	29 Aviso Prévio Indenizado	0,00	38 Comissões	0,00	DEDUÇÕES			
	30 Saldo salário 1 dias	1.048,79	39 Gratificações	0,00	47 Previdência	83,50		
	31 13º Salário 3/12 avos	1.101,05	40 Horas extras 0,00 horas	0,00	48 Previdência 13º salário	82,57		
	32 13º Sal. Indeniz. /12 avos	0,00	41 Adic. insalub./ periculosidade	64,64	49 Adiantamento	0,00		
	33 Férias vencidas	0,00			50 IRRF	0,00		
	34 Férias proporc. 5/12 avos	1.886,72			51			
	35 1/3 salário s/ férias	628,91	44		52			
	36 Salário família	0,00	45 Outros proventos	0,00	53 Outros descontos	1.369,21		
	37 Adicional noturno	0,00	46 TOTAL BRUTO	4.730,11	54 TOTAL DAS DEDUÇÕES	1.535,28		
					55 LÍQUIDO A RECEBER	3.194,83		
FORMALIZAÇÃO DA RESCISÃO	56 Local e data do recebimento			57 Carimbo e assinatura do empregador ou preposto				
	58 Assinatura do trabalhador			59 Assinatura do responsável				
	60 HOMOLOGAÇÃO Foi prestada, gratuitamente, assistência ao trabalhador, nos termos do art. 477, § 1º, da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, sendo comprovado, neste ato, o efetivo pagamento das verbas rescisórias acima especificadas. Local e data Carimbo e assinatura do assistente			61 Digital do trabalhador		62 Digital do responsável		
	63 Identificação do órgão homologador			64 Recepção pelo Banco (data e carimbo)				

A ASSISTÊNCIA NO ATO DE RESCISÃO CONTRATUAL É GRATUITA

Convênio Nº 0099/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE 090196
Conjunto Hospitalar do Mandaqui
Natureza de Despesa: Custeio

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
01/05/2022 - AUTOATENDIMENTO - 15.07.32
3062703062 SEGUNDA VIA 0025

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: ASSOC HOSP B BRASIL

AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.511-4

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA

REMETENTE : ASSOC HOSP B BRASIL

BANCO: 104 - CAIXA ECONOMICA FEDERAL

AGENCIA: 0605-X - SAO MIGUEL PAULISTA

CONTA: 20.868-0

FAVORECIDO: DIVANIA ROCHA DOS SANTOS MENEZES

CPF/CNPJ: 804.720.013-53

VALOR: R\$ 2.340,57

DEBITO EM: 14/04/2022

=====

DOCUMENTO: 041411

AUTENTICACAO SISBB: 9.97B.BD7.227.435.668

TERMO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR	01 CNPJ/CEI 45.349.461/0015-08		02 Razão Social/Nome ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL					
	03 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) AVENIDA AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 - SALA 12						04 Bairro JARDIM ARIANO	
	05 Município SAO PAULO			06 UF SP	07 CEP 16400-400	08 CNAE 8610-1/02	09 CNPJ/CEI Tomador/Obra	
	10 PIS - PASEP 209.78814.45-7		11 Nome DIVANIA ROCHA DOS SANYOS MENEZES					
IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR	12 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) Rua CAMBARA - APARTAMENTO						13 Bairro JARDIM ARACARE	
	14 Município ITAQUAQUECETUBA			15 UF SP	16 CEP 08574-150	17 Carteira de Trabalho (nº, série, UF) 044542 - 00043 / CE		
	18 CPF 804.720.013-53		19 Data de nascimento 03/11/1976		20 Nome da mãe MARIA ALECI ROCHA MATIAS			
	21 Remuneração p/ fins rescisórios 2.292,85		22 Data de admissão 27/10/2021		23 Data do Aviso Prévio 09/03/2022		24 Data de afastamento 08/04/2022	
DADOS DO CONTRATO	25 Causa do afastamento Demitido SEM justa causa			26 Cód. afastamento 01		27 Pensão alimentícia (%) 0,00		28 Categoria do trabalhador 01
DISCRIMINAÇÃO DAS VERBAS RESCISÓRIAS	29 Aviso Prévio Indenizado 0,00		38 Comissões 0,00		DEDUÇÕES			
	30 Saldo salário 1 dias 546,79		39 Gratificações 0,00		47 Previdência 45,85			
	31 13º Salário 3/12 avos 573,21		40 Horas extras 0,00 horas 0,00		48 Previdência 13º salário 42,99			
	32 13º Sal. Indeniz. /12 avos 0,00		41 Adic. insalub./ periculosidade 64,64		49 Adiantamento 0,00			
	33 Férias vencidas 0,00		42		50 IRRF 29,03			
	34 Férias proporc. 5/12 avos 955,35		43		51			
	35 1/3 salário s/ férias 318,45		44		52			
	36 Salário família 0,00		45 Outros proventos 0,00		53 Outros descontos 0,00			
	37 Adicional noturno 0,00		46 TOTAL BRUTO 2.458,44		54 TOTAL DAS DEDUÇÕES 117,87			
					55 LIQUIDO A RECEBER 2.340,57			
FORMALIZAÇÃO DA RESCISÃO	56 Local e data do recebimento				57 Carimbo e assinatura do empregador ou preposto			
	58 Assinatura do trabalhador				59 Assinatura do responsável			
	60 HOMOLOGAÇÃO Foi prestada, gratuitamente, assistência ao trabalhador, nos termos do art. 477, § 1º, da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, sendo comprovado, neste ato, o efetivo pagamento das verbas rescisórias acima especificadas. Local e data Carimbo e assinatura do assistente				61 Digital do trabalhador		62 Digital do responsável	
	63 Identificação do órgão homologador				64 Recepção pelo Banco (data e carimbo)			

A ASSISTÊNCIA NO ATO DE RESCISÃO CONTRATUAL É GRATUITA

Convênio N° 0099/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE 090196
Conjunto Hospitalar do Mandaqui
Natureza de Despesa: Custeio

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
01/05/2022 - AUTOATENDIMENTO - 15.07.32
3062703062 SEGUNDA VIA 0016

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: ASSOC HOSP B BRASIL

AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.511-4

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA

REMETENTE : ASSOC HOSP B BRASIL

BANCO: 341 - ITAU UNIBANCO S.A.

AGENCIA: 6253-7 - SUZANO/R.BENJAMIN CONSTANT

CONTA: 67.896-2

FAVORECIDO: EDERSON ALVES DE SOUZA

CPF/CNPJ: 295.927.148-35

VALOR: R\$ 2.648,79

DEBITO EM: 14/04/2022

=====

DOCUMENTO: 041412

AUTENTICACAO SISBB: C.E48.FA1.648.F8E.ADC

TERMO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR	01 CNPJ/CEI 45.349.461/0015-08		02 Razão Social/Nome ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL					
	03 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) AVENIDA AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 - SALA 12						04 Bairro JARDIM ARIANO	
	05 Município SAO PAULO		06 UF SP	07 CEP 16400-400	08 CNAE 8610-1/02	09 CNPJ/CEI Tomador/Obra		
IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR	10 PIS - PASEP 128.86340.81-4		11 Nome EDERSON ALVES DE SOUZA					
	12 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) Rua ISABEL CASTANHEDA MAYER - CASA						13 Bairro PARQUE RESIDENCIAL CASA B	
	14 Município SUZANO		15 UF SP	16 CEP 08663-360	17 Carteira de Trabalho (nº, série, UF) 88302 - 224 / SP			
	18 CPF 295.927.148-35		19 Data de nascimento 03/10/1979	20 Nome da mãe FABIULA ALVES TEIXEIRA				
DADOS DO CONTRATO	21 Remuneração p/ fins rescisórios 2.604,77		22 Data de admissão 27/10/2021		23 Data do Aviso Prévio 09/03/2022		24 Data de afastamento 08/04/2022	
	25 Causa do afastamento Demitido SEM justa causa				26 Cod. afastamento 01	27 Pensão alimentícia (%) 0,00	28 Categoria do trabalhador 01	
DISCRIMINAÇÃO DAS VERBAS RESCISÓRIAS	29 Aviso Prévio Indenizado 0,00		38 Comissões 0,00		47 Previdência 52,42			
	30 Saldo salário 1 dias 546,79		39 Gratificações 0,00		48 Previdência 13º salário 50,26			
	31 13º Salário 3/12 avos 670,14		40 Horas extras 0,00 horas 0,00		49 Adiantamento 0,00			
	32 13º Sal. Indeniz. /12 avos 0,00		41 Adic. insalub. / periculosidade 56,56		50 IRRF 64,80			
	33 Férias vencidas 0,00		42		51			
	34 Férias proporc. 5/12 avos 1.085,32		43		52			
	35 1/3 salário s/ férias 361,77		44		53 Outros descontos 68,35			
	36 Salário família 0,00		45 Outros proventos 0,00		54 TOTAL DAS DEDUÇÕES 235,83			
	37 Adicional noturno 164,04		46 TOTAL BRUTO 2.884,62		55 LÍQUIDO A RECEBER 2.648,79			
	FORMALIZAÇÃO DA RESCISÃO	56 Local e data do recebimento				57 Carimbo e assinatura do empregador ou preposto		
58 Assinatura do trabalhador				59 Assinatura do responsável				
60 HOMOLOGAÇÃO Foi prestada, gratuitamente, assistência ao trabalhador, nos termos do art. 477, § 1º, da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, sendo comprovado, neste ato, o efetivo pagamento das verbas rescisórias acima especificadas. Local e data Carimbo e assinatura do assistente				61 Digital do trabalhador		62 Digital do responsável		
63 Identificação do órgão homologador				64 Recepção pelo Banco (data e carimbo)				

A ASSISTÊNCIA NO ATO DE RESCISÃO CONTRATUAL É GRATUITA

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
01/05/2022 - AUTOATENDIMENTO - 15.07.32
3062703062 SEGUNDA VIA 0019

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: ASSOC HOSP B BRASIL

AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.511-4

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA

REMETENTE : ASSOC HOSP B BRASIL

BANCO: 033 - BCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

AGENCIA: 0120-1 - PINHEIROS

CONTA: 1.062.368-7

FAVORECIDO: RAIZA RODRIGUES DA SILVA

CPF/CNPJ: 451.157.198-86

VALOR: R\$ 2.294,37

DEBITO EM: 14/04/2022

=====

DOCUMENTO: 041413

AUTENTICACAO SISBB: 0.6A3.C5B.3BB.C82.9CD

TERMO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR	01 CNPJ/CEI 45.349.461/0015-08		02 Razão Social/Nome ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL					
	03 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) AVENIDA AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 - SALA 12						04 Bairro JARDIM ARIANO	
	05 Município SAO PAULO			06 UF SP	07 CEP 16400-400	08 CNAE 8610-1/02	09 CNPJ/CEI Tomador/Obra	
	10 PIS - PASEP 167.55679.73-0		11 Nome RAIZA RODRIGUES DA SILVA					
IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR	12 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) RUA JOSE DONOLA - CASA						13 Bairro ESTANCIA LAGO AZUL	
	14 Município FRANCO DA ROCHA			15 UF SP	16 CEP 07866-120	17 Carteira de Trabalho (nº, série, UF) 29525 - 00371 / SP		
	18 CPF 451.157.198-86	19 Data de nascimento 30/11/1993	20 Nome da mãe IANI ALVES DA SILVA					
	21 Remuneração p/ fins rescisórios 2.292,85		22 Data de admissão 27/10/2021		23 Data do Aviso Prévio 09/03/2022		24 Data de afastamento 08/04/2022	
DADOS DO CONTRATO	25 Causa do afastamento Demitido SEM justa causa				26 Cód. afastamento 01		27 Pensão alimentícia (%) 0,00	
							28 Categoria do trabalhador 01	
DISCRIMINAÇÃO DAS VERBAS RESCISÓRIAS	29 Aviso Prévio Indenizado 0,00		38 Comissões 0,00		DEDUÇÕES			
	30 Saldo salário 1 dias 546,79		39 Gratificações 0,00		47 Previdência 45,85			
	31 13º Salário 3/12 avos 573,21		40 Horas extras 0,00 horas 0,00		48 Previdência 13º salário 42,99			
	32 13º Sal. Indeniz. /12 avos 0,00		41 Adic. insalub./ periculosidade 64,64		49 Adiantamento 0,00			
	33 Férias vencidas 0,00		42		50 IRRF 42,42			
	34 Férias proporc. 5/12 avos 955,35		43		51			
	35 1/3 salário s/ férias 318,45		44		52			
	36 Salário família 0,00		45 Outros proventos 0,00		53 Outros descontos 32,81			
	37 Adicional noturno 0,00		46 TOTAL BRUTO 2.458,44		54 TOTAL DAS DEDUÇÕES 164,07			
					55 LÍQUIDO A RECEBER 2.294,37			
FORMALIZAÇÃO DA RESCISÃO	56 Local e data do recebimento				57 Carimbo e assinatura do empregador ou preposto			
	58 Assinatura do trabalhador				59 Assinatura do responsável			
	60 HOMOLOGAÇÃO Foi prestada, gratuitamente, assistência ao trabalhador, nos termos do art. 477, § 1º, da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, sendo comprovado, neste ato, o efetivo pagamento das verbas rescisórias acima especificadas. Local e data Carimbo e assinatura do assistente				61 Digital do trabalhador		62 Digital do responsável	
	63 Identificação do órgão homologador				64 Recepção pelo Banco (data e carimbo)			

A ASSISTÊNCIA NO ATO DE RESCISÃO CONTRATUAL É GRATUITA

Convênio Nº 0099/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE 090196
Conjunto Hospitalar do Mandaqui
Natureza de Despesa: Custeio

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
01/05/2022 - AUTOATENDIMENTO - 15.07.32
3062703062 SEGUNDA VIA 0020

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: ASSOC HOSP B BRASIL

AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.511-4

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA

REMETENTE : ASSOC HOSP B BRASIL

BANCO: 033 - BCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

AGENCIA: 0935-0 - ALTO DE SANTANA CAP SP

CONTA: 1.007.508-0

FAVORECIDO: ELENI MARCIA SANTOS CARDIM

CPF/CNPJ: 348.707.018-98

VALOR: R\$ 2.340,57

DEBITO EM: 14/04/2022

=====

DOCUMENTO: 041414

AUTENTICACAO SISBB: E.988.ACD.920.7AF.E63

Convênio N° 0099/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE 090196
Conjunto Hospitalar do Mandaqui
Natureza de Despesa: Custeio

TERMO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR	01 CNPJ/CEI 45.349.461/0015-08		02 Razão Social/Nome ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL					
	03 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) AVENIDA AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 - SALA 12						04 Bairro JARDIM ARIANO	
	05 Município SAO PAULO			06 UF SP	07 CEP 16400-400	08 CNAE 8610-1/02	09 CNPJ/CEI Tomador/Obra	
IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR	10 PIS - PASEP 209.79876.44-8		11 Nome ELENI MARCIA SANTOS CARDIM					
	12 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) Rua MILTON VARGAS DA SILVA - CASA						13 Bairro CIDADE TIRADENTES	
	14 Município SAO PAULO			15 UF SP	16 CEP 08471-070	17 Carteira de Trabalho (nº, série, UF) 28681 - 00434 / SP		
	18 CPF 348.707.018-98		19 Data de nascimento 15/08/1984	20 Nome da mãe APARECIDA FERREIRA DOS SANTOS				
DADOS DO CONTRATO	21 Remuneração p/ fins rescisórios 2.292,85		22 Data de admissão 28/10/2021		23 Data do Aviso Prévio 09/03/2022		24 Data de afastamento 08/04/2022	
	25 Causa do afastamento Demitido SEM justa causa				26 Cód. afastamento 01		27 Pensão alimentícia (%) 0,00	
DISCRIMINAÇÃO DAS VERBAS RESCISÓRIAS	29 Aviso Prévio Indenizado 0,00		38 Comissões 0,00		DEDUÇÕES			
	30 Saldo salário 1 dias 546,79		39 Gratificações 0,00		47 Previdência		45,85	
	31 13º Salário 3/12 avos 573,21		40 Horas extras 0,00 horas 0,00		48 Previdência 13º salário		42,99	
	32 13º Sal. Indeniz. /12 avos 0,00		41 Adic. insalub./ periculosidade 64,64		49 Adiantamento		0,00	
	33 Férias vencidas 0,00		42		50 IRRF		29,03	
	34 Férias proporc. 5/12 avos 955,35		43		51			
	35 1/3 salário s/ férias 318,45		44		52			
	36 Salário família 0,00		45 Outros proventos 0,00		53 Outros descontos		0,00	
	37 Adicional noturno 0,00		46 TOTAL BRUTO 2.458,44		54 TOTAL DAS DEDUÇÕES 117,87			
					55 LÍQUIDO A RECEBER 2.340,57			
FORMALIZAÇÃO DA RESCISÃO	56 Local e data do recebimento				57 Carimbo e assinatura do empregador ou preposto			
	58 Assinatura do trabalhador				59 Assinatura do responsável			
	60 HOMOLOGAÇÃO Foi prestada, gratuitamente, assistência ao trabalhador, nos termos do art. 477, § 1º, da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, sendo comprovado, neste ato, o efetivo pagamento das verbas rescisórias acima especificadas. Local e data Carimbo e assinatura do assistente				61 Digital do trabalhador		62 Digital do responsável	
	63 Identificação do órgão homologador				64 Recepção pelo Banco (data e carimbo)			

A ASSISTÊNCIA NO ATO DE RESCISÃO CONTRATUAL É GRATUITA

Convênio Nº 0099/2021
 Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
 Secretaria de Estado da Saúde - UGE 090196
 Conjunto Hospitalar do Mandaqui
 Natureza de Despesa: Custeio

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
01/05/2022 - AUTOATENDIMENTO - 15.07.32
3062703062 SEGUNDA VIA 0012
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE
TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL
CLIENTE: ASSOC HOSP B BRASIL
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.511-4
=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : ASSOC HOSP B BRASIL
BANCO: 237 - BCO BRADESCO S.A.
AGENCIA: 2622-0 - AV.ENG.C.ALVARES-USP
CONTA: 26.506-3

FAVORECIDO: ELISABETH DE SOUZA FELINTO
CPF/CNPJ: 260.916.548-02
VALOR: R\$ 2.726,39
DEBITO EM: 14/04/2022
=====

DOCUMENTO: 041415
AUTENTICACAO SISBB: D.1E5.A70.314.42C.115

TERMO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR	01 CNPJ/CEI 45.349.461/0015-08		02 Razão Social/Nome ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL					
	03 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) AVENIDA AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 - SALA 12						04 Bairro JARDIM ARIANO	
	05 Município SAO PAULO			06 UF SP	07 CEP 16400-400	08 CNAE 8610-1/02	09 CNPJ/CEI Tomador/Obra	
	10 PIS - PASEP 125.49505.36-2		11 Nome ELISABETH DE SOUZA FELINTO					
IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR	12 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) Rua NECO NUNES - CASA						13 Bairro VILA ROMERO	
	14 Município SAO PAULO			15 UF SP	16 CEP 02468-090	17 Carteira de Trabalho (nº, série, UF) 75317 - 788 / SP		
	18 CPF 260.916.548-02	19 Data de nascimento 06/05/1963	20 Nome da mãe LEONOR DE SOUZA					
DADOS DO CONTRATO	21 Remuneração p/ fins rescisórios 2.594,20		22 Data de admissão 27/10/2021		23 Data do Aviso Prévio 09/03/2022		24 Data de afastamento 08/04/2022	
	25 Causa do afastamento Demitido SEM justa causa				26 Cód. afastamento 01	27 Pensão alimentícia (%) 0,00	28 Categoria do trabalhador 01	
DISCRIMINAÇÃO DAS VERBAS RESCISÓRIAS	29 Aviso Prévio Indenizado 0,00		38 Comissões 0,00		DEDUÇÕES			
	30 Saldo salário 1 dias 546,79		39 Gratificações 0,00		47 Previdência 61,23			
	31 13º Salário 3/12 avos 662,69		40 Horas extras 0,00 horas 0,00		48 Previdência 13º salário 49,70			
	32 13º Sal. Indeniz. /12 avos 0,00		41 Adic. insalub./ periculosidade 64,64		49 Adiantamento 0,00			
	33 Férias vencidas 0,00		42		50 IRRF 83,06			
	34 Férias proporc. 5/12 avos 1.080,91		43		51			
	35 1/3 salário s/ férias 360,30		44		52			
	36 Salário família 0,00		45 Outros proventos 0,00		53 Outros descontos 0,00			
	37 Adicional noturno 205,05		46 TOTAL BRUTO 2.920,38		54 TOTAL DAS DEDUÇÕES 193,99			
					55 LÍQUIDO A RECEBER 2.726,39			
FORMALIZAÇÃO DA RESCISÃO	56 Local e data do recebimento				57 Carimbo e assinatura do empregador ou preposto			
	58 Assinatura do trabalhador				59 Assinatura do responsável			
	60 HOMOLOGAÇÃO Foi prestada, gratuitamente, assistência ao trabalhador, nos termos do art. 477, § 1º, da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, sendo comprovado, neste ato, o efetivo pagamento das verbas rescisórias acima especificadas. Local e data Carimbo e assinatura do assistente				61 Digital do trabalhador		62 Digital do responsável	
	63 Identificação do órgão homologador				64 Recepção pelo Banco (data e carimbo)			

A ASSISTÊNCIA NO ATO DE RESCISÃO CONTRATUAL É GRATUITA

Convênio Nº 0099/2021
 Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
 Secretaria de Estado da Saúde - UGE 090196
 Conjunto Hospitalar do Mandaqui
 Natureza de Despesa: Custeio

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
01/05/2022 - AUTOATENDIMENTO - 15.07.32
3062703062 SEGUNDA VIA 0021

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: ASSOC HOSP B BRASIL

AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.511-4

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA

REMETENTE : ASSOC HOSP B BRASIL

BANCO: 237 - BCO BRADESCO S.A.

AGENCIA: 2207-1 - RIO PEQUENO URB.S.P.

CONTA: 38.634-0

FAVORECIDO: GABRIEL LIMA DE JESUS CARVALHO

CPF/CNPJ: 503.458.638-01

VALOR: R\$ 2.327,18

DEBITO EM: 14/04/2022

=====

DOCUMENTO: 041416

AUTENTICACAO SISBB: C.20D.93D.819.6C7.6CB

TERMO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR	01 CNPJ/CEI 45.349.461/0015-08		02 Razão Social/Nome ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL					
	03 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) AVENIDA AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 - SALA 12						04 Bairro JARDIM ARIANO	
	05 Município SAO PAULO		06 UF SP	07 CEP 16400-400	08 CNAE 8610-1/02	09 CNPJ/CEI Tomador/Obra		
IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR	10 PIS - PASEP 132.72262.17-1		11 Nome GABRIEL LIMA DE JESUS CARVALHO					
	12 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) Rua PAULO AUGUSTO SIGNORE - CASA B						13 Bairro VILA DALVA	
	14 Município SAO PAULO		15 UF SP	16 CEP 05388-090	17 Carteira de Trabalho (nº, série, UF) 08297 - 00438 / SP			
	18 CPF 503.458.638-01		19 Data de nascimento 11/12/2001	20 Nome da mãe RENATA LIMA DE JESUS				
DADOS DO CONTRATO	21 Remuneração p/ fins rescisórios 2.292,85		22 Data de admissão 28/10/2021		23 Data do Aviso Prévio 09/03/2022		24 Data de afastamento 08/04/2022	
	25 Causa do afastamento Demitido SEM justa causa				26 Cód. afastamento 01		27 Pensão alimentícia (%) 0,00	
DISCRIMINAÇÃO DAS VERBAS RESCISÓRIAS	29 Aviso Prévio Indenizado 0,00		38 Comissões 0,00		DEDUÇÕES			
	30 Saldo salário 1 dias 546,79		39 Gratificações 0,00		47 Previdência 45,85			
	31 13º Salário 3/12 avos 573,21		40 Horas extras 0,00 horas 0,00		48 Previdência 13º salário 42,99			
	32 13º Sal. Indeniz. /12 avos 0,00		41 Adic. insalub./periculosidade 64,64		49 Adiantamento 0,00			
	33 Férias vencidas 0,00		42		50 IRRF 42,42			
	34 Férias proporc. 5/12 avos 955,35		43		51			
	35 1/3 salário s/ férias 318,45		44		52			
	36 Salário família 0,00		45 Outros proventos 0,00		53 Outros descontos 0,00			
	37 Adicional noturno 0,00		46 TOTAL BRUTO 2.458,44		54 TOTAL DAS DEDUÇÕES 131,26			
					55 LÍQUIDO A RECEBER 2.327,18			
FORMALIZAÇÃO DA RESCISÃO	56 Local e data do recebimento				57 Carimbo e assinatura do empregador ou preposto			
	58 Assinatura do trabalhador				59 Assinatura do responsável			
	60 HOMOLOGAÇÃO Foi prestada, gratuitamente, assistência ao trabalhador, nos termos do art. 477, § 1º, da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, sendo comprovado, neste ato, o efetivo pagamento das verbas rescisórias acima especificadas. Local e data Carimbo e assinatura do assistente				61 Digital do trabalhador		62 Digital do responsável	
	63 Identificação do órgão homologador				64 Recepção pelo Banco (data e carimbo)			

A ASSISTÊNCIA NO ATO DE RESCISÃO CONTRATUAL É GRATUITA

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
01/05/2022 - AUTOATENDIMENTO - 15.07.32
3062703062 SEGUNDA VIA 0009

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: ASSOC HOSP B BRASIL

AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.511-4

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA

REMETENTE : ASSOC HOSP B BRASIL

BANCO: 033 - BCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

AGENCIA: 0678-5 - JD.ARICANDUVA

CONTA: 1.033.912-6

FAVORECIDO: GERALDO FREITAS NASCIMENTO FILHO

CPF/CNPJ: 069.187.618-54

VALOR: R\$ 2.736,76

DEBITO EM: 14/04/2022

=====

DOCUMENTO: 041417

AUTENTICACAO SISBB: 5.AE3.71B.FA8.EC7.29A

TERMO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR	01 CNPJ/CEI 45.349.461/0015-08		02 Razão Social/Nome ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL					
	03 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) AVENIDA AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 - SALA 12						04 Bairro JARDIM ARIANO	
	05 Município SAO PAULO		06 UF SP	07 CEP 16400-400	08 CNAE 8610-1/02	09 CNPJ/CEI Tomador/Obra		
IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR	10 PIS - PASEP 170.02151.47-7		11 Nome GERALDO FREITAS NASCIMENTO FILHO					
	12 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) Rua TABUACAS - CASA						13 Bairro JARDIM MARILIA	
	14 Município SAO PAULO		15 UF SP	16 CEP 03579-090	17 Carteira de Trabalho (nº, série, UF) 53887 - 010 / SP			
	18 CPF 069.187.618-54		19 Data de nascimento 27/06/1966	20 Nome da mãe ZÉLIA GOSSI ROBERTO NASCIMENTO				
DADOS DO CONTRATO	21 Remuneração p/ fins rescisórios 2.601,04		22 Data de admissão 27/10/2021		23 Data do Aviso Prévio 09/03/2022		24 Data de afastamento 08/04/2022	
	25 Causa do afastamento Demitido SEM justa causa				26 Cód. afastamento 01		27 Pensão alimentícia (%) 0,00	
DISCRIMINAÇÃO DAS VERBAS RESCISÓRIAS	29 Aviso Prévio Indenizado 0,00		38 Comissões 0,00		DEDUÇÕES			
	30 Saldo salário 1 dias 546,79		39 Gratificações 0,00		47 Previdência		61,23	
	31 13º Salário 3/12 avos 667,66		40 Horas extras 0,00 horas 0,00		48 Previdência 13º salário		50,07	
	32 13º Sal. Indeniz. /12 avos 0,00		41 Adic. insalub./ periculosidade 64,64		49 Adiantamento		0,00	
	33 Férias vencidas 0,00		42		50 IRRF		81,09	
	34 Férias proporc. 5/12 avos 1.083,76		43		51			
	35 1/3 salário s/ férias 361,25		44		52			
	36 Salário família 0,00		45 Outros proventos 0,00		53 Outros descontos		0,00	
	37 Adicional noturno 205,05		46 TOTAL BRUTO 2.929,15		54 TOTAL DAS DEDUÇÕES		192,39	
					55 LIQUIDO A RECEBER		2.736,76	
FORMALIZAÇÃO DA RESCISÃO	56 Local e data do recebimento				57 Carimbo e assinatura do empregador ou preposto			
	58 Assinatura do trabalhador				59 Assinatura do responsável			
	60 HOMOLOGAÇÃO Foi prestada, gratuitamente, assistência ao trabalhador, nos termos do art. 477, § 1º, da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, sendo comprovado, neste ato, o efetivo pagamento das verbas rescisórias acima especificadas. Local e data Carimbo e assinatura do assistente				61 Digital do trabalhador		62 Digital do responsável	
	63 Identificação do órgão homologador				64 Recepção pelo Banco (data e carimbo)			

A ASSISTÊNCIA NO ATO DE RESCISÃO CONTRATUAL É GRATUITA

Convênio Nº 0099/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE 090196
Conjunto Hospitalar do Mandaqui
Natureza de Despesa: Custeio

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
01/05/2022 - AUTOATENDIMENTO - 15.07.32
3062703062 SEGUNDA VIA 0012

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: ASSOC HOSP B BRASIL

AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.511-4

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA

REMETENTE : ASSOC HOSP B BRASIL

BANCO: 033 - BCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

AGENCIA: 3681-1 - SP-PERDIZES

CONTA: 1.008.396-3

FAVORECIDO: GICELI MEDINA RODRIGUES

CPF/CNPJ: 265.230.878-59

VALOR: R\$ 4.527,68

DEBITO EM: 14/04/2022

=====

DOCUMENTO: 041418

AUTENTICACAO SISBB: 5.4EE.8E2.621.A23.257

TERMO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR	01 CNPJ/CEI 45.349.461/0015-08		02 Razão Social/Nome ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL					
	03 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) AVENIDA AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 - SALA 12						04 Bairro JARDIM ARIANO	
	05 Município SAO PAULO			06 UF SP	07 CEP 16400-400	08 CNAE 8610-1/02	09 CNPJ/CEI Tomador/Obra	
IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR	10 PIS - PASEP 136.65130.81-5		11 Nome GICELI MEDINA RODRIGUES					
	12 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) Rua EDWARD FELIX DE MORAES - CASA						13 Bairro VILA CAMPANELA	
	14 Município SAO PAULO			15 UF SP	16 CEP 08220-400	17 Carteira de Trabalho (nº, série, UF) 7537 - 357 / SP		
	18 CPF 265.230.878-59		19 Data de nascimento 30/09/1978	20 Nome da mãe ROSELI DA SILVA MEDINA				
DADOS DO CONTRATO	21 Remuneração p/ fins rescisórios 4.766,50		22 Data de admissão 27/10/2021		23 Data do Aviso Prévio 09/03/2022		24 Data de afastamento 08/04/2022	
	25 Causa do afastamento Demitido SEM justa causa				26 Cód. afastamento 01		27 Pensão alimentícia (%) 0,00	
DISCRIMINAÇÃO DAS VERBAS RESCISÓRIAS	29 Aviso Prévio Indenizado 0,00		38 Comissões 0,00		DEDUÇÕES			
	30 Saldo salário 1 dias 1.048,79		39 Gratificações 0,00		47 Previdência 83,50			
	31 13º Salário 3/12 avos 1.225,00		40 Horas extras 0,00 horas 0,00		48 Previdência 13º salário 92,07			
	32 13º Sal. Indeniz. /12 avos 0,00		41 Adic. insalub. / periculosidade 64,64		49 Adiantamento 0,00			
	33 Férias vencidas 0,00		42		50 IRRF 283,23			
	34 Férias proporc. 5/12 avos 1.986,04		43		51			
	35 1/3 salário s/ férias 662,01		44		52			
	36 Salário família 0,00		45 Outros proventos 0,00		53 Outros descontos 0,00			
	37 Adicional noturno 0,00		46 TOTAL BRUTO 4.986,48		54 TOTAL DAS DEDUÇÕES 458,80			
					55 LIQUIDO A RECEBER 4.527,68			
FORMALIZAÇÃO DA RESCISÃO	56 Local e data do recebimento				57 Carimbo e assinatura do empregador ou preposto			
	58 Assinatura do trabalhador				59 Assinatura do responsável			
	60 HOMOLOGAÇÃO Foi prestada, gratuitamente, assistência ao trabalhador, nos termos do art. 477, § 1º, da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, sendo comprovado, neste ato, o efetivo pagamento das verbas rescisórias acima especificadas. Local e data Carimbo e assinatura do assistente				61 Digital do trabalhador		62 Digital do responsável	
	63 Identificação do órgão homologador				64 Recepção pelo Banco (data e carimbo)			

A ASSISTÊNCIA NO ATO DE RESCISÃO CONTRATUAL É GRATUITA

Convênio Nº 0099/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE 090196
Conjunto Hospitalar do Mandaqui
Natureza de Despesa: Custeio

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
01/05/2022 - AUTOATENDIMENTO - 15.07.32
3062703062 SEGUNDA VIA 0024
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL
CLIENTE: ASSOC HOSP B BRASIL
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.511-4

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : ASSOC HOSP B BRASIL
BANCO: 341 - ITAU UNIBANCO S.A.
AGENCIA: 0138-4 - S PAULO VILA G CARDIM
CONTA: 21.033-1

FAVORECIDO: GISELE CRISTINA TEOBALDINO DOS SANT
CPF/CNPJ: 444.562.108-00
VALOR: R\$ 2.326,35
DEBITO EM: 14/04/2022

=====

DOCUMENTO: 041419
AUTENTICACAO SISBB: 6.20A.4EA.D57.A57.44C

TERMO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR	01 CNPJ/CEI 45.349.461/0015-08		02 Razão Social/Nome ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL					
	03 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) AVENIDA AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 - SALA 12						04 Bairro JARDIM ARIANO	
	05 Município SAO PAULO			06 UF SP	07 CEP 16400-400	08 CNAE 8610-1/02	09 CNPJ/CEI Tomador/Obra	
IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR	10 PIS - PASEP 162.33745.73-0		11 Nome GISELE CRISTINA TEOBALDINO DOS SANTOS					
	12 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) Rua PROFESSOR JOAO RAMOS DA COSTA - CASA 4						13 Bairro PARQUE BRISTOL	
	14 Município SAO PAULO			15 UF SP	16 CEP 04193-240	17 Carteira de Trabalho (nº, série, UF) 009367 - 00418 / SP		
	18 CPF 444.562.108-00		19 Data de nascimento 24/07/1989		20 Nome da mãe MARIA ELI PRATA TEOBALDINO DOS SANTOS			
DADOS DO CONTRATO	21 Remuneração p/ fins rescisórios 2.292,85		22 Data de admissão 28/10/2021		23 Data do Aviso Prévio 09/03/2022		24 Data de afastamento 08/04/2022	
	25 Causa do afastamento Demitido SEM justa causa				26 Cód. afastamento 01		27 Pensão alimentícia (%) 0,00	
							28 Categoria do trabalhador 01	
DISCRIMINAÇÃO DAS VERBAS RESCISÓRIAS	29 Aviso Prévio Indenizado 0,00		38 Comissões 0,00		DEDUÇÕES			
	30 Saldo salário 1 dias 546,79		39 Gratificações 0,00		47 Previdência 45,85			
	31 13º Salário 3/12 avos 573,21		40 Horas extras 0,00 horas 0,00		48 Previdência 13º salário 42,99			
	32 13º Sal. Indeniz. /12 avos 0,00		41 Adic. insalub./ periculosidade 64,64		49 Adiantamento 0,00			
	33 Férias vencidas 0,00		42		50 IRRF 43,25			
	34 Férias proporc. 5/12 avos 955,35		43		51			
	35 1/3 salário s/ férias 318,45		44		52			
	36 Salário família 0,00		45 Outros proventos 0,00		53 Outros descontos 0,00			
	37 Adicional noturno 0,00		46 TOTAL BRUTO 2.458,44		54 TOTAL DAS DEDUÇÕES 132,09			
					55 LÍQUIDO A RECEBER 2.326,35			
FORMALIZAÇÃO DA RESCISÃO	56 Local e data do recebimento				57 Carimbo e assinatura do empregador ou preposto			
	58 Assinatura do trabalhador				59 Assinatura do responsável			
	60 HOMOLOGAÇÃO Foi prestada, gratuitamente, assistência ao trabalhador, nos termos do art. 477, § 1º, da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, sendo comprovado, neste ato, o efetivo pagamento das verbas rescisórias acima especificadas. Local e data Carimbo e assinatura do assistente				61 Digital do trabalhador		62 Digital do responsável	
	63 Identificação do órgão homologador				64 Recepção pelo Banco (data e carimbo)			

A ASSISTÊNCIA NO ATO DE RESCISÃO CONTRATUAL É GRATUITA

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
01/05/2022 - AUTOATENDIMENTO - 15.07.32
3062703062 SEGUNDA VIA 0010

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: ASSOC HOSP B BRASIL

AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.511-4

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA

REMETENTE : ASSOC HOSP B BRASIL

BANCO: 033 - BCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

AGENCIA: 0141-4 - SAO ROQUE

CONTA: 1.042.068-3

FAVORECIDO: GRAZIELLA SOARES DUARTE

CPF/CNPJ: 091.020.756-95

VALOR: R\$ 2.676,99

DEBITO EM: 14/04/2022

=====

DOCUMENTO: 041420

AUTENTICACAO SISBB: 6.EEA.457.E69.6CE.0E8

TERMO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR	01 CNPJ/CEI 45.349.461/0015-08		02 Razão Social/Nome ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL					
	03 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) AVENIDA AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 - SALA 12						04 Bairro JARDIM ARIANO	
	05 Município SAO PAULO			06 UF SP	07 CEP 16400-400	08 CNAE 8610-1/02	09 CNPJ/CEI Tomador/Obra	
IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR	10 PIS - PASEP 163.01917.31-7		11 Nome GRAZIELLA SOARES DUARTE					
	12 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) Rua DILERMANDO DIAS DOS SANTOS - CASA						13 Bairro VILA ISOLINA MAZZEI	
	14 Município SAO PAULO			15 UF SP	16 CEP 02079-004	17 Carteira de Trabalho (nº, série, UF) 20131 - 0170 / MG		
	18 CPF 091.020.756-95		19 Data de nascimento 24/04/1991		20 Nome da mãe MARIA CLETES SOARES DUARTE LEITE			
DADOS DO CONTRATO	21 Remuneração p/ fins rescisórios 2.598,55		22 Data de admissão 28/10/2021		23 Data do Aviso Prévio 09/03/2022		24 Data de afastamento 08/04/2022	
	25 Causa do afastamento Demitido SEM justa causa				26 Cód. afastamento 01		27 Pensão alimentícia (%) 0,00	
							28 Categoria do trabalhador 01	
DISCRIMINAÇÃO DAS VERBAS RESCISÓRIAS	29 Aviso Prévio Indenizado 0,00		38 Comissões 0,00		DEDUÇÕES			
	30 Saldo salário 1 dias 546,79		39 Gratificações 0,00		47 Previdência		61,23	
	31 13º Salário 3/12 avos 667,66		40 Horas extras 0,00 horas 0,00		48 Previdência 13º salário		50,07	
	32 13º Sal. Indeniz. /12 avos 0,00		41 Adic. insalub. / periculosidade 64,64		49 Adiantamento		0,00	
	33 Férias vencidas 0,00		42		50 IRRF		106,68	
	34 Férias proporc. 5/12 avos 1.082,73		43		51			
	35 1/3 salário s/ férias 360,91		44		52			
	36 Salário família 0,00		45 Outros proventos 0,00		53 Outros descontos		32,81	
	37 Adicional noturno 205,05		46 TOTAL BRUTO 2.927,78		54 TOTAL DAS DEDUÇÕES 250,79			
					55 LÍQUIDO A RECEBER 2.676,99			
FORMALIZAÇÃO DA RESCISÃO	56 Local e data do recebimento				57 Carimbo e assinatura do empregador ou preposto			
	58 Assinatura do trabalhador				59 Assinatura do responsável			
	60 HOMOLOGAÇÃO Foi prestada, gratuitamente, assistência ao trabalhador, nos termos do art. 477, § 1º, da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, sendo comprovado, neste ato, o efetivo pagamento das verbas rescisórias acima especificadas. Local e data Carimbo e assinatura do assistente				61 Digital do trabalhador		62 Digital do responsável	
	63 Identificação do órgão homologador				64 Recepção pelo Banco (data e carimbo)			

A ASSISTÊNCIA NO ATO DE RESCISÃO CONTRATUAL É GRATUITA

Convênio Nº 0099/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE 090196
Conjunto Hospitalar do Mandaqui
Natureza de Despesa: Custeio

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
01/05/2022 - AUTOATENDIMENTO - 15.07.32
3062703062 SEGUNDA VIA 0021

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: ASSOC HOSP B BRASIL

AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.511-4

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA

REMETENTE : ASSOC HOSP B BRASIL

BANCO: 033 - BCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

AGENCIA: 0563-0 - NOVA CACHOEIRINHA

CONTA: 1.027.749-6

FAVORECIDO: IARA APARECIDA RODRIGUES

CPF/CNPJ: 311.399.278-84

VALOR: R\$

2.688,84

DEBITO EM: 14/04/2022

=====

DOCUMENTO: 041421

AUTENTICACAO SISBB: 1.D55.794.F6F.EB8.7C5

TERMO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR	01 CNPJ/CEI 45.349.461/0015-08		02 Razão Social/Nome ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL				
	03 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) AVENIDA AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 - SALA 12						04 Bairro JARDIM ARIANO
	05 Município SAO PAULO		06 UF SP	07 CEP 16400-400	08 CNAE 8610-1/02	09 CNPJ/CEI Tomador/Obra	
IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR	10 PIS - PASEP 136.53309.85-8		11 Nome IARA APARECIDA RODRIGUES				
	12 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) Rua FELICIANO MALABIA - VIELA DO SABIA N 09						13 Bairro JARDIM DAMASCENO
	14 Município SAO PAULO		15 UF SP	16 CEP 02879-040	17 Carteira de Trabalho (nº, série, UF) 86448 - 256 / SP		
	18 CPF 311.399.278-84		19 Data de nascimento 26/04/1983		20 Nome da mãe MARIA APARECIDA DA SILVA		
DADOS DO CONTRATO	21 Remuneração p/ fins rescisórios 2.580,72		22 Data de admissão 28/10/2021		23 Data do Aviso Prévio 09/03/2022		24 Data de afastamento 08/04/2022
	25 Causa do afastamento Demitido SEM justa causa				26 Cód. afastamento 01	27 Pensão alimentícia (%) 0,00	28 Categoria do trabalhador 01
DISCRIMINAÇÃO DAS VERBAS RESCISÓRIAS	29 Aviso Prévio Indenizado	0,00	38 Comissões	0,00	DEDUÇÕES		
	30 Saldo salário 1 dias	546,79	39 Gratificações	0,00	47 Previdência	58,16	
	31 13º Salário 3/12 avos	657,71	40 Horas extras 0,00 horas	0,00	48 Previdência 13º salário	49,32	
	32 13º Sal. Indeniz. /12 avos	0,00	41 Adic. insalub./ periculosidade	64,64	49 Adiantamento	0,00	
	33 Férias vencidas	0,00	42		50 IRRF	70,59	
	34 Férias proporc. 5/12 avos	1.075,30	43		51		
	35 1/3 salário s/ férias	358,43	44		52		
	36 Salário família	0,00	45 Outros proventos	0,00	53 Outros descontos	0,00	
	37 Adicional noturno	164,04	46 TOTAL BRUTO	2.866,91	54 TOTAL DAS DEDUÇÕES	178,07	
			55 LÍQUIDO A RECEBER		2.688,84		
	FORMALIZAÇÃO DA RESCISÃO	56 Local e data do recebimento			57 Carimbo e assinatura do empregador ou preposto		
58 Assinatura do trabalhador			59 Assinatura do responsável				
60 HOMOLOGAÇÃO Foi prestada, gratuitamente, assistência ao trabalhador, nos termos do art. 477, § 1º, da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, sendo comprovado, neste ato, o efetivo pagamento das verbas rescisórias acima especificadas. Local e data Carimbo e assinatura do assistente			61 Digital do trabalhador		62 Digital do responsável		
63 Identificação do órgão homologador			64 Recepção pelo Banco (data e carimbo)				

A ASSISTÊNCIA NO ATO DE RESCISÃO CONTRATUAL É GRATUITA

Convênio Nº 0099/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE 090196
Conjunto Hospitalar do Mandaqui
Natureza de Despesa: Custeio

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
01/05/2022 - AUTOATENDIMENTO - 15.07.32
3062703062 SEGUNDA VIA 0015

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: ASSOC HOSP B BRASIL

AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.511-4

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA

REMETENTE : ASSOC HOSP B BRASIL

BANCO: 237 - BCO BRADESCO S.A.

AGENCIA: 3296-4 - AV.SANTA INES, URB SAO PAULO

CONTA: 1.002.291-6

FAVORECIDO: ISABELLY RIBEIRO DE SOUZA

CPF/CNPJ: 480.749.528-35

VALOR: R\$ 2.529,47

DEBITO EM: 14/04/2022

=====

DOCUMENTO: 041422

AUTENTICACAO SISBB: E.76F.5F0.B14.212.B10

Convênio Nº 0099/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE 090196
Conjunto Hospitalar do Mandaqui
Natureza de Despesa: Custeio

TERMO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR	01 CNPJ/CEI 45.349.461/0015-08		02 Razão Social/Nome ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL				
	03 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) AVENIDA AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 - SALA 12						04 Bairro JARDIM ARIANO
	05 Município SAO PAULO		06 UF SP	07 CEP 16400-400	08 CNAE 8610-1/02	09 CNPJ/CEI Tomador/Obra	
IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR	10 PIS - PASEP 267.83798.09-5		11 Nome ISABELLY RIBEIRO DE SOUZA				
	12 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) Rua SINO CONTRA-MEAO						13 Bairro TREMEMBE
	14 Município SAO PAULO		15 UF SP	16 CEP 02357-110	17 Carteira de Trabalho (nº, série, UF) 072953 - 00398 / SP		
	18 CPF 480.749.528-35		19 Data de nascimento 15/05/1998		20 Nome da mãe ENEIDE RIBEIRO ARAÚJO SOUZA		
DADOS DO CONTRATO	21 Remuneração p/ fins rescisórios 2.584,26		22 Data de admissão 27/10/2021		23 Data do Aviso Prévio 09/03/2022		24 Data de afastamento 08/04/2022
	25 Causa do afastamento Demitido SEM justa causa				26 Cód. afastamento 01	27 Pensão alimentícia (%) 0,00	28 Categoria do trabalhador 01
DISCRIMINAÇÃO DAS VERBAS RESCISÓRIAS	29 Aviso Prévio Indenizado 0,00		38 Comissões 0,00		DEDUÇÕES		
	30 Saldo salário 1 dias 546,79		39 Gratificações 0,00		47 Previdência 45,85		
	31 13º Salário 3/12 avos 667,66		40 Horas extras 0,00 horas 0,00		48 Previdência 13º salário 50,07		
	32 13º Sal. Indeniz. /12 avos 0,00		41 Adic. insalub./ periculosidade 64,64		49 Adiantamento 0,00		
	33 Férias vencidas 0,00		42		50 IRRF 56,58		
	34 Férias proporc. 5/12 avos 1.076,77		43		51		
	35 1/3 salário s/ férias 358,92		44		52		
	36 Salário família 0,00		45 Outros proventos 0,00		53 Outros descontos 32,81		
	37 Adicional noturno 0,00		46 TOTAL BRUTO 2.714,78		54 TOTAL DAS DEDUÇÕES 185,31		
					55 LÍQUIDO A RECEBER 2.529,47		
FORMALIZAÇÃO DA RESCISÃO	56 Local e data do recebimento			57 Carimbo e assinatura do empregador ou preposto			
	58 Assinatura do trabalhador			59 Assinatura do responsável			
	60 HOMOLOGAÇÃO Foi prestada, gratuitamente, assistência ao trabalhador, nos termos do art. 477, § 1º, da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, sendo comprovado, neste ato, o efetivo pagamento das verbas rescisórias acima especificadas. Local e data Carimbo e assinatura do assistente			61 Digital do trabalhador		62 Digital do responsável	
	63 Identificação do órgão homologador			64 Recepção pelo Banco (data e carimbo)			

A ASSISTÊNCIA NO ATO DE RESCISÃO CONTRATUAL É GRATUITA

Convênio Nº 0099/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE 090196
Conjunto Hospitalar do Mandaqui
Natureza de Despesa: Custeio

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
01/05/2022 - AUTOATENDIMENTO - 15.07.32
3062703062 SEGUNDA VIA 0021

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: ASSOC HOSP B BRASIL

AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.511-4

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA

REMETENTE : ASSOC HOSP B BRASIL

BANCO: 033 - BCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

AGENCIA: 3681-1 - SP-PERDIZES

CONTA: 1.099.425-8

FAVORECIDO: LEANDRO GOMES DE LIMA

CPF/CNPJ: 309.718.048-69

VALOR: R\$ 2.327,18

DEBITO EM: 14/04/2022

=====

DOCUMENTO: 041423

AUTENTICACAO SISBB: 7.082.5A4.912.2A6.FEF

Convênio Nº 0099/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE 090196
Conjunto Hospitalar do Mandaqui
Natureza de Despesa: Custeio

TERMO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR	01 CNPJ/CEI 45.349.461/0015-08		02 Razão Social/Nome ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL					
	03 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) AVENIDA AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 - SALA 12						04 Bairro JARDIM ARIANO	
	05 Município SAO PAULO		06 UF SP	07 CEP 16400-400	08 CNAE 8610-1/02	09 CNPJ/CEI Tomador/Obra		
IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR	10 PIS - PASEP 129.87123.89-4		11 Nome LEANDRO GOMES DE LIMA					
	12 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) Rua SEBASTIANA NOBREGA DONOFRE - CS 4						13 Bairro JARDIM ATALIBA LEONEL	
	14 Município SAO PAULO		15 UF SP	16 CEP 02324-090	17 Carteira de Trabalho (nº, série, UF) 0021170 - 00277 / SP			
	18 CPF 309.718.048-69		19 Data de nascimento 09/08/1984	20 Nome da mãe VERA LUCIA DE LIMA				
DADOS DO CONTRATO	21 Remuneração p/ fins rescisórios 2.292,85		22 Data de admissão 29/10/2021		23 Data do Aviso Prévio 09/03/2022		24 Data de afastamento 08/04/2022	
	25 Causa do afastamento Demitido SEM justa causa				26 Cód. afastamento 01	27 Pensão alimentícia (%) 0,00	28 Categoria do trabalhador 01	
DISCRIMINAÇÃO DAS VERBAS RESCISÓRIAS	29 Aviso Prévio Indenizado 0,00		38 Comissões 0,00		DEDUÇÕES			
	30 Saldo salário 1 dias 546,79		39 Gratificações 0,00		47 Previdência 45,85			
	31 13º Salário 3/12 avos 573,21		40 Horas extras 0,00 horas 0,00		48 Previdência 13º salário 42,99			
	32 13º Sal. Indeniz. /12 avos 0,00		41 Adic. insalub./ periculosidade 64,64		49 Adiantamento 0,00			
	33 Férias vencidas 0,00		42		50 IRRF 42,42			
	34 Férias proporc. 5/12 avos 955,35		43		51			
	35 1/3 salário s/ férias 318,45		44		52			
	36 Salário família 0,00		45 Outros proventos 0,00		53 Outros descontos 0,00			
	37 Adicional noturno 0,00		46 TOTAL BRUTO 2.458,44		54 TOTAL DAS DEDUÇÕES 131,26			
					55 LÍQUIDO A RECEBER 2.327,18			
FORMALIZAÇÃO DA RESCISÃO	56 Local e data do recebimento				57 Carimbo e assinatura do empregador ou preposto			
	58 Assinatura do trabalhador				59 Assinatura do responsável			
	60 HOMOLOGAÇÃO Foi prestada, gratuitamente, assistência ao trabalhador, nos termos do art. 477, § 1º, da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, sendo comprovado, neste ato, o efetivo pagamento das verbas rescisórias acima especificadas. Local e data Carimbo e assinatura do assistente				61 Digital do trabalhador		62 Digital do responsável	
	63 Identificação do órgão homologador				64 Recepção pelo Banco (data e carimbo)			

A ASSISTÊNCIA NO ATO DE RESCISÃO CONTRATUAL É GRATUITA

Convênio Nº 0099/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE 090196
Conjunto Hospitalar do Mandaqui
Natureza de Despesa: Custeio

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
01/05/2022 - AUTOATENDIMENTO - 15.07.32
3062703062 SEGUNDA VIA 0021

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: ASSOC HOSP B BRASIL

AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.511-4

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA

REMETENTE : ASSOC HOSP B BRASIL

BANCO: 212 - BANCO ORIGINAL

AGENCIA: 0001-9 - MATRIZ

CONTA: 3.863.980-7

FAVORECIDO: JOAO CARLOS DA COSTA

CPF/CNPJ: 272.505.238-64

VALOR: R\$ 2.327,18

DEBITO EM: 14/04/2022

=====

DOCUMENTO: 041424

AUTENTICACAO SISBB: 7.9CC.4EE.29C.2A6.82B

Convênio N° 0099/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE 090196
Conjunto Hospitalar do Mandaqui
Natureza de Despesa: Custeio

TERMO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR	01 CNPJ/CEI 45.349.461/0015-08		02 Razão Social/Nome ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL				
	03 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) AVENIDA AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 - SALA 12						04 Bairro JARDIM ARIANO
	05 Município SAO PAULO	06 UF SP	07 CEP 16400-400	08 CNAE 8610-1/02	09 CNPJ/CEI Tomador/Obra		
IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR	10 PIS - PASEP 126.36672.89-5	11 Nome JOAO CARLOS DA COSTA					
	12 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) Rua DARIO POZZO - CASA						13 Bairro CONJUNTO RESIDENCIAL JOSI
	14 Município SAO PAULO		15 UF SP	16 CEP 08255-100	17 Carteira de Trabalho (nº, série, UF) 64128 - 00225 / SP		
	18 CPF 272.505.238-64	19 Data de nascimento 28/07/1977	20 Nome da mãe CLEUSA MARIA DE SOUZA COSTA				
DADOS DO CONTRATO	21 Remuneração p/ fins rescisórios 2.292,85		22 Data de admissão 27/10/2021		23 Data do Aviso Prévio 09/03/2022		24 Data de afastamento 08/04/2022
	25 Causa do afastamento Demitido SEM justa causa				26 Cód. afastamento 01	27 Pensão alimentícia (%) 0,00	28 Categoria do trabalhador 01
DISCRIMINAÇÃO DAS VERBAS RESCISÓRIAS	29 Aviso Prévio Indenizado	0,00	38 Comissões	0,00	DEDUÇÕES		
	30 Saldo salário 1 dias	546,79	39 Gratificações	0,00	47 Previdência	45,85	
	31 13º Salário 3/12 avos	573,21	40 Horas extras 0,00 horas	0,00	48 Previdência 13º salário	42,99	
	32 13º Sal. Indeniz. /12 avos	0,00	41 Adic. insalub./ periculosidade	64,64	49 Adiantamento	0,00	
	33 Férias vencidas	0,00	42		50 IRRF	42,42	
	34 Férias proporc. 5/12 avos	955,35	43		51		
	35 1/3 salário s/ férias	318,45	44		52		
	36 Salário família	0,00	45 Outros proventos	0,00	53 Outros descontos	0,00	
	37 Adicional noturno	0,00	46 TOTAL BRUTO	2.458,44	54 TOTAL DAS DEDUÇÕES	131,26	
					55 LIQUIDO A RECEBER	2.327,18	
FORMALIZAÇÃO DA RESCISÃO	56 Local e data do recebimento			57 Carimbo e assinatura do empregador ou preposto			
	58 Assinatura do trabalhador			59 Assinatura do responsável			
	60 HOMOLOGAÇÃO Foi prestada, gratuitamente, assistência ao trabalhador, nos termos do art. 477, § 1º, da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, sendo comprovado, neste ato, o efetivo pagamento das verbas rescisórias acima especificadas. Local e data Carimbo e assinatura do assistente			61 Digital do trabalhador		62 Digital do responsável	
	63 Identificação do órgão homologador			64 Recepção pelo Banco (data e carimbo)			

A ASSISTÊNCIA NO ATO DE RESCISÃO CONTRATUAL É GRATUITA

Convênio Nº 0099/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE 090196
Conjunto Hospitalar do Mandaqui
Natureza de Despesa: Custeio

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
01/05/2022 - AUTOATENDIMENTO - 15.07.32
3062703062 SEGUNDA VIA 0019

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: ASSOC HOSP B BRASIL

AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.511-4

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA

REMETENTE : ASSOC HOSP B BRASIL

BANCO: 380 - PICPAY

AGENCIA: 0001-9

CONTA: 26.847.863-5

FAVORECIDO: JOEL MATEUS DA CONCEICAO SILVA

CPF/CNPJ: 459.595.418-23

VALOR: R\$ 2.294,37

DEBITO EM: 14/04/2022

=====

DOCUMENTO: 041425

AUTENTICACAO SISBB: 0.6EE.949.E0E.008.789

Convênio Nº 0099/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE 090196
Conjunto Hospitalar do Mandaqui
Natureza de Despesa: Custeio

TERMO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR	01 CNPJ/CEI 45.349.461/0015-08	02 Razão Social/Nome ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL						
	03 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) AVENIDA AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 - SALA 12							04 Bairro JARDIM ARIANO
	05 Município SAO PAULO	06 UF SP	07 CEP 16400-400	08 CNAE 8610-1/02	09 CNPJ/CEI Tomador/Obra			
IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR	10 PIS - PASEP 125.81880.47-5	11 Nome JOEL MATEUS DA CONCEIÇÃO SILVA						
	12 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) Rua DOMINGUES VIDIGAL - RSD UNICA							13 Bairro JARDIM JARAGUA
	14 Município SAO PAULO	15 UF SP	16 CEP 08160-350	17 Carteira de Trabalho (nº, série, UF) 041162 - 00402 / SP				
	18 CPF 459.595.418-23	19 Data de nascimento 12/01/1996	20 Nome da mãe ELIZABETE MARIA DA CONCEIÇÃO					
DADOS DO CONTRATO	21 Remuneração p/ fins rescisórios 2.292,85	22 Data de admissão 27/10/2021	23 Data do Aviso Prévio 09/03/2022		24 Data de afastamento 08/04/2022			
	25 Causa do afastamento Demitido SEM justa causa			26 Cód. afastamento 01	27 Pensão alimentícia (%) 0,00	28 Categoria do trabalhador 01		
DISCRIMINAÇÃO DAS VERBAS RESCISÓRIAS	29 Aviso Prévio Indenizado 0,00	38 Comissões 0,00	DEDUÇÕES					
	30 Saldo salário 1 dias 546,79	39 Gratificações 0,00	47 Previdência 45,85					
	31 13º Salário 3/12 avos 573,21	40 Horas extras 0,00 horas 0,00	48 Previdência 13º salário 42,99					
	32 13º Sal. Indeniz. /12 avos 0,00	41 Adic. insalub./ periculosidade 64,64	49 Adiantamento 0,00					
	33 Férias vencidas 0,00	42	50 IRRF 42,42					
	34 Férias proporc. 5/12 avos 955,35	43	51					
	35 1/3 salário s/ férias 318,45	44	52					
	36 Salário família 0,00	45 Outros proventos 0,00	53 Outros descontos 32,81					
	37 Adicional noturno 0,00	46 TOTAL BRUTO 2.458,44	54 TOTAL DAS DEDUÇÕES 164,07					
			55 LIQUIDO A RECEBER 2.294,37					
FORMALIZAÇÃO DA RESCISÃO	56 Local e data do recebimento		57 Carimbo e assinatura do empregador ou preposto					
	58 Assinatura do trabalhador		59 Assinatura do responsável					
	60 HOMOLOGAÇÃO Foi prestada, gratuitamente, assistência ao trabalhador, nos termos do art. 477, § 1º, da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, sendo comprovado, neste ato, o efetivo pagamento das verbas rescisórias acima especificadas. Local e data Carimbo e assinatura do assistente		61 Digital do trabalhador		62 Digital do responsável			
	63 Identificação do órgão homologador		64 Recepção pelo Banco (data e carimbo)					

A ASSISTÊNCIA NO ATO DE RESCISÃO CONTRATUAL É GRATUITA

Convênio Nº 0099/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE 090196
Conjunto Hospitalar do Mandaqui
Natureza de Despesa: Custeio

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
01/05/2022 - AUTOATENDIMENTO - 15.07.32
3062703062 SEGUNDA VIA 0010

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: ASSOC HOSP B BRASIL

AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.511-4

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA

REMETENTE : ASSOC HOSP B BRASIL

BANCO: 237 - BCO BRADESCO S.A.

AGENCIA: 0890-7 - AV.CONSELHEIRO CARRAO, USP

CONTA: 7.072-6

FAVORECIDO: KARLA JEANNE DA SILVA ALENCAR

CPF/CNPJ: 287.203.468-40

VALOR: R\$ 2.294,37

DEBITO EM: 14/04/2022

=====

DOCUMENTO: 041426

AUTENTICACAO SISBB: 2.BF0.F09.402.57F.DFE

Convênio Nº 0099/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE 090196
Conjunto Hospitalar do Mandaqui
Natureza de Despesa: Custeio

TERMO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR	01 CNPJ/CEI 45.349.461/0015-08	02 Razão Social/Nome ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL						
	03 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) AVENIDA AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 - SALA 12							04 Bairro JARDIM ARIANO
	05 Município SAO PAULO	06 UF SP	07 CEP 16400-400	08 CNAE 8610-1/02	09 CNPJ/CEI Tomador/Obra			
IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR	10 PIS - PASEP 133.81349.81-2	11 Nome KARLA JEANNE DA SILVA ALENCAR						
	12 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) RUA FREI JORGE COTRIM - CASA 3							13 Bairro
	14 Município SAO PAULO	15 UF SP	16 CEP 03823-050	17 Carteira de Trabalho (nº, série, UF) 075180 - 00323 / SP				
	18 CPF 287.203.468-40	19 Data de nascimento 02/12/1975	20 Nome da mãe FRANCISCA GLEIDE DA SILVA ALENCAR					
DADOS DO CONTRATO	21 Remuneração p/ fins rescisórios 2.292,85	22 Data de admissão 28/10/2021	23 Data do Aviso Prévio 09/03/2022		24 Data de afastamento 08/04/2022			
	25 Causa do afastamento Demitido SEM justa causa		26 Cód. afastamento 01	27 Pensão alimentícia (%) 0,00	28 Categoria do trabalhador 01			
DISCRIMINAÇÃO DAS VERBAS RESCISÓRIAS	29 Aviso Prévio Indenizado	0,00	38 Comissões	0,00	DEDUÇÕES			
	30 Saldo salário 1 dias	546,79	39 Gratificações	0,00	47 Previdência	45,85		
	31 13º Salário 3/12 avos	573,21	40 Horas extras 0,00 horas	0,00	48 Previdência 13º salário	42,99		
	32 13º Sal. Indeniz. /12 avos	0,00	41 Adic. insalub./ periculosidade	64,64	49 Adiantamento	0,00		
	33 Férias vencidas	0,00	42		50 IRRF	42,42		
	34 Férias proporc. 5/12 avos	955,35	43		51			
	35 1/3 salário s/ férias	318,45	44		52			
	36 Salário família	0,00	45 Outros proventos	0,00	53 Outros descontos	32,81		
	37 Adicional noturno	0,00	46 TOTAL BRUTO	2.458,44	54 TOTAL DAS DEDUÇÕES	164,07		
					55 LÍQUIDO A RECEBER	2.294,37		
FORMALIZAÇÃO DA RESCISÃO	56 Local e data do recebimento			57 Carimbo e assinatura do empregador ou preposto				
	58 Assinatura do trabalhador			59 Assinatura do responsável				
	60 HOMOLOGAÇÃO Foi prestada, gratuitamente, assistência ao trabalhador, nos termos do art. 477, § 1º, da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, sendo comprovado, neste ato, o efetivo pagamento das verbas rescisórias acima especificadas. Local e data Carimbo e assinatura do assistente			61 Digital do trabalhador		62 Digital do responsável		
	63 Identificação do órgão homologador			64 Recepção pelo Banco (data e carimbo)				

A ASSISTÊNCIA NO ATO DE RESCISÃO CONTRATUAL É GRATUITA

Convênio Nº 0099/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE 090196
Conjunto Hospitalar do Mandaqui
Natureza de Despesa: Custeio

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
01/05/2022 - AUTOATENDIMENTO - 15.07.32
3062703062 SEGUNDA VIA 0019
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE
TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL
CLIENTE: ASSOC HOSP B BRASIL
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.511-4
=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : ASSOC HOSP B BRASIL
BANCO: 341 - ITAU UNIBANCO S.A.
AGENCIA: 0010-8 - FRANCO DA ROCHA SP
CONTA: 95.826-2

FAVORECIDO: LAIS FERNANDES ESCOBAR DE ALMEIDA
CPF/CNPJ: 429.970.438-08
VALOR: R\$ 2.359,30
DEBITO EM: 14/04/2022
=====

DOCUMENTO: 041427
AUTENTICACAO SISBB: 9.001.E05.74C.0AE.90A

Convênio Nº 0099/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE 090196
Conjunto Hospitalar do Mandaqui
Natureza de Despesa: Custeio

TERMO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR	01 CNPJ/CEI 45.349.461/0015-08	02 Razão Social/Nome ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL						
	03 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) AVENIDA AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 - SALA 12							04 Bairro JARDIM ARIANO
	05 Município SAO PAULO	06 UF SP	07 CEP 16400-400	08 CNAE 8610-1/02	09 CNPJ/CEI Tomador/Obra			
IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR	10 PIS - PASEP 167.45706.83-1	11 Nome LAIS FERNANDES ESCOBAR DE ALMEIDA						
	12 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) Rua COTIA							13 Bairro JARDIM SANTA FILOMENA
	14 Município FRANCO DA ROCHA	15 UF SP	16 CEP 07840-170	17 Carteira de Trabalho (nº, série, UF) 55640 - 0038 / SP				
	18 CPF 429.970.438-08	19 Data de nascimento 27/08/1994	20 Nome da mãe ELIANA FERNANDES					
DADOS DO CONTRATO	21 Remuneração p/ fins rescisórios 2.292,85	22 Data de admissão 27/10/2021	23 Data do Aviso Prévio 09/03/2022	24 Data de afastamento 08/04/2022				
	25 Causa do afastamento Demitido SEM justa causa			26 Cód. afastamento 01	27 Pensão alimentícia (%) 0,00	28 Categoria do trabalhador 01		
DISCRIMINAÇÃO DAS VERBAS RESCISÓRIAS	29 Aviso Prévio Indenizado	0,00	38 Comissões	0,00	DEDUÇÕES			
	30 Saldo salário 1 dias	546,79	39 Gratificações	0,00	47 Previdência	45,85		
	31 13º Salário 3/12 avos	573,21	40 Horas extras 0,00 horas	0,00	48 Previdência 13º salário	42,99		
	32 13º Sal. Indeniz. /12 avos	0,00	41 Adic. insalub./ periculosidade	64,64	49 Adiantamento	0,00		
	33 Férias vencidas	0,00	42		50 IRRF	0,00		
	34 Férias proporc. 5/12 avos	972,23	43		51			
	35 1/3 salário s/ férias	324,08	44		52			
	36 Salário família	0,00	45 Outros proventos	0,00	53 Outros descontos	32,81		
	37 Adicional noturno	0,00	46 TOTAL BRUTO	2.480,95	54 TOTAL DAS DEDUÇÕES	121,65		
			47		55 LÍQUIDO A RECEBER	2.359,30		
FORMALIZAÇÃO DA RESCISÃO	56 Local e data do recebimento			57 Carimbo e assinatura do empregador ou preposto				
	58 Assinatura do trabalhador			59 Assinatura do responsável				
	60 HOMOLOGAÇÃO Foi prestada, gratuitamente, assistência ao trabalhador, nos termos do art. 477, § 1º, da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, sendo comprovado, neste ato, o efetivo pagamento das verbas rescisórias acima especificadas. Local e data Carimbo e assinatura do assistente			61 Digital do trabalhador		62 Digital do responsável		
	63 Identificação do órgão homologador			64 Recepção pelo Banco (data e carimbo)				

A ASSISTÊNCIA NO ATO DE RESCISÃO CONTRATUAL É GRATUITA

Convênio Nº 0099/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE 090196
Conjunto Hospitalar do Mandaqui
Natureza de Despesa: Custeio

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
01/05/2022 - AUTOATENDIMENTO - 15.07.33
3062703062 SEGUNDA VIA 0021

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: ASSOC HOSP B BRASIL

AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.511-4

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA

REMETENTE : ASSOC HOSP B BRASIL

BANCO: 336 - BCO C6 S.A.

AGENCIA: 0001-9

CONTA: 6.357.278-8

FAVORECIDO: LARISSA DA SILVA MORAIS

CPF/CNPJ: 465.884.118-55

VALOR: R\$ 2.327,18

DEBITO EM: 14/04/2022

=====

DOCUMENTO: 041428

AUTENTICACAO SISBB: B.FFB.B6D.136.0B6.187

Convênio Nº 0099/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE 090196
Conjunto Hospitalar do Mandaqui
Natureza de Despesa: Custeio

TERMO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR	01 CNPJ/CEI 45.349.461/0015-08	02 Razão Social/Nome ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL				
	03 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) AVENIDA AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 - SALA 12					04 Bairro JARDIM ARIANO
	05 Município SAO PAULO	06 UF SP	07 CEP 16400-400	08 CNAE 8610-1/02	09 CNPJ/CEI Tomador/Obra	
IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR	10 PIS - PASEP 154.47417.35-3	11 Nome LARISSA DA SILVA MORAIS				
	12 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) Rua BATISTA FERGUSIO					13 Bairro VILA CARDOSO FRANCO
	14 Município SAO PAULO	15 UF SP	16 CEP 03978-180	17 Carteira de Trabalho (nº, série, UF) 011327 - 00408 / SP		
	18 CPF 465.884.118-55	19 Data de nascimento 14/09/1998	20 Nome da mãe LEIDA MARIA DA SILVA			
DADOS DO CONTRATO	21 Remuneração p/ fins rescisórios 2.292,85	22 Data de admissão 28/10/2021	23 Data do Aviso Prévio 09/03/2022	24 Data de afastamento 08/04/2022		
	25 Causa do afastamento Demitido SEM justa causa		26 Cód. afastamento 01	27 Pensão alimentícia (%) 0,00	28 Categoria do trabalhador 01	
DISCRIMINAÇÃO DAS VERBAS RESCISÓRIAS	29 Aviso Prévio Indenizado 0,00	38 Comissões 0,00	DEDUÇÕES			
	30 Saldo salário 1 dias 546,79	39 Gratificações 0,00	47 Previdência 45,85			
	31 13º Salário 3/12 avos 573,21	40 Horas extras 0,00 horas 0,00	48 Previdência 13º salário 42,99			
	32 13º Sal. Indeniz. /12 avos 0,00	41 Adic. insalub./ periculosidade 64,64	49 Adiantamento 0,00			
	33 Férias vencidas 0,00	42	50 IRRF 42,42			
	34 Férias proporc. 5/12 avos 955,35	43	51			
	35 1/3 salário s/ férias 318,45	44	52			
	36 Salário família 0,00	45 Outros proventos 0,00	53 Outros descontos 0,00			
	37 Adicional noturno 0,00	46 TOTAL BRUTO 2.458,44	54 TOTAL DAS DEDUÇÕES 131,26			
			55 LÍQUIDO A RECEBER 2.327,18			
FORMALIZAÇÃO DA RESCISÃO	56 Local e data do recebimento		57 Carimbo e assinatura do empregador ou preposto			
	58 Assinatura do trabalhador		59 Assinatura do responsável			
	60 HOMOLOGAÇÃO Foi prestada, gratuitamente, assistência ao trabalhador, nos termos do art. 477, § 1º, da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, sendo comprovado, neste ato, o efetivo pagamento das verbas rescisórias acima especificadas. _____ Local e data		61 Digital do trabalhador		62 Digital do responsável	
	63 Identificação do órgão homologador		64 Recepção pelo Banco (data e carimbo)			
	Canmbo e assinatura do assistente					

A ASSISTÊNCIA NO ATO DE RESCISÃO CONTRATUAL É GRATUITA

Convênio Nº 0099/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE 090196
Conjunto Hospitalar do Mandaqui
Natureza de Despesa: Custeio

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
01/05/2022 - AUTOATENDIMENTO - 15.07.33
3062703062 SEGUNDA VIA 0025

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: ASSOC HOSP B BRASIL

AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.511-4

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA

REMETENTE : ASSOC HOSP B BRASIL

BANCO: 237 - BCO BRADESCO S.A.

AGENCIA: 0545-2 - V.NOVA CACHOEIR-USP

CONTA: 14.632-3

FAVORECIDO: LETICIA SILVA RIBEIRO

CPF/CNPJ: 435.937.738-05

VALOR: R\$ 4.434,82

DEBITO EM: 14/04/2022

=====

DOCUMENTO: 041429

AUTENTICACAO SISBB: 7.62D.EF5.AC3.C52.BE0

Convênio Nº 0099/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE 090196
Conjunto Hospitalar do Mandaqui
Natureza de Despesa: Custeio

TERMO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR	01 CNPJ/CEI 45.349.461/0015-08		02 Razão Social/Nome ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL				
	03 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) AVENIDA AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 - SALA 12						04 Bairro JARDIM ARIANO
	05 Município SAO PAULO	06 UF SP	07 CEP 16400-400	08 CNAE 8610-1/02	09 CNPJ/CEI Tomador/Obra		
IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR	10 PIS - PASEP 210.68305.43-8		11 Nome LETÍCIA SILVA RIBEIRO				
	12 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) Avenida APARECIDA DO RIO NEGRO						13 Bairro JARDIM IRIS
	14 Município SAO PAULO		15 UF SP	16 CEP 05144-085	17 Carteira de Trabalho (nº, série, UF) 72243 - 00426 / SP		
	18 CPF 435.937.738-05	19 Data de nascimento 12/07/1997	20 Nome da mãe SANDRA BARROS DA SILVA RIBEIRO				
DADOS DO CONTRATO	21 Remuneração p/ fins rescisórios 4.690,38		22 Data de admissão 28/10/2021		23 Data do Aviso Prévio 09/03/2022		24 Data de afastamento 08/04/2022
	25 Causa do afastamento Demitido SEM justa causa				26 Cód. afastamento 01	27 Pensão alimentícia (%) 0,00	28 Categoria do trabalhador 01
DISCRIMINAÇÃO DAS VERBAS RESCISÓRIAS	29 Aviso Prévio Indenizado 0,00		38 Comissões 0,00		DEDUÇÕES		
	30 Saldo salário 1 dias 1.048,79		39 Gratificações 0,00		47 Previdência 83,50		
	31 13º Salário 3/12 avos 1.157,39		40 Horas extras 0,00 horas 0,00		48 Previdência 13º salário 86,80		
	32 13º Sal. Indeniz. /12 avos 0,00		41 Adic. insalub./ periculosidade 64,64		49 Adiantamento 0,00		
	33 Férias vencidas 0,00		42		50 IRRF 271,46		
	34 Férias proporc. 5/12 avos 1.954,32		43		51		
	35 1/3 salário s/ férias 651,44		44		52		
	36 Salário família 0,00		45 Outros proventos 0,00		53 Outros descontos 0,00		
	37 Adicional noturno 0,00		46 TOTAL BRUTO 4.876,58		54 TOTAL DAS DEDUÇÕES 441,76		
					55 LÍQUIDO A RECEBER 4.434,82		
FORMALIZAÇÃO DA RESCISÃO	56 Local e data do recebimento				57 Carimbo e assinatura do empregador ou preposto		
	58 Assinatura do trabalhador				59 Assinatura do responsável		
	60 HOMOLOGAÇÃO Foi prestada, gratuitamente, assistência ao trabalhador, nos termos do art. 477, § 1º, da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, sendo comprovado, neste ato, o efetivo pagamento das verbas rescisórias acima especificadas. Local e data Carimbo e assinatura do assistente				61 Digital do trabalhador		62 Digital do responsável
	63 Identificação do órgão homologador				64 Recepção pelo Banco (data e carimbo)		

A ASSISTÊNCIA NO ATO DE RESCISÃO CONTRATUAL É GRATUITA

Convênio Nº 0099/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE 090196
Conjunto Hospitalar do Mandaqui
Natureza de Despesa: Custeio

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
01/05/2022 - AUTOATENDIMENTO - 15.07.33
3062703062 SEGUNDA VIA 0019

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: ASSOC HOSP B BRASIL

AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.511-4

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA

REMETENTE : ASSOC HOSP B BRASIL

BANCO: 033 - BCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

AGENCIA: 0657-2 - PIRITUBA

CONTA: 1.036.907-2

FAVORECIDO: RANDAL FAQUINI ALVES

CPF/CNPJ: 315.742.488-20

VALOR: R\$ 2.512,35

DEBITO EM: 14/04/2022

=====

DOCUMENTO: 041430

AUTENTICACAO SISBB: 7.D37.491.A65.94D.C2E

Convênio Nº 0099/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE 090196
Conjunto Hospitalar do Mandaqui
Natureza de Despesa: Custeio

TERMO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR	01 CNPJ/CEI 45.349.461/0015-08	02 Razão Social/Nome ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL						
	03 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) AVENIDA AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 - SALA 12						04 Bairro JARDIM ARIANO	
	05 Município SAO PAULO	06 UF SP	07 CEP 16400-400	08 CNAE 8610-1/02	09 CNPJ/CEI Tomador/Obra			
IDENTIFICAÇÃO TRABALHADOR	10 PIS - PASEP 131.00479.77-6	11 Nome RANDAL FAQUINI ALVES						
	12 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) Avenida DOUTOR JOSE MANIERO - TORRE 11 AP 21						13 Bairro JARAGUA	
	14 Município SAO PAULO	15 UF SP	16 CEP 02997-200	17 Carteira de Trabalho (nº, série, UF) 3157424 - 8820 / SP				
	18 CPF 315.742.488-20	19 Data de nascimento 18/01/1985	20 Nome da mãe TEREZINHA DONIZETE FAQUINI					
DADOS DO CONTRATO	21 Remuneração p/ fins rescisórios 2.530,95	22 Data de admissão 27/10/2021	23 Data do Aviso Prévio 09/03/2022		24 Data de afastamento 08/04/2022			
	25 Causa do afastamento Demitido SEM justa causa			26 Cód. afastamento 01	27 Pensão alimentícia (%) 0,00	28 Categoria do trabalhador 01		
DISCRIMINAÇÃO DAS VERBAS RESCISÓRIAS	29 Aviso Prévio Indenizado 0,00	38 Comissões 0,00	DEDUÇÕES					
	30 Saldo salário 1 dias 546,79	39 Gratificações 0,00	47 Previdência 45,85					
	31 13º Salário 3/12 avos 630,38	40 Horas extras 0,00 horas 0,00	48 Previdência 13º salário 47,27					
	32 13º Sal. Indeniz. /12 avos 0,00	41 Adic. insalub./ periculosidade 64,64	49 Adiantamento 0,00					
	33 Férias vencidas 0,00		50 IRRF 42,42					
	34 Férias proporc. 5/12 avos 1.054,56		51					
	35 1/3 salário s/ férias 351,52		52					
	36 Salário família 0,00	45 Outros proventos 0,00	53 Outros descontos 0,00					
	37 Adicional noturno 0,00	46 TOTAL BRUTO 2.647,89	54 TOTAL DAS DEDUÇÕES 135,54					
			55 LIQUIDO A RECEBER 2.512,35					
FORMALIZAÇÃO DA RESCISÃO	56 Local e data do recebimento		57 Carimbo e assinatura do empregador ou preposto					
	58 Assinatura do trabalhador		59 Assinatura do responsável					
	60 HOMOLOGAÇÃO Foi prestada, gratuitamente, assistência ao trabalhador, nos termos do art. 477, § 1º, da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, sendo comprovado, neste ato, o efetivo pagamento das verbas rescisórias acima especificadas. Local e data Carimbo e assinatura do assistente		61 Digital do trabalhador		62 Digital do responsável			
	63 Identificação do órgão homologador		64 Recepção pelo Banco (data e carimbo)					

A ASSISTÊNCIA NO ATO DE RESCISÃO CONTRATUAL É GRATUITA

Convênio Nº 0099/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE 090196
Conjunto Hospitalar do Mandaqui
Natureza de Despesa: Custeio

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
01/05/2022 - AUTOATENDIMENTO - 15.07.33
3062703062 SEGUNDA VIA 0018

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: ASSOC HOSP B BRASIL

AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.511-4

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA

REMETENTE : ASSOC HOSP B BRASIL

BANCO: 260 - NU PAGAMENTOS - IP

AGENCIA: 0001-9

CONTA: 41.632.150-7

FAVORECIDO: HIRIS FINAMOR

CPF/CNPJ: 482.385.358-08

VALOR: R\$ 2.425,20

DEBITO EM: 14/04/2022

=====

DOCUMENTO: 041431

AUTENTICACAO SISBB: 1.878.554.4A0.81A.5F8

Convênio N° 0099/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE 090196
Conjunto Hospitalar do Mandaqui
Natureza de Despesa: Custeio

TERMO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR	01 CNPJ/CEI 45.349.461/0015-08		02 Razão Social/Nome ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL				
	03 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) AVENIDA AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 - SALA 12						04 Bairro JARDIM ARIANO
	05 Município SAO PAULO	06 UF SP	07 CEP 16400-400	08 CNAE 8610-1/02	09 CNPJ/CEI Tomador/Obra		
IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR	10 PIS - PASEP 134.47245.41-6		11 Nome HIRIS FINAMOR				
	12 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) Passagem JOAQUIM ANTONIO (JD S FRANCISCO) - CASA						13 Bairro REGIAO CENTRAL
	14 Município CAIEIRAS			15 UF SP	16 CEP 07700-045	17 Carteira de Trabalho (nº, série, UF) 091186 - 00437 / SP	
	18 CPF 482.385.358-08	19 Data de nascimento 24/11/1999	20 Nome da mãe CECILIA CASSIA DE MIRANDA FINAMOR				
DADOS DO CONTRATO	21 Remuneração p/ fins rescisórios 2.397,24		22 Data de admissão 28/10/2021		23 Data do Aviso Prévio 09/03/2022		24 Data de afastamento 08/04/2022
	25 Causa do afastamento Demitido SEM justa causa				26 Cód. afastamento 01	27 Pensão alimentícia (%) 0,00	28 Categoria do trabalhador 01
DISCRIMINAÇÃO DAS VERBAS RESCISÓRIAS	29 Aviso Prévio Indenizado 0,00		38 Comissões 0,00		DEDUÇÕES		
	30 Saldo salário 1 dias 546,79		39 Gratificações 0,00		47 Previdência 45,85		
	31 13º Salário 3/12 avos 625,40		40 Horas extras 0,00 horas 0,00		48 Previdência 13º salário 46,90		
	32 13º Sal. Indeniz. /12 avos 0,00		41 Adic. insalub./ periculosidade 64,64		49 Adiantamento 0,00		
	33 Férias vencidas 0,00		42		50 IRRF 50,67		
	34 Férias proporc. 5/12 avos 998,84		43		51		
	35 1/3 salário s/ férias 332,95		44		52		
	36 Salário família 0,00		45 Outros proventos 0,00		53 Outros descontos 0,00		
	37 Adicional noturno 0,00		46 TOTAL BRUTO 2.568,62		54 TOTAL DAS DEDUÇÕES 143,42		
				55 LÍQUIDO A RECEBER 2.425,20			
FORMALIZAÇÃO DA RESCISÃO	56 Local e data do recebimento				57 Carimbo e assinatura do empregador ou preposto		
	58 Assinatura do trabalhador				59 Assinatura do responsável		
	60 HOMOLOGAÇÃO Foi prestada, gratuitamente, assistência ao trabalhador, nos termos do art. 477, § 1º, da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, sendo comprovado, neste ato, o efetivo pagamento das verbas rescisórias acima especificadas. Local e data Carimbo e assinatura do assistente				61 Digital do trabalhador		62 Digital do responsável
	63 Identificação do órgão homologador				64 Recepção pelo Banco (data e carimbo)		

A ASSISTÊNCIA NO ATO DE RESCISÃO CONTRATUAL É GRATUITA

Convênio Nº 0099/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE 090196
Conjunto Hospitalar do Mandaqui
Natureza de Despesa: Custeio

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
01/05/2022 - AUTOATENDIMENTO - 15.07.33
3062703062 SEGUNDA VIA 0028

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: ASSOC HOSP B BRASIL

AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.511-4

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA

REMETENTE : ASSOC HOSP B BRASIL

BANCO: 104 - CAIXA ECONOMICA FEDERAL

AGENCIA: 2990-4 - NOVA BARUERI/SP

CONTA: 21.544-0

FAVORECIDO: LUCIANA CORREA

CPF/CNPJ: 255.631.198-31

VALOR: R\$ 2.327,18

DEBITO EM: 14/04/2022

=====

DOCUMENTO: 041432

AUTENTICACAO SISBB: A.F36.80D.0A2.AAF.B06

Convênio Nº 0099/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE 090196
Conjunto Hospitalar do Mandaqui
Natureza de Despesa: Custeio

TERMO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR	01 CNPJ/CEI 45.349.461/0015-08		02 Razão Social/Nome ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL				
	03 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) AVENIDA AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 - SALA 12						04 Bairro JARDIM ARIANO
	05 Município SAO PAULO	06 UF SP	07 CEP 16400-400	08 CNAE 8610-1/02	09 CNPJ/CEI Tomador/Obra		
IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR	10 PIS - PASEP 125.39193.06-6	11 Nome LUCIANA CORREA					
	12 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) Rua CAROLINA						13 Bairro PARQUE DOS CAMARGOS
	14 Município BARUERI	15 UF SP	16 CEP 06436-360	17 Carteira de Trabalho (nº, série, UF) 60888 - 00198 / SP			
	18 CPF 255.631.198-31	19 Data de nascimento 20/04/1977	20 Nome da mãe ORXELIA PESSOTO CORREA				
DADOS DO CONTRATO	21 Remuneração p/ fins rescisórios 2.292,85		22 Data de admissão 27/10/2021		23 Data do Aviso Prévio 09/03/2022		24 Data de afastamento 08/04/2022
	25 Causa do afastamento Demitido SEM justa causa				26 Cód. afastamento 01	27 Pensão alimentícia (%) 0,00	28 Categoria do trabalhador 01
DISCRIMINAÇÃO DAS VERBAS RESCISÓRIAS	29 Aviso Prévio Indenizado	0,00	38 Comissões	0,00	DEDUÇÕES		
	30 Saldo salário 1 dias	546,79	39 Gratificações	0,00	47 Previdência	45,85	
	31 13º Salário 3/12 avos	573,21	40 Horas extras 0,00 horas	0,00	48 Previdência 13º salário	42,99	
	32 13º Sal. Indeniz. /12 avos	0,00	41 Adic. insalub./ periculosidade	64,64	49 Adiantamento	0,00	
	33 Férias vencidas	0,00	42		50 IRRF	42,42	
	34 Férias proporc. 5/12 avos	955,35	43		51		
	35 1/3 salário s/ férias	318,45	44		52		
	36 Salário família	0,00	45 Outros proventos	0,00	53 Outros descontos	0,00	
	37 Adicional noturno	0,00	46 TOTAL BRUTO	2.458,44	54 TOTAL DAS DEDUÇÕES	131,26	
					55 LIQUIDO A RECEBER	2.327,18	
FORMALIZAÇÃO DA RESCISÃO	56 Local e data do recebimento			57 Carimbo e assinatura do empregador ou preposto			
	58 Assinatura do trabalhador			59 Assinatura do responsável			
	60 HOMOLOGAÇÃO Foi prestada, gratuitamente, assistência ao trabalhador, nos termos do art. 477, § 1º, da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, sendo comprovado, neste ato, o efetivo pagamento das verbas rescisórias acima especificadas. Local e data Carimbo e assinatura do assistente			61 Digital do trabalhador		62 Digital do responsável	
	63 Identificação do órgão homologador			64 Recepção pelo Banco (data e carimbo)			

A ASSISTÊNCIA NO ATO DE RESCISÃO CONTRATUAL É GRATUITA

Convênio Nº 0099/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE 090196
Conjunto Hospitalar do Mandaqui
Natureza de Despesa: Custeio

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
01/05/2022 - AUTOATENDIMENTO - 15.07.33
3062703062 SEGUNDA VIA 0017

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: ASSOC HOSP B BRASIL

AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.511-4

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA

REMETENTE : ASSOC HOSP B BRASIL

BANCO: 033 - BCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

AGENCIA: 3294-8 - CORREIRA DIAS - S ANDRE - SP

CONTA: 2.002.636-9

FAVORECIDO: MANUELA MARILIA DA SILVA OLIVEIRA

CPF/CNPJ: 418.681.058-30

VALOR: R\$ 2.676,69

DEBITO EM: 14/04/2022

=====

DOCUMENTO: 041433

AUTENTICACAO SISBB: 2.B80.4EF.204.6CD.F58

Convênio Nº 0099/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE 090196
Conjunto Hospitalar do Mandaqui
Natureza de Despesa: Custeio

TERMO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR	01 CNPJ/CEI 45.349.461/0015-08	02 Razão Social/Nome ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL				
	03 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) AVENIDA AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 - SALA 12					04 Bairro JARDIM ARIANO
	05 Município SAO PAULO	06 UF SP	07 CEP 16400-400	08 CNAE 8610-1/02	09 CNPJ/CEI Tomador/Obra	
IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR	10 PIS - PASEP 163.84674.92-1	11 Nome MANUELA MARILIA DA SILVA OLIVEIRA				
	12 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) Rua PINTASSILVA				13 Bairro PARQUE MIAMI	
	14 Município SANTO ANDRE	15 UF SP	16 CEP 09133-115	17 Carteira de Trabalho (nº, série, UF) 089793 - 00321 / SP		
	18 CPF 418.681.058-30	19 Data de nascimento 08/03/1994	20 Nome da mãe EDINEIDE MARIA DA SILVA			
DADOS DO CONTRATO	21 Remuneração p/ fins rescisórios 2.568,73	22 Data de admissão 27/10/2021	23 Data do Aviso Prévio 09/03/2022	24 Data de afastamento 08/04/2022		
	25 Causa do afastamento Demitido SEM justa causa		26 Cód. afastamento 01	27 Pensão alimentícia (%) 0,00	28 Categoria do trabalhador 01	
DISCRIMINAÇÃO DAS VERBAS RESCISÓRIAS	29 Aviso Prévio Indenizado	0,00	38 Comissões	0,00	DEDUÇÕES	
	30 Saldo salário 1 dias	546,79	39 Gratificações	0,00	47 Previdência	61,23
	31 13º Salário 3/12 avos	656,78	40 Horas extras 0,00 horas	0,00	48 Previdência 13º salário	49,25
	32 13º Sal. Indeniz. /12 avos	0,00	41 Adic. insalub./ periculosidade	64,64	49 Adiantamento	0,00
	33 Férias vencidas	0,00	42		50 IRRF	80,35
	34 Férias proporc. 5/12 avos	1.070,30	43		51	
	35 1/3 salário s/ férias	356,77	44		52	
	36 Salário família	0,00	45 Outros proventos	0,00	53 Outros descontos	32,81
	37 Adicional noturno	205,05	46 TOTAL BRUTO	2.900,33	54 TOTAL DAS DEDUÇÕES	223,64
					55 LÍQUIDO A RECEBER	2.676,69
FORMALIZAÇÃO DA RESCISÃO	56 Local e data do recebimento		57 Carimbo e assinatura do empregador ou preposto			
	58 Assinatura do trabalhador		59 Assinatura do responsável			
	60 HOMOLOGAÇÃO Foi prestada, gratuitamente, assistência ao trabalhador, nos termos do art. 477, § 1º, da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, sendo comprovado, neste ato, o efetivo pagamento das verbas rescisórias acima especificadas. Local e data Carimbo e assinatura do assistente		61 Digital do trabalhador		62 Digital do responsável	
	63 Identificação do órgão homologador		64 Recepção pelo Banco (data e carimbo)			

A ASSISTÊNCIA NO ATO DE RESCISÃO CONTRATUAL É GRATUITA

Convênio Nº 0099/2021
 Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
 Secretaria de Estado da Saúde - UGE 090196
 Conjunto Hospitalar do Mandaqui
 Natureza de Despesa: Custeio

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
01/05/2022 - AUTOATENDIMENTO - 15.07.33
3062703062 SEGUNDA VIA 0022

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: ASSOC HOSP B BRASIL

AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.511-4

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA

REMETENTE : ASSOC HOSP B BRASIL

BANCO: 237 - BCO BRADESCO S.A.

AGENCIA: 0301-8 - AV.ANTARTICA-URB.SP

CONTA: 144.152-3

FAVORECIDO: MARIA JOSE CARDOSO DA SILVA

CPF/CNPJ: 492.281.026-91

VALOR: R\$ 2.634,55

DEBITO EM: 14/04/2022

=====

DOCUMENTO: 041434

AUTENTICACAO SISBB: C.774.E39.B17.217.6C2

Convênio N° 0999/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE 090196
Conjunto Hospitalar do Mandaqui
Natureza de Despesa: Custeio

TERMO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR	01 CNPJ/CEI 45.349.461/0015-08		02 Razão Social/Nome ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL					
	03 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) AVENIDA AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 - SALA 12						04 Bairro JARDIM ARIANO	
	05 Município SAO PAULO		06 UF SP	07 CEP 16400-400	08 CNAE 8610-1/02	09 CNPJ/CEI Tomador/Obra		
	10 PIS - PASEP 164.70790.29-2		11 Nome MARIA JOSE CARDOSO DA SILVA					
IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR	12 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) Rua IGNACIA ALVES DA SILVA						13 Bairro VILA JAU	
	14 Município POA		15 UF SP	16 CEP 08559-050	17 Carteira de Trabalho (nº, série, UF) 053316 - 00331 / SP			
	18 CPF 492.281.026-91		19 Data de nascimento 09/02/1967	20 Nome da mãe ALAIDE CARDOSO DA SILVA				
	21 Remuneração p/ fins rescisórios 2.591,77		22 Data de admissão 27/10/2021		23 Data do Aviso Prévio 09/03/2022		24 Data de afastamento 08/04/2022	
DADOS DO CONTRATO	25 Causa do afastamento Demitido SEM justa causa			26 Cód. afastamento 01		27 Pensão alimentícia (%) 0,00		28 Categoria do trabalhador 01
DISCRIMINAÇÃO DAS VERBAS RESCISÓRIAS	29 Aviso Prévio Indenizado 0,00		38 Comissões 0,00		DEDUÇÕES			
	30 Saldo salário 1 dias 546,92		39 Gratificações 0,00		47 Previdência 55,09			
	31 13º Salário 3/12 avos 667,81		40 Horas extras 0,00 horas 0,00		48 Previdência 13º salário 50,08			
	32 13º Sal. Indeniz. /12 avos 0,00		41 Adic. insalub./ periculosidade 64,64		49 Adiantamento 0,00			
	33 Férias vencidas 0,00		42		50 IRRF 69,77			
	34 Férias proporc. 5/12 avos 1.079,91		43		51			
	35 1/3 salário s/ férias 359,97		44		52			
	36 Salário família 0,00		45 Outros proventos 0,00		53 Outros descontos 32,82			
	37 Adicional noturno 123,06		46 TOTAL BRUTO 2.842,31		54 TOTAL DAS DEDUÇÕES 207,76			
					55 LÍQUIDO A RECEBER 2.634,55			
FORMALIZAÇÃO DA RESCISÃO	56 Local e data do recebimento				57 Carimbo e assinatura do empregador ou preposto			
	58 Assinatura do trabalhador				59 Assinatura do responsável			
	60 HOMOLOGAÇÃO Foi prestada, gratuitamente, assistência ao trabalhador, nos termos do art. 477, § 1º, da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, sendo comprovado, neste ato, o efetivo pagamento das verbas rescisórias acima especificadas. Local e data Carimbo e assinatura do assistente				61 Digital do trabalhador		62 Digital do responsável	
	63 Identificação do órgão homologador				64 Recepção pelo Banco (data e carimbo)			

A ASSISTÊNCIA NO ATO DE RESCISÃO CONTRATUAL É GRATUITA

Convênio Nº 0099/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE 090196
Conjunto Hospitalar do Mandaqui
Natureza de Despesa: Custeio

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
01/05/2022 - AUTOATENDIMENTO - 15.07.33
3062703062 SEGUNDA VIA 0021

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: ASSOC HOSP B BRASIL

AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.511-4

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA

REMETENTE : ASSOC HOSP B BRASIL

BANCO: 033 - BCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

AGENCIA: 0935-0 - ALTO DE SANTANA CAP SP

CONTA: 1.007.477-3

FAVORECIDO: MARLENE APARECIDA SERCL EVARISTO

CPF/CNPJ: 145.167.178-40

VALOR: R\$ 4.687,10

DEBITO EM: 14/04/2022

=====

DOCUMENTO: 041435

AUTENTICACAO SISBB: 9.FF4.8CD.55C.8B4.342

Convênio Nº 0099/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE 090196
Conjunto Hospitalar do Mandaqui
Natureza de Despesa: Custeio

TERMO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR	01 CNPJ/CEI 45.349.461/0015-08	02 Razão Social/Nome ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL				
	03 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) AVENIDA AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 - SALA 12					04 Bairro JARDIM ARIANO
	05 Município SAO PAULO	06 UF SP	07 CEP 16400-400	08 CNAE 8610-1/02	09 CNPJ/CEI Tomador/Obra	
IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR	10 PIS - PASEP 122.36708.94-9	11 Nome MARLENE APARECIDA SERCL EVARISTO				
	12 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) Rua JUAN VICENTE					13 Bairro BANDEIRAS
	14 Município OSASCO	15 UF SP	16 CEP 06160-180	17 Carteira de Trabalho (nº, série, UF) 88904 - 0006 / SP		
	18 CPF 145.167.178-40	19 Data de nascimento 31/01/1971	20 Nome da mãe ANA HELENA SERCL EVARISTO			
DADOS DO CONTRATO	21 Remuneração p/ fins rescisórios 4.622,29	22 Data de admissão 27/10/2021	23 Data do Aviso Prévio 09/03/2022	24 Data de afastamento 08/04/2022		
	25 Causa do afastamento Demitido SEM justa causa		26 Cód. afastamento 01	27 Pensão alimentícia (%) 0,00	28 Categoria do trabalhador 01	
DISCRIMINAÇÃO DAS VERBAS RESCISÓRIAS	29 Aviso Prévio Indenizado	0,00	38 Comissões	0,00	DEDUÇÕES	
	30 Saldo salário 1 dias	1.048,79	39 Gratificações	0,00	47 Previdência	117,42
	31 13º Salário 3/12 avos	1.152,89	40 Horas extras 0,00 horas	0,00	48 Previdência 13º salário	86,46
	32 13º Sal. Indeniz. /12 avos	0,00	41 Adic. insalub./ periculosidade	64,64	49 Adiantamento	0,00
	33 Férias vencidas	0,00	42		50 IRRF	336,57
	34 Férias proporc. 5/12 avos	1.925,95	43		51	
	35 1/3 salário s/ férias	641,98	44		52	
	36 Salário família	0,00	45 Outros proventos	0,00	53 Outros descontos	0,00
	37 Adicional noturno	393,30	46 TOTAL BRUTO	5.227,55	54 TOTAL DAS DEDUÇÕES	540,45
					55 LIQUIDO A RECEBER	4.687,10
FORMALIZAÇÃO DA RESCISÃO	56 Local e data do recebimento		57 Carimbo e assinatura do empregador ou preposto			
	58 Assinatura do trabalhador		59 Assinatura do responsável			
	60 HOMOLOGAÇÃO Foi prestada, gratuitamente, assistência ao trabalhador, nos termos do art. 477, § 1º, da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, sendo comprovado, neste ato, o efetivo pagamento das verbas rescisórias acima especificadas. Local e data Carimbo e assinatura do assistente		61 Digital do trabalhador		62 Digital do responsável	
	63 Identificação do órgão homologador		64 Recepção pelo Banco (data e carimbo)			

A ASSISTÊNCIA NO ATO DE RESCISÃO CONTRATUAL É GRATUITA

Convênio Nº 0099/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE 090196
Conjunto Hospitalar do Mandaqui
Natureza de Despesa: Custeio

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
01/05/2022 - AUTOATENDIMENTO - 15.07.33
3062703062 SEGUNDA VIA 0029

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: ASSOC HOSP B BRASIL

AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.511-4

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA

REMETENTE : ASSOC HOSP B BRASIL

BANCO: 033 - BCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

AGENCIA: 0670-X - ITAQUERA

CONTA: 1.069.765-3

FAVORECIDO: MAURO DA SILVA GOMES

CPF/CNPJ: 280.984.978-10

VALOR: R\$ 2.687,61

DEBITO EM: 14/04/2022

=====

DOCUMENTO: 041436

AUTENTICACAO SISBB: 5.CD5.24F.B72.4D9.553

Convênio Nº 0099/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE 090196
Conjunto Hospitalar do Mandaqui
Natureza de Despesa: Custeio

TERMO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR	01 CNPJ/CEI 45.349.461/0015-08		02 Razão Social/Nome ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL				
	03 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) AVENIDA AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 - SALA 12						04 Bairro JARDIM ARIANO
	05 Município SAO PAULO		06 UF SP	07 CEP 16400-400	08 CNAE 8610-1/02	09 CNPJ/CEI Tomador/Obra	
IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR	10 PIS - PASEP 129.63845.60-1		11 Nome MAURO DA SILVA GOMES				
	12 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) Rua ORLANDO PELLICCI						13 Bairro CIDADE LIDER
	14 Município SAO PAULO		15 UF SP	16 CEP 08280-650	17 Carteira de Trabalho (nº, série, UF) 016856 - 00197 / SP		
	18 CPF 280.984.978-10		19 Data de nascimento 12/07/1978	20 Nome da mãe MARINALVA RODRIGUES DA SILVA GOMES			
DADOS DO CONTRATO	21 Remuneração p/ fins rescisórios 2.566,86		22 Data de admissão 27/10/2021		23 Data do Aviso Prévio 09/03/2022		24 Data de afastamento 08/04/2022
	25 Causa do afastamento Demitido SEM justa causa				26 Cód. afastamento 01	27 Pensão alimentícia (%) 0,00	28 Categoria do trabalhador 01
DISCRIMINAÇÃO DAS VERBAS RESCISÓRIAS	29 Aviso Prévio Indenizado 0,00		38 Comissões 0,00		DEDUÇÕES		
	30 Saldo salário 1 dias 546,79		39 Gratificações 0,00		47 Previdência 61,23		
	31 13º Salário 3/12 avos 662,37		40 Horas extras 0,00 horas 0,00		48 Previdência 13º salário 49,67		
	32 13º Sal. Indeniz. /12 avos 0,00		41 Adic. insalub./ periculosidade 64,64		49 Adiantamento 0,00		
	33 Férias vencidas 0,00		42		50 IRRF 73,56		
	34 Férias proporc. 5/12 avos 1.069,52		43		51		
	35 1/3 salário s/ férias 356,51		44		52		
	36 Salário família 0,00		45 Outros proventos 0,00		53 Outros descontos 32,81		
	37 Adicional noturno 205,05		46 TOTAL BRUTO 2.904,88		54 TOTAL DAS DEDUÇÕES 217,27		
					55 LÍQUIDO A RECEBER 2.687,61		
FORMALIZAÇÃO DA RESCISÃO	56 Local e data do recebimento				57 Carimbo e assinatura do empregador ou preposto		
	58 Assinatura do trabalhador				59 Assinatura do responsável		
	60 HOMOLOGAÇÃO Foi prestada, gratuitamente, assistência ao trabalhador, nos termos do art. 477, § 1º, da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, sendo comprovado, neste ato, o efetivo pagamento das verbas rescisórias acima especificadas. Local e data Carimbo e assinatura do assistente				61 Digital do trabalhador		62 Digital do responsável
	63 Identificação do órgão homologador				64 Recepção pelo Banco (data e carimbo)		

A ASSISTÊNCIA NO ATO DE RESCISÃO CONTRATUAL É GRATUITA

Convênio Nº 0099/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE 090196
Conjunto Hospitalar do Mandaqui
Natureza de Despesa: Custeio

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
01/05/2022 - AUTOATENDIMENTO - 15.07.33
3062703062 SEGUNDA VIA 0022

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE
TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL
CLIENTE: ASSOC HOSP B BRASIL
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.511-4

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : ASSOC HOSP B BRASIL
BANCO: 104 - CAIXA ECONOMICA FEDERAL
AGENCIA: 0831-1 - NOVA ARUJA
CONTA: 761.519.583-8

FAVORECIDO: NICOLAS APOLLO SANTOS ARAUJO
CPF/CNPJ: 440.858.548-36
VALOR: R\$ 2.646,94
DEBITO EM: 14/04/2022
=====

DOCUMENTO: 041437
AUTENTICACAO SISBB: C.957.520.796.38C.150

Convênio Nº 0099/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE 090196
Conjunto Hospitalar do Mandaqui
Natureza de Despesa: Custeio

TERMO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR	01 CNPJ/CEI 45.349.461/0015-08	02 Razão Social/Nome ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL							
	03 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) AVENIDA AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 - SALA 12							04 Bairro JARDIM ARIANO	
	05 Município SAO PAULO	06 UF SP	07 CEP 16400-400	08 CNAE 8610-1/02	09 CNPJ/CEI Tomador/Obra				
IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR	10 PIS - PASEP 164.74727.26-9	11 Nome NICOLAS APOLLO SANTOS ARAUJO							
	12 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) Avenida CHIYO YAMAMOTO							13 Bairro VILA NOVA BONSUCESSO	
	14 Município GUARULHOS	15 UF SP	16 CEP 07176-040	17 Carteira de Trabalho (nº, série, UF) 98874 - 00289 / SP					
	18 CPF 440.858.548-36	19 Data de nascimento 06/10/1995	20 Nome da mãe ELISETE APARECIDA SANTOS						
DADOS DO CONTRATO	21 Remuneração p/ fins rescisórios 2.466,21	22 Data de admissão 28/10/2021	23 Data do Aviso Prévio 09/03/2022	24 Data de afastamento 08/04/2022					
	25 Causa do afastamento Demitido SEM justa causa		26 Cód. afastamento 01	27 Pensão alimentícia (%) 0,00	28 Categoria do trabalhador 01				
DISCRIMINAÇÃO DAS VERBAS RESCISÓRIAS	29 Aviso Prévio Indenizado 0,00	30 Saldo salário 1 dias 546,79	31 13º Salário 3/12 avos 635,04	32 13º Sal. Indeniz. /12 avos 0,00	33 Férias vencidas 0,00	34 Férias proporc. 5/12 avos 1.027,58	35 1/3 salário s/ férias 342,53	36 Salário família 0,00	37 Adicional noturno 0,00
	38 Comissões 0,00	39 Gratificações 0,00	40 Horas extras 11,00 horas 171,96	41 Adic. insalub./ periculosidade 64,64	42	43	44	45 Outros proventos 24,57	46 TOTAL BRUTO 2.813,11
	DEDUÇÕES				47 Previdência 60,59	48 Previdência 13º salário 47,62	49 Adiantamento 0,00	50 IRRF 57,96	51
					52	53 Outros descontos 0,00	54 TOTAL DAS DEDUÇÕES 166,17	55 LÍQUIDO A RECEBER 2.646,94	
					56	57	58	59	
					60	61	62	63	
					64	65	66	67	
					68	69	70	71	
					72	73	74	75	
					76	77	78	79	

A ASSISTÊNCIA NO ATO DE RESCISÃO CONTRATUAL É GRATUITA

Convênio Nº 0099/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE 090196
Conjunto Hospitalar do Mandaqui
Natureza de Despesa: Custeio

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
01/05/2022 - AUTOATENDIMENTO - 15.07.33
3062703062 SEGUNDA VIA 0010

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: ASSOC HOSP B BRASIL

AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.511-4

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA

REMETENTE : ASSOC HOSP B BRASIL

BANCO: 341 - ITAU UNIBANCO S.A.

AGENCIA: 7130-7 - SP/PRACA PATRIARCA

CONTA: 10.799-3

FAVORECIDO: PEDRO PAULO DE JESUS MACEDO

CPF/CNPJ: 390.011.958-90

VALOR: R\$ 4.077,39

DEBITO EM: 14/04/2022

=====

DOCUMENTO: 041438

AUTENTICACAO SISBB: C.106.E5C.E9D.030.EEA

Convênio Nº 0099/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE 090196
Conjunto Hospitalar do Mandaqui
Natureza de Despesa: Custeio

TERMO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR	01 CNPJ/CEI 45.349.461/0015-08	02 Razão Social/Nome ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL						
	03 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) AVENIDA AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 - SALA 12							04 Bairro JARDIM ARIANO
	05 Município SAO PAULO	06 UF SP	07 CEP 16400-400	08 CNAE 8610-1/02	09 CNPJ/CEI Tomador/Obra			
IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR	10 PIS - PASEP 165.35873.89-8	11 Nome PEDRO PAULO DE JESUS MACEDO						
	12 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) Rua MARTIM BURCHARD							13 Bairro BRAS
	14 Município SAO PAULO	15 UF SP	16 CEP 03043-020	17 Carteira de Trabalho (nº, série, UF) 017073 - 00408 / SP				
	18 CPF 390.011.958-90	19 Data de nascimento 29/06/1991	20 Nome da mãe EUDES SEBASTIANA DE JESUS					
DADOS DO CONTRATO	21 Remuneração p/ fins rescisórios 4.175,36	22 Data de admissão 27/10/2021	23 Data do Aviso Prévio 09/03/2022	24 Data de afastamento 08/04/2022				
	25 Causa do afastamento Demitido SEM justa causa			26 Cód. afastamento 01	27 Pensão alimentícia (%) 0,00	28 Categoria do trabalhador 01		
DISCRIMINAÇÃO DAS VERBAS RESCISÓRIAS	29 Aviso Prévio Indenizado	0,00	38 Comissões	0,00	DEDUÇÕES			
	30 Saldo salário 1 dias	1.048,79	39 Gratificações	0,00	47 Previdência	83,50		
	31 13º Salário 3/12 avos	1.043,84	40 Horas extras 0,00 horas	0,00	48 Previdência 13º salário	78,28		
	32 13º Sal. Indeniz. /12 avos	0,00	41 Adic. insalub./ periculosidade	64,64	49 Adiantamento	0,00		
	33 Férias vencidas	0,00	42		50 IRRF	237,74		
	34 Férias proporc. 5/12 avos	1.739,73	43		51			
	35 1/3 salário s/ férias	579,91	44		52			
	36 Salário família	0,00	45 Outros proventos	0,00	53 Outros descontos	0,00		
	37 Adicional noturno	0,00	46 TOTAL BRUTO	4.476,91	54 TOTAL DAS DEDUÇÕES	399,52		
					55 LÍQUIDO A RECEBER	4.077,39		
FORMALIZAÇÃO DA RESCISÃO	56 Local e data do recebimento			57 Carimbo e assinatura do empregador ou preposto				
	58 Assinatura do trabalhador			59 Assinatura do responsável				
	60 HOMOLOGAÇÃO Foi prestada, gratuitamente, assistência ao trabalhador, nos termos do art. 477, § 1º, da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, sendo comprovado, neste ato, o efetivo pagamento das verbas rescisórias acima especificadas. Local e data Carimbo e assinatura do assistente			61 Digital do trabalhador		62 Digital do responsável		
	63 Identificação do órgão homologador			64 Recepção pelo Banco (data e carimbo)				

A ASSISTÊNCIA NO ATO DE RESCISÃO CONTRATUAL É GRATUITA

Convênio Nº 0099/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE 090196
Conjunto Hospitalar do Mandaqui
Natureza de Despesa: Custeio

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
01/05/2022 - AUTOATENDIMENTO - 15.07.33
3062703062 SEGUNDA VIA 0023
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE
TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL
CLIENTE: ASSOC HOSP B BRASIL
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.511-4
=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : ASSOC HOSP B BRASIL
BANCO: 033 - BCO SANTANDER (BRASIL) S.A.
AGENCIA: 0935-0 - ALTO DE SANTANA CAP SP
CONTA: 1.008.594-8

FAVORECIDO: RAQUEL SANTOS MARCOS GONSAGA
CPF/CNPJ: 347.725.998-00
VALOR: R\$ 2.303,97
DEBITO EM: 14/04/2022
=====

DOCUMENTO: 041439
AUTENTICACAO SISBB: 1.E1C.7F9.FF5.EE7.5D4

Convênio Nº 0099/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE 090196
Conjunto Hospitalar do Mandaqui
Natureza de Despesa: Custeio

TERMO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR	01 CNPJ/CEI 45.349.461/0015-08		02 Razão Social/Nome ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL				
	03 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) AVENIDA AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 - SALA 12						04 Bairro JARDIM ARIANO
	05 Município SAO PAULO	06 UF SP	07 CEP 16400-400	08 CNAE 8610-1/02	09 CNPJ/CEI Tomador/Obra		
IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR	10 PIS - PASEP 201.04802.13-2		11 Nome RAQUEL SANTOS MARCOS GONSAGA				
	12 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) Rua GILDA						13 Bairro VILA DO AMERICANO
	14 Município FERRAZ DE VASCONCELOS		15 UF SP	16 CEP 08533-210	17 Carteira de Trabalho (nº, série, UF) 011426 - 00331 / SP		
	18 CPF 347.725.998-00	19 Data de nascimento 29/12/1986	20 Nome da mãe MARIMA DA SILVA SANTOS MARCOS				
DADOS DO CONTRATO	21 Remuneração p/ fins rescisórios 2.292,85		22 Data de admissão 27/10/2021		23 Data do Aviso Prévio 09/03/2022		24 Data de afastamento 08/04/2022
	25 Causa do afastamento Demitido SEM justa causa				26 Cód. afastamento 01	27 Pensão alimentícia (%) 0,00	28 Categoria do trabalhador 01
DISCRIMINAÇÃO DAS VERBAS RESCISÓRIAS	29 Aviso Prévio Indenizado 0,00		38 Comissões 0,00		DEDUÇÕES		
	30 Saldo salário 1 dias 546,79		39 Gratificações 0,00		47 Previdência 45,85		
	31 13º Salário 3/12 avos 573,21		40 Horas extras 0,00 horas 0,00		48 Previdência 13º salário 42,99		
	32 13º Sal. Indeniz. /12 avos 0,00		41 Adic. Insalub./ periculosidade 64,64		49 Adiantamento 0,00		
	33 Férias vencidas 0,00		42		50 IRRF 32,82		
	34 Férias proporc. 5/12 avos 955,35		43		51		
	35 1/3 salário s/ férias 318,45		44		52		
	36 Salário família 0,00		45 Outros proventos 0,00		53 Outros descontos 32,81		
	37 Adicional noturno 0,00		46 TOTAL BRUTO 2.458,44		54 TOTAL DAS DEDUÇÕES 154,47		
					55 LIQUIDO A RECEBER 2.303,97		
FORMALIZAÇÃO DA RESCISÃO	56 Local e data do recebimento				57 Carimbo e assinatura do empregador ou preposto		
	58 Assinatura do trabalhador				59 Assinatura do responsável		
	60 HOMOLOGAÇÃO Foi prestada, gratuitamente, assistência ao trabalhador, nos termos do art. 477, § 1º, da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, sendo comprovado, neste ato, o efetivo pagamento das verbas rescisórias acima especificadas. Local e data Carimbo e assinatura do assistente				61 Digital do trabalhador		62 Digital do responsável
	63 Identificação do órgão homologador				64 Recepção pelo Banco (data e carimbo)		

A ASSISTÊNCIA NO ATO DE RESCISÃO CONTRATUAL É GRATUITA

Convênio Nº 0099/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE 090196
Conjunto Hospitalar do Mandaqui
Natureza de Despesa: Custeio

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
01/05/2022 - AUTOATENDIMENTO - 15.07.33
3062703062 SEGUNDA VIA 0022
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL
CLIENTE: ASSOC HOSP B BRASIL
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.511-4
=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : ASSOC HOSP B BRASIL
BANCO: 033 - BCO SANTANDER (BRASIL) S.A.
AGENCIA: 2201-2 - JARDIM BRASIL - SP CAPITAL
CONTA: 1.019.971-5

FAVORECIDO: RENATA CRISTINA DUARTE
CPF/CNPJ: 486.792.398-28
VALOR: R\$ 2.251,95
DEBITO EM: 14/04/2022

=====

DOCUMENTO: 041440
AUTENTICACAO SISBB: 4.E38.2D6.5CD.DB2.DA0

Convênio Nº 0099/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE 090196
Conjunto Hospitalar do Mandaqui
Natureza de Despesa: Custeio

TERMO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR	01 CNPJ/CEI 45.349.461/0015-08	02 Razão Social/Nome ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL					
	03 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) AVENIDA AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 - SALA 12						04 Bairro JARDIM ARIANO
	05 Município SAO PAULO	06 UF SP	07 CEP 16400-400	08 CNAE 8610-1/02	09 CNPJ/CEI Tomador/Obra		
IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR	10 PIS - PASEP 212.94032.06-4	11 Nome RENATA CRISTINA DUARTE					
	12 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) Rua CONSTANCIO FESTA						13 Bairro JARDIM BRASIL (ZONA NORTE)
	14 Município SAO PAULO	15 UF SP	16 CEP 02227-170	17 Carteira de Trabalho (nº, série, UF) 83714 - 00426 / SP			
	18 CPF 486.792.398-28	19 Data de nascimento 04/09/1999	20 Nome da mãe MARIA DE LOURDES FLOR				
DADOS DO CONTRATO	21 Remuneração p/ fins rescisórios 2.292,85	22 Data de admissão 27/10/2021	23 Data do Aviso Prévio 09/03/2022		24 Data de afastamento 08/04/2022		
	25 Causa do afastamento Demitido SEM justa causa		26 Cód. afastamento 01	27 Pensão alimentícia (%) 0,00		28 Categoria do trabalhador 01	
DISCRIMINAÇÃO DAS VERBAS RESCISÓRIAS	29 Aviso Prévio Indenizado 0,00	30 Saldo salário 1 dias 546,79	31 13º Salário 3/12 avos 573,21	32 13º Sal. Indeniz. /12 avos 0,00	33 Férias vencidas 0,00	34 Férias proporc. 5/12 avos 955,35	35 1/3 salário s/ férias 318,45
	36 Salário família 0,00	37 Adicional noturno 0,00	38 Comissões 0,00	39 Gratificações 0,00	40 Horas extras 0,00 horas 0,00	41 Adic. insalub./ periculosidade 56,56	42 TOTAL BRUTO 2.450,36
	DEDUÇÕES						
	43	44	45	46	47 Previdência 40,12	48 Previdência 13º salário 42,99	49 Adiantamento 0,00
	50 IRRF 46,95	51	52	53 Outros descontos 68,35	54 TOTAL DAS DEDUÇÕES 198,41	55 LIQUIDO A RECEBER 2.251,95	
FORMALIZAÇÃO DA RESCISÃO	56 Local e data do recebimento			57 Carimbo e assinatura do empregador ou preposto			
	58 Assinatura do trabalhador			59 Assinatura do responsável			
	60 HOMOLOGAÇÃO Foi prestada, gratuitamente, assistência ao trabalhador, nos termos do art. 477, § 1º, da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, sendo comprovado, neste ato, o efetivo pagamento das verbas rescisórias acima especificadas. Local e data Carimbo e assinatura do assistente			61 Digital do trabalhador		62 Digital do responsável	
	63 Identificação do órgão homologador			64 Recepção pelo Banco (data e carimbo)			

A ASSISTÊNCIA NO ATO DE RESCISÃO CONTRATUAL É GRATUITA

Convênio Nº 0099/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE 090196
Conjunto Hospitalar do Mandaqui
Natureza de Despesa: Custeio

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
01/05/2022 - AUTOATENDIMENTO - 15.07.33
3062703062 SEGUNDA VIA 0022

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: ASSOC HOSP B BRASIL

AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.511-4

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA

REMETENTE : ASSOC HOSP B BRASIL

BANCO: 341 - ITAU UNIBANCO S.A.

AGENCIA: 2395-7 - S PAULO PB KOGA KOGA

CONTA: 1.263-2

FAVORECIDO: RITCHIE RENATO JUVENCIO TEIXEIRA

CPF/CNPJ: 320.409.878-86

VALOR: R\$ 4.034,42

DEBITO EM: 14/04/2022

=====

DOCUMENTO: 041441

AUTENTICACAO SISBB: C.D99.FDF.D89.E20.F77

Convênio Nº 0099/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE 090196
Conjunto Hospitalar do Mandaqui
Natureza de Despesa: Custeio

TERMO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR	01 CNPJ/CEI 45.349.461/0015-08		02 Razão Social/Nome ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL				
	03 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) AVENIDA AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 - SALA 12						04 Bairro JARDIM ARIANO
	05 Município SAO PAULO	06 UF SP	07 CEP 16400-400	08 CNAE 8610-1/02	09 CNPJ/CEI Tomador/Obra		
IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR	10 PIS - PASEP 131.77808.85-5		11 Nome RITCHIE RENATO JUVÊNCIO TEIXEIRA				
	12 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) Travessa BANDEIRA BRANCA						13 Bairro JARDIM DA CONQUISTA (ZONA
	14 Município SAO PAULO		15 UF SP	16 CEP 08344-110	17 Carteira de Trabalho (nº, série, UF) 21610 - 00309 / SP		
	18 CPF 320.409.878-86	19 Data de nascimento 25/03/1984	20 Nome da mãe VALDENICE JUVENVIO TEIXEIRA				
DADOS DO CONTRATO	21 Remuneração p/ fins rescisórios 4.175,36		22 Data de admissão 28/10/2021		23 Data do Aviso Prévio 09/03/2022		24 Data de afastamento 08/04/2022
	25 Causa do afastamento Demitido SEM justa causa				26 Cod. afastamento 01	27 Pensão alimentícia (%) 0,00	28 Categoria do trabalhador 01
DISCRIMINAÇÃO DAS VERBAS RESCISÓRIAS	29 Aviso Prévio Indenizado 0,00		38 Comissões 0,00		DEDUÇÕES		
	30 Saldo salário 1 dias 1.048,79		39 Gratificações 0,00		47 Previdência 83,50		
	31 13º Salário 3/12 avos 1.043,84		40 Horas extras 0,00 horas 0,00		48 Previdência 13º salário 78,28		
	32 13º Sal. Indeniz. /12 avos 0,00		41 Adic. insalub./ periculosidade 64,64		49 Adiantamento 0,00		
	33 Férias vencidas 0,00		42		50 IRRF 217,78		
	34 Férias proporc. 5/12 avos 1.739,73		43		51		
	35 1/3 salário s/ férias 579,91		44		52		
	36 Salário família 0,00		45 Outros proventos 0,00		53 Outros descontos 62,93		
	37 Adicional noturno 0,00		46 TOTAL BRUTO 4.476,91		54 TOTAL DAS DEDUÇÕES 442,49		
					55 LÍQUIDO A RECEBER 4.034,42		
FORMALIZAÇÃO DA RESCISÃO	56 Local e data do recebimento				57 Carimbo e assinatura do empregador ou preposto		
	58 Assinatura do trabalhador				59 Assinatura do responsável		
	60 HOMOLOGAÇÃO Foi prestada, gratuitamente, assistência ao trabalhador, nos termos do art. 477, § 1º, da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, sendo comprovado, neste ato, o efetivo pagamento das verbas rescisórias acima especificadas. Local e data Carimbo e assinatura do assistente				61 Digital do trabalhador		62 Digital do responsável
	63 Identificação do órgão homologador				64 Recepção pelo Banco (data e carimbo)		

A ASSISTÊNCIA NO ATO DE RESCISÃO CONTRATUAL É GRATUITA

Convênio Nº 0099/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE 090196
Conjunto Hospitalar do Mandaqui
Natureza de Despesa: Custeio

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
01/05/2022 - AUTOATENDIMENTO - 15.07.33
3062703062 SEGUNDA VIA 0012

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: ASSOC HOSP B BRASIL

AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.511-4

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA

REMETENTE : ASSOC HOSP B BRASIL

BANCO: 341 - ITAU UNIBANCO S.A.

AGENCIA: 7909-X - FERRAZ VASCONCELOS AV.XV NOVEN

CONTA: 17.545-2

FAVORECIDO: ROGERIO LUIZ DA SILVA

CPF/CNPJ: 051.773.655-14

VALOR: R\$ 2.341,26

DEBITO EM: 14/04/2022

=====

DOCUMENTO: 041442

AUTENTICACAO SISBB: 5.4FE.1BF.D29.932.66C

Convênio Nº 0099/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE 090196
Conjunto Hospitalar do Mandaqui
Natureza de Despesa: Custeio

TERMO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR	01 CNPJ/CEI 45.349.461/0015-08	02 Razão Social/Nome ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL				
	03 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) AVENIDA AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 - SALA 12					04 Bairro JARDIM ARIANO
	05 Município SAO PAULO	06 UF SP	07 CEP 16400-400	08 CNAE 8610-1/02	09 CNPJ/CEI Tomador/Obra	
IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR	10 PIS - PASEP 165.52271.91-4	11 Nome ROGÉRIO LUIZ DA SILVA				
	12 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) Rua SARGENTO JOSE PESSOTO SOBRINHO					13 Bairro PARQUE NOVO MUNDO
	14 Município SAO PAULO	15 UF SP	16 CEP 02178-000	17 Carteira de Trabalho (nº, série, UF) 1217042 - 003-0 / BA		
	18 CPF 051.773.655-14	19 Data de nascimento 16/06/1991	20 Nome da mãe DILVANA CUNHA SOUSA			
DADOS DO CONTRATO	21 Remuneração p/ fins rescisórios 2.376,18	22 Data de admissão 27/10/2021	23 Data do Aviso Prévio 09/03/2022	24 Data de afastamento 08/04/2022		
	25 Causa do afastamento Demitido SEM justa causa		26 Cód. afastamento 01	27 Pensão alimentícia (%) 0,00	28 Categoria do trabalhador 01	
DISCRIMINAÇÃO DAS VERBAS RESCISÓRIAS	29 Aviso Prévio Indenizado 0,00	38 Comissões 0,00	DEDUÇÕES			
	30 Saldo salário 1 dias 546,79	39 Gratificações 0,00	47 Previdência 45,85			
	31 13º Salário 3/12 avos 573,21	40 Horas extras 0,00 horas 0,00	48 Previdência 13º salário 42,99			
	32 13º Sal. Indeniz. /12 avos 0,00	41 Adic. insalub./ periculosidade 64,64	49 Adiantamento 0,00			
	33 Férias vencidas 0,00		50 IRRF 41,82			
	34 Férias proporc. 5/12 avos 990,07		51			
	35 1/3 salário s/ férias 330,02		52			
	36 Salário família 0,00	45 Outros proventos 0,00	53 Outros descontos 32,81			
	37 Adicional noturno 0,00	46 TOTAL BRUTO 2.504,73	54 TOTAL DAS DEDUÇÕES 163,47			
			55 LÍQUIDO A RECEBER 2.341,26			
FORMALIZAÇÃO DA RESCISÃO	56 Local e data do recebimento		57 Carimbo e assinatura do empregador ou preposto			
	58 Assinatura do trabalhador		59 Assinatura do responsável			
	60 HOMOLOGAÇÃO Foi prestada, gratuitamente, assistência ao trabalhador, nos termos do art. 477, § 1º, da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, sendo comprovado, neste ato, o efetivo pagamento das verbas rescisórias acima especificadas. Local e data Carimbo e assinatura do assistente		61 Digital do trabalhador		62 Digital do responsável	
	63 Identificação do órgão homologador		64 Recepção pelo Banco (data e carimbo)			

A ASSISTÊNCIA NO ATO DE RESCISÃO CONTRATUAL É GRATUITA

Convênio Nº 0099/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE 090196
Conjunto Hospitalar do Mandaqui
Natureza de Despesa: Custeio

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
01/05/2022 - AUTOATENDIMENTO - 15.07.33
3062703062 SEGUNDA VIA 0026
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE
TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL
CLIENTE: ASSOC HOSP B BRASIL
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.511-4
=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : ASSOC HOSP B BRASIL
BANCO: 341 - ITAU UNIBANCO S.A.
AGENCIA: 1608-X - S PAULO CHAC STO ANTONIO
CONTA: 54.712-9

FAVORECIDO: SAMANTA GREGORIO UCHAIME
CPF/CNPJ: 345.450.238-19
VALOR: R\$ 2.674,58
DEBITO EM: 14/04/2022
=====

DOCUMENTO: 041443
AUTENTICACAO SISBB: D.713.9C4.D64.2FA.078

Convênio Nº 0099/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE 090196
Conjunto Hospitalar do Mandaqui
Natureza de Despesa: Custeio

TERMO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR	01 CNPJ/CEI 45.349.461/0015-08		02 Razão Social/Nome ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL				
	03 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) AVENIDA AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 - SALA 12						04 Bairro JARDIM ARIANO
	05 Município SAO PAULO	06 UF SP	07 CEP 16400-400	08 CNAE 8610-1/02	09 CNPJ/CEI Tomador/Obra		
IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR	10 PIS - PASEP 136.13812.93-1	11 Nome SAMANTA GREGORIO UCHAIME					
	12 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) Rua DOS PINHEIROS						13 Bairro JARDIM FELICIDADE (ZONA NC
	14 Município SAO PAULO	15 UF SP	16 CEP 02326-005	17 Carteira de Trabalho (nº, série, UF) 72963 - 308 / SP			
	18 CPF 345.450.238-19	19 Data de nascimento 02/07/1986	20 Nome da mãe LEA MARIA GREGORIO UCHAIME				
DADOS DO CONTRATO	21 Remuneração p/ fins rescisórios 2.588,46		22 Data de admissão 27/10/2021		23 Data do Aviso Prévio 09/03/2022		24 Data de afastamento 08/04/2022
	25 Causa do afastamento Demitido SEM justa causa				26 Cód. afastamento 01	27 Pensão alimentícia (%) 0,00	28 Categoria do trabalhador 01
DISCRIMINAÇÃO DAS VERBAS RESCISÓRIAS	29 Aviso Prévio Indenizado	0,00	38 Comissões	0,00	DEDUÇÕES		
	30 Saldo salário 1 dias	546,79	39 Gratificações	0,00	47 Previdência	58,16	
	31 13º Salário 3/12 avos	662,16	40 Horas extras 0,00 horas	0,00	48 Previdência 13º salário	49,66	
	32 13º Sal. Indeniz. /12 avos	0,00	41 Adic. insalub./ periculosidade	64,64	49 Adiantamento	0,00	
	33 Férias vencidas	0,00	42		50 IRRF	60,45	
	34 Férias proporc. 5/12 avos	1.078,52	43		51		
	35 1/3 salário s/ férias	359,51	44		52		
	36 Salário família	0,00	45 Outros proventos	0,00	53 Outros descontos	32,81	
	37 Adicional noturno	164,04	46 TOTAL BRUTO	2.875,66	54 TOTAL DAS DEDUÇÕES	201,08	
			47		55 LÍQUIDO A RECEBER	2.674,58	
FORMALIZAÇÃO DA RESCISÃO	56 Local e data do recebimento			57 Carimbo e assinatura do empregador ou preposto			
	58 Assinatura do trabalhador			59 Assinatura do responsável			
	60 HOMOLOGAÇÃO Foi prestada, gratuitamente, assistência ao trabalhador, nos termos do art. 477, § 1º, da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, sendo comprovado, neste ato, o efetivo pagamento das verbas rescisórias acima especificadas. Local e data Carimbo e assinatura do assistente			61 Digital do trabalhador		62 Digital do responsável	
	63 Identificação do órgão homologador			64 Recepção pelo Banco (data e carimbo)			

A ASSISTÊNCIA NO ATO DE RESCISÃO CONTRATUAL É GRATUITA

Convênio Nº 0099/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE 090196
Conjunto Hospitalar do Mandaqui
Natureza de Despesa: Custeio

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
01/05/2022 - AUTOATENDIMENTO - 15.07.33
3062703062 SEGUNDA VIA 0019
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE
TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL
CLIENTE: ASSOC HOSP B BRASIL
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.511-4
=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : ASSOC HOSP B BRASIL
BANCO: 077 - BANCO INTER
AGENCIA: 0001-9 - MATRIZ
CONTA: 16.182.914-7

FAVORECIDO: SANDRA ROSA JORGE DOS SANTOS
CPF/CNPJ: 286.225.728-11
VALOR: R\$ 2.699,93
DEBITO EM: 14/04/2022
=====

DOCUMENTO: 041444
AUTENTICACAO SISBB: 2.CB8.C17.FAD.655.0F5

Convênio Nº 0099/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE 090196
Conjunto Hospitalar do Mandaqui
Natureza de Despesa: Custeio

TERMO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR	01 CNPJ/CEI 45.349.461/0015-08		02 Razão Social/Nome ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL				
	03 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) AVENIDA AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 - SALA 12						04 Bairro JARDIM ARIANO
	05 Município SAO PAULO	06 UF SP	07 CEP 16400-400	08 CNAE 8610-1/02	09 CNPJ/CEI Tomador/Obra		
IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR	10 PIS - PASEP 236.12850.82-9		11 Nome SANDRA ROSA JORGE DOS SANTOS				
	12 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) Alameda SUBTENENTE-AVIADOR FRANCISCO HIERRO						13 Bairro PARQUE NOVO MUNDO
	14 Município SAO PAULO		15 UF SP	16 CEP 02187-040	17 Carteira de Trabalho (nº, série, UF) 052608 - 00364 / SP		
	18 CPF 286.225.728-11	19 Data de nascimento 03/09/1980	20 Nome da mãe GENI FLAUZINO DOS SANTOS				
DADOS DO CONTRATO	21 Remuneração p/ fins rescisórios 2.620,92		22 Data de admissão 28/10/2021		23 Data do Aviso Prévio 09/03/2022		24 Data de afastamento 08/04/2022
	25 Causa do afastamento Demitido SEM justa causa			26 Cód. afastamento 01	27 Pensão alimentícia (%) 0,00	28 Categoria do trabalhador 01	
DISCRIMINAÇÃO DAS VERBAS RESCISÓRIAS	29 Aviso Prévio Indenizado	0,00	38 Comissões	0,00	DEDUÇÕES		
	30 Saldo salário 1 dias	546,79	39 Gratificações	0,00	47 Previdência	58,16	
	31 13º Salário 3/12 avos	675,11	40 Horas extras 0,00 horas	0,00	48 Previdência 13º salário	50,63	
	32 13º Sal. Indeniz. /12 avos	0,00	41 Adic. insalub./ periculosidade	64,64	49 Adiantamento	0,00	
	33 Férias vencidas	0,00	42		50 IRRF	65,12	
	34 Férias proporc. 5/12 avos	1.092,05	43		51		
	35 1/3 salário s/ férias	364,02	44		52		
	36 Salário família	0,00	45 Outros proventos	0,00	53 Outros descontos	32,81	
	37 Adicional noturno	164,04	46 TOTAL BRUTO	2.906,65	54 TOTAL DAS DEDUÇÕES	206,72	
					55 LÍQUIDO A RECEBER	2.699,93	
FORMALIZAÇÃO DA RESCISÃO	56 Local e data do recebimento			57 Carimbo e assinatura do empregador ou preposto			
	58 Assinatura do trabalhador			59 Assinatura do responsável			
	60 HOMOLOGAÇÃO Foi prestada, gratuitamente, assistência ao trabalhador, nos termos do art. 477, § 1º, da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, sendo comprovado, neste ato, o efetivo pagamento das verbas rescisórias acima especificadas. Local e data Carimbo e assinatura do assistente			61 Digital do trabalhador		62 Digital do responsável	
	63 Identificação do órgão homologador			64 Recepção pelo Banco (data e carimbo)			

A ASSISTÊNCIA NO ATO DE RESCISÃO CONTRATUAL É GRATUITA

Convênio Nº 0099/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE 090196
Conjunto Hospitalar do Mandaqui
Natureza de Despesa: Custeio

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
01/05/2022 - AUTOATENDIMENTO - 15.07.33
3062703062 SEGUNDA VIA 0019

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: ASSOC HOSP B BRASIL

AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.511-4

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA

REMETENTE : ASSOC HOSP B BRASIL

BANCO: 104 - CAIXA ECONOMICA FEDERAL

AGENCIA: 3811-3 - VILA VIRGINIA

CONTA: 23.387-6

FAVORECIDO: SHEYLA NOBRES DOS SANTOS VIANA

CPF/CNPJ: 181.704.378-14

VALOR: R\$ 4.077,39

DEBITO EM: 14/04/2022

=====

DOCUMENTO: 041445

AUTENTICACAO SISBB: F.3CF.758.5BE.839.09B

Convênio Nº 0099/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE 090196
Conjunto Hospitalar do Mandaqui
Natureza de Despesa: Custeio

TERMO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR	01 CNPJ/CEI 45.349.461/0015-08	02 Razão Social/Nome ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL					
	03 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) AVENIDA AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 - SALA 12						04 Bairro JARDIM ARIANO
	05 Município SAO PAULO	06 UF SP	07 CEP 16400-400	08 CNAE 8610-1/02	09 CNPJ/CEI Tomador/Obra		
IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR	10 PIS - PASEP 124.62546.14-8	11 Nome SHEYLA NOBRES DOS SANTOS VIANA					
	12 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) Avenida FERNANDO VASCONCELOS ROSSI						13 Bairro PEDREIRA
	14 Município ITAQUAQUECETUBA		15 UF SP	16 CEP 08572-000	17 Carteira de Trabalho (nº, série, UF) 92998 - 00147 / SP		
	18 CPF 181.704.378-14	19 Data de nascimento 23/11/1973	20 Nome da mãe LUZIA FURTADO DOS SANTOS				
DADOS DO CONTRATO	21 Remuneração p/ fins rescisórios 4.175,36	22 Data de admissão 27/10/2021	23 Data do Aviso Prévio 09/03/2022		24 Data de afastamento 08/04/2022		
	25 Causa do afastamento Demitido SEM justa causa		26 Cód. afastamento 01	27 Pensão alimentícia (%) 0,00	28 Categoria do trabalhador 01		
DISCRIMINAÇÃO DAS VERBAS RESCISÓRIAS	29 Aviso Prévio Indenizado	0,00	38 Comissões	0,00	DEDUÇÕES		
	30 Saldo salário 1 dias	1.048,79	39 Gratificações	0,00	47 Previdência	83,50	
	31 13º Salário 3/12 avos	1.043,84	40 Horas extras 0,00 horas	0,00	48 Previdência 13º salário	78,28	
	32 13º Sal. Indeniz. /12 avos	0,00	41 Adic. insalub./ periculosidade	64,64	49 Adiantamento	0,00	
	33 Férias vencidas	0,00	42		50 IRRF	237,74	
	34 Férias proporc. 5/12 avos	1.739,73	43		51		
	35 1/3 salário s/ férias	579,91	44		52		
	36 Salário família	0,00	45 Outros proventos	0,00	53 Outros descontos	0,00	
	37 Adicional noturno	0,00	46 TOTAL BRUTO	4.476,91	54 TOTAL DAS DEDUÇÕES	399,52	
					55 LÍQUIDO A RECEBER	4.077,39	
FORMALIZAÇÃO DA RESCISÃO	56 Local e data do recebimento			57 Carimbo e assinatura do empregador ou preposto			
	58 Assinatura do trabalhador			59 Assinatura do responsável			
	60 HOMOLOGAÇÃO Foi prestada, gratuitamente, assistência ao trabalhador, nos termos do art. 477, § 1º, da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, sendo comprovado, neste ato, o efetivo pagamento das verbas rescisórias acima especificadas. Local e data Carimbo e assinatura do assistente			61 Digital do trabalhador		62 Digital do responsável	
	63 Identificação do órgão homologador			64 Recepção pelo Banco (data e carimbo)			

A ASSISTÊNCIA NO ATO DE RESCISÃO CONTRATUAL É GRATUITA

Convênio Nº 0099/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE 090196
Conjunto Hospitalar do Mandaqui
Natureza de Despesa: Custeio

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
01/05/2022 - AUTOATENDIMENTO - 15.07.33
3062703062 SEGUNDA VIA 0022

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: ASSOC HOSP B BRASIL

AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.511-4

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA

REMETENTE : ASSOC HOSP B BRASIL

BANCO: 341 - ITAU UNIBANCO S.A.

AGENCIA: 0786-2 - S PAULO JD BONFIGLIOLI

CONTA: 22.456-8

FAVORECIDO: TATIANE RENATA DOS SANTOS TAVARES

CPF/CNPJ: 299.306.998-56

VALOR: R\$ 2.720,02

DEBITO EM: 14/04/2022

=====

DOCUMENTO: 041446

AUTENTICACAO SISBB: 7.784.B1E.BC1.A19.3E4

Convênio Nº 0099/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE 090196
Conjunto Hospitalar do Mandaqui
Natureza de Despesa: Custeio

TERMO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR	01 CNPJ/CEI 45.349.461/0015-08	02 Razão Social/Nome ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL					
	03 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) AVENIDA AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 - SALA 12						04 Bairro JARDIM ARIANO
	05 Município SAO PAULO	06 UF SP	07 CEP 16400-400	08 CNAE 8610-1/02	09 CNPJ/CEI Tomador/Obra		
IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR	10 PIS - PASEP 134.56146.85-9	11 Nome TATIANE RENATA DOS SANTOS TAVARES					
	12 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) Estrada RIBEIRAO						13 Bairro CHACARA ROSELANDIA
	14 Município COTIA	15 UF SP	16 CEP 06702-567	17 Carteira de Trabalho (nº, série, UF) 65622 - 00200 / SP			
	18 CPF 299.306.998-56	19 Data de nascimento 16/07/1978	20 Nome da mãe MARIA DA CONCEIÇÃO DOS SANTOS TAVARES				
DADOS DO CONTRATO	21 Remuneração p/ fins rescisórios 2.545,24	22 Data de admissão 28/10/2021	23 Data do Aviso Prévio 09/03/2022	24 Data de afastamento 08/04/2022			
	25 Causa do afastamento Demitido SEM justa causa		26 Cód. afastamento 01	27 Pensão alimentícia (%) 0,00	28 Categoria do trabalhador 01		
DISCRIMINAÇÃO DAS VERBAS RESCISÓRIAS	29 Aviso Prévio Indenizado 0,00	30 Saldo salário 1 dias 546,79	31 13º Salário 3/12 avos 632,86	32 13º Sal. Indeniz. /12 avos 0,00	33 Férias vencidas 0,00	34 Férias proporc. 5/12 avos 1.060,51	35 1/3 salário s/ férias 353,50
	36 Salário família 0,00	37 Adicional noturno 246,05	38 Comissões 0,00	39 Gratificações 0,00	40 Horas extras 0,00 horas 0,00	41 Adic. insalub./ periculosidade 64,64	42 TOTAL BRUTO 2.904,35
					DEDUÇÕES		
					47 Previdência	64,31	
					48 Previdência 13º salário	47,46	
					49 Adiantamento	0,00	
					50 IRRF	72,56	
					51		
					52		
					53 Outros descontos	0,00	
				54 TOTAL DAS DEDUÇÕES	184,33		
				55 LÍQUIDO A RECEBER	2.720,02		
FORMALIZAÇÃO DA RESCISÃO	56 Local e data do recebimento			57 Carimbo e assinatura do empregador ou preposto			
	58 Assinatura do trabalhador			59 Assinatura do responsável			
	60 HOMOLOGAÇÃO Foi prestada, gratuitamente, assistência ao trabalhador, nos termos do art. 477, § 1º, da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, sendo comprovado, neste ato, o efetivo pagamento das verbas rescisórias acima especificadas. Local e data Carimbo e assinatura do assistente			61 Digital do trabalhador		62 Digital do responsável	
	63 Identificação do órgão homologador			64 Recepção pelo Banco (data e carimbo)			

A ASSISTÊNCIA NO ATO DE RESCISÃO CONTRATUAL É GRATUITA

Convênio Nº 0099/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE 090196
Conjunto Hospitalar do Mandaqui
Natureza de Despesa: Custeio

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
01/05/2022 - AUTOATENDIMENTO - 15.07.33
3062703062 SEGUNDA VIA 0022

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: ASSOC HOSP B BRASIL

AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.511-4

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA

REMETENTE : ASSOC HOSP B BRASIL

BANCO: 237 - BCO BRADESCO S.A.

AGENCIA: 7819-0 - BROOKLIN - URB SAO PAULO

CONTA: 39.973-6

FAVORECIDO: TIAGO DA SILVA PINHO

CPF/CNPJ: 333.036.208-14

VALOR: R\$ 2.680,84

DEBITO EM: 14/04/2022

=====

DOCUMENTO: 041447

AUTENTICACAO SISBB: 7.0E0.410.8CF.F00.7FB

Convênio Nº 0099/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE 090196
Conjunto Hospitalar do Mandaqui
Natureza de Despesa: Custeio

TERMO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR	01 CNPJ/CEI 45.349.461/0015-08	02 Razão Social/Nome ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL					
	03 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) AVENIDA AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 - SALA 12						04 Bairro JARDIM ARIANO
	05 Município SAO PAULO	06 UF SP	07 CEP 16400-400	08 CNAE 8610-1/02	09 CNPJ/CEI Tomador/Obra		
IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR	10 PIS - PASEP 127.77590.14-3	11 Nome TIAGO DA SILVA PINHO					
	12 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) Rua CORONEL AIRES DE CAMPOS CASTRO						13 Bairro AGUA FRIA
	14 Município SAO PAULO	15 UF SP	16 CEP 02407-020	17 Carteira de Trabalho (nº, série, UF) 010856 - 00292 / SP			
	18 CPF 333.036.208-14	19 Data de nascimento 26/06/1986	20 Nome da mãe ANISIA PAULA DA SILVA PINHO				
DADOS DO CONTRATO	21 Remuneração p/ fins rescisórios 2.566,86	22 Data de admissão 27/10/2021	23 Data do Aviso Prévio 09/03/2022		24 Data de afastamento 08/04/2022		
	25 Causa do afastamento Demitido SEM justa causa		26 Cód. afastamento 01	27 Pensão alimentícia (%) 0,00	28 Categoria do trabalhador 01		
DISCRIMINAÇÃO DAS VERBAS RESCISÓRIAS	29 Aviso Prévio Indenizado 0,00	38 Comissões 0,00	DEDUÇÕES				
	30 Saldo salário 1 dias 546,79	39 Gratificações 0,00	47 Previdência 58,16				
	31 13º Salário 3/12 avos 654,61	40 Horas extras 0,00 horas 0,00	48 Previdência 13º salário 49,09				
	32 13º Sal. Indeniz. /12 avos 0,00	41 Adic. insalub./ periculosidade 64,64	49 Adiantamento 0,00				
	33 Férias vencidas 0,00	42	50 IRRF 68,02				
	34 Férias proporc. 5/12 avos 1.069,52	43	51				
	35 1/3 salário s/ férias 356,51	44	52				
	36 Salário família 0,00	45 Outros proventos 0,00	53 Outros descontos 0,00				
	37 Adicional noturno 164,04	46 TOTAL BRUTO 2.856,11	54 TOTAL DAS DEDUÇÕES 175,27				
	55 LÍQUIDO A RECEBER 2.680,84						
FORMALIZAÇÃO DA RESCISÃO	56 Local e data do recebimento		57 Carimbo e assinatura do empregador ou preposto				
	58 Assinatura do trabalhador		59 Assinatura do responsável				
	60 HOMOLOGAÇÃO Foi prestada, gratuitamente, assistência ao trabalhador, nos termos do art. 477, § 1º, da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, sendo comprovado, neste ato, o efetivo pagamento das verbas rescisórias acima especificadas. Local e data Carimbo e assinatura do assistente		61 Digital do trabalhador		62 Digital do responsável		
	63 Identificação do órgão homologador		64 Recepção pelo Banco (data e carimbo)				

A ASSISTÊNCIA NO ATO DE RESCISÃO CONTRATUAL É GRATUITA

Convênio Nº 0099/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE 090196
Conjunto Hospitalar do Mandaqui
Natureza de Despesa: Custeio

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
01/05/2022 - AUTOATENDIMENTO - 15.07.34
3062703062 SEGUNDA VIA 0023
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: ASSOC HOSP B BRASIL

AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.511-4

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA

REMETENTE : ASSOC HOSP B BRASIL

BANCO: 237 - BCO BRADESCO S.A.

AGENCIA: 0545-2 - V.NOVA CACHOEIR-USP

CONTA: 1.033.706-2

FAVORECIDO: VALDIRA DE LIMA DA HORA SILVA

CPF/CNPJ: 148.464.288-00

VALOR: R\$ 2.327,18

DEBITO EM: 14/04/2022

=====

DOCUMENTO: 041448

AUTENTICACAO SISBB: D.A34.046.8BF.240.BB0

Convênio N° 0099/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE 090196
Conjunto Hospitalar do Mandaqui
Natureza de Despesa: Custeio

TERMO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR	01 CNPJ/CEI 45.349.461/0015-08		02 Razão Social/Nome ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL				
	03 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) AVENIDA AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 - SALA 12						04 Bairro JARDIM ARIANO
	05 Município SAO PAULO	06 UF SP	07 CEP 16400-400	08 CNAE 8610-1/02	09 CNPJ/CEI Tomador/Obra		
IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR	10 PIS - PASEP 125.45881.14-9		11 Nome VALDIRA DE LIMA DA HORA SILVA				
	12 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) Rua FLORENCIO FERREIRA						13 Bairro JARDIM ELISA MARIA
	14 Município SAO PAULO		15 UF SP	16 CEP 02873-530	17 Carteira de Trabalho (nº, série, UF) 090676 - 00170 / SP		
	18 CPF 148.464.288-00	19 Data de nascimento 27/10/1972	20 Nome da mãe ELENA MARIA DE LIMA				
DADOS DO CONTRATO	21 Remuneração p/ fins rescisórios 2.292,85		22 Data de admissão 27/10/2021		23 Data do Aviso Prévio 09/03/2022		24 Data de afastamento 08/04/2022
	25 Causa do afastamento Demitido SEM justa causa			26 Cód. afastamento 01	27 Pensão alimentícia (%) 0,00	28 Categoria do trabalhador 01	
DISCRIMINAÇÃO DAS VERBAS RESCISÓRIAS	29 Aviso Prévio Indenizado	0,00	38 Comissões	0,00	DEDUÇÕES		
	30 Saldo salário 1 dias	546,79	39 Gratificações	0,00	47 Previdência	45,85	
	31 13º Salário 3/12 avos	573,21	40 Horas extras 0,00 horas	0,00	48 Previdência 13º salário	42,99	
	32 13º Sal. Indeniz. /12 avos	0,00	41 Adic. insalub./ periculosidade	64,64	49 Adiantamento	0,00	
	33 Férias vencidas	0,00	42		50 IRRF	42,42	
	34 Férias proporc. 5/12 avos	955,35	43		51		
	35 1/3 salário s/ férias	318,45	44		52		
	36 Salário família	0,00	45 Outros proventos	0,00	53 Outros descontos	0,00	
	37 Adicional noturno	0,00	46 TOTAL BRUTO	2.458,44	54 TOTAL DAS DEDUÇÕES	131,26	
					55 LÍQUIDO A RECEBER	2.327,18	
FORMALIZAÇÃO DA RESCISÃO	56 Local e data do recebimento			57 Carimbo e assinatura do empregador ou preposto			
	58 Assinatura do trabalhador			59 Assinatura do responsável			
	60 HOMOLOGAÇÃO Foi prestada, gratuitamente, assistência ao trabalhador, nos termos do art. 477, § 1º, da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, sendo comprovado, neste ato, o efetivo pagamento das verbas rescisórias acima especificadas. Local e data Carimbo e assinatura do assistente			61 Digital do trabalhador		62 Digital do responsável	
	63 Identificação do órgão homologador			64 Recepção pelo Banco (data e carimbo)			

A ASSISTÊNCIA NO ATO DE RESCISÃO CONTRATUAL É GRATUITA

Convênio Nº 0099/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE 090196
Conjunto Hospitalar do Mandaqui
Natureza de Despesa: Custeio

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
01/05/2022 - AUTOATENDIMENTO - 15.07.34
3062703062 SEGUNDA VIA 0020

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: ASSOC HOSP B BRASIL

AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.511-4

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA

REMETENTE : ASSOC HOSP B BRASIL

BANCO: 104 - CAIXA ECONOMICA FEDERAL

AGENCIA: 4155-6 - CENTRO EMPRESARIAL

CONTA: 752.544.299-2

FAVORECIDO: VALERIA NASCIMENTO DE MENEZES COSTA

CPF/CNPJ: 267.841.258-00

VALOR: R\$ 2.548,92

DEBITO EM: 14/04/2022

=====

DOCUMENTO: 041449

AUTENTICACAO SISBB: 8.A98.C38.27D.EBF.5DC

Convênio Nº 0099/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE 090196
Conjunto Hospitalar do Mandaqui
Natureza de Despesa: Custeio

TERMO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR	01 CNPJ/CEI 45.349.461/0015-08		02 Razão Social/Nome ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL					
	03 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) AVENIDA AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 - SALA 12							04 Bairro JARDIM ARIANO
	05 Município SAO PAULO		06 UF SP	07 CEP 16400-400	08 CNAE 8610-1/02	09 CNPJ/CEI Tomador/Obra		
IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR	10 PIS - PASEP 130.15377.81-6		11 Nome VALERIA NASCIMENTO DE MENEZES COSTA					
	12 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) Rua UM - CASA							13 Bairro JARDIM SAO LUIS
	14 Município SAO PAULO		15 UF SP	16 CEP 05813-045	17 Carteira de Trabalho (nº, série, UF) 033066 - 00213 / SP			
	18 CPF 267.841.258-00		19 Data de nascimento 25/04/1979	20 Nome da mãe LINDAURA LOPES DO NASCIMENTO MENEZES				
DADOS DO CONTRATO	21 Remuneração p/ fins rescisórios 2.376,73		22 Data de admissão 27/10/2021		23 Data do Aviso Prévio 09/03/2022		24 Data de afastamento 08/04/2022	
	25 Causa do afastamento Demitido SEM justa causa				26 Cód. afastamento 01	27 Pensão alimentícia (%) 0,00		28 Categoria do trabalhador 01
DISCRIMINAÇÃO DAS VERBAS RESCISÓRIAS	29 Aviso Prévio Indenizado	0,00	38 Comissões	0,00	DEDUÇÕES			
	30 Saldo salário 1 dias	546,79	39 Gratificações	0,00	47 Previdência	61,23		
	31 13º Salário 3/12 avos	615,15	40 Horas extras 0,00 horas	0,00	48 Previdência 13º salário	46,13		
	32 13º Sal. Indeniz. /12 avos	0,00	41 Adic. insalub./ periculosidade	64,64	49 Adiantamento	0,00		
	33 Férias vencidas	0,00	42		50 IRRF	62,94		
	34 Férias proporc. 5/12 avos	990,30	43		51			
	35 1/3 salário s/ férias	330,10	44		52			
	36 Salário família	0,00	45 Outros proventos	0,00	53 Outros descontos	32,81		
	37 Adicional noturno	205,05	46 TOTAL BRUTO	2.752,03	54 TOTAL DAS DEDUÇÕES	203,11		
					55 LIQUIDO A RECEBER	2.548,92		
FORMALIZAÇÃO DA RESCISÃO	56 Local e data do recebimento				57 Carimbo e assinatura do empregador ou preposto			
	58 Assinatura do trabalhador				59 Assinatura do responsável			
	60 HOMOLOGAÇÃO Foi prestada, gratuitamente, assistência ao trabalhador, nos termos do art. 477, § 1º, da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, sendo comprovado, neste ato, o efetivo pagamento das verbas rescisórias acima especificadas. Local e data Carimbo e assinatura do assistente				61 Digital do trabalhador		62 Digital do responsável	
	63 Identificação do órgão homologador				64 Recepção pelo Banco (data e carimbo)			

A ASSISTÊNCIA NO ATO DE RESCISÃO CONTRATUAL É GRATUITA

Convênio Nº 0099/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE 090196
Conjunto Hospitalar do Mandaqui
Natureza de Despesa: Custeio

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
01/05/2022 - AUTOATENDIMENTO - 15.07.34
3062703062 SEGUNDA VIA 0017
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL
CLIENTE: ASSOC HOSP B BRASIL
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.511-4

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : ASSOC HOSP B BRASIL
BANCO: 033 - BCO SANTANDER (BRASIL) S.A.
AGENCIA: 0651-3 - HORTO FLORESTAL
CONTA: 1.016.770-4

FAVORECIDO: VANESSA DE CASSIA MATIAS CORREA SAN
CPF/CNPJ: 340.687.688-97
VALOR: R\$ 2.447,92
DEBITO EM: 14/04/2022
=====

DOCUMENTO: 041450
AUTENTICACAO SISBB: F.AA4.2D5.B15.A73.E6E

Convênio Nº 0099/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE 090196
Conjunto Hospitalar do Mandaqui
Natureza de Despesa: Custeio

TERMO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR	01 CNPJ/CEI 45.349.461/0015-08		02 Razão Social/Nome ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL					
	03 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) AVENIDA AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 - SALA 12							04 Bairro JARDIM ARIANO
	05 Município SAO PAULO			06 UF SP	07 CEP 16400-400	08 CNAE 8610-1/02	09 CNPJ/CEI Tomador/Obra	
IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR	10 PIS - PASEP 203.95445.69-2		11 Nome VANESSA DE CASSIA MATIAS CORREA SANTOS					
	12 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) Rua SESENTA E SETE							13 Bairro PARQUE CONTINENTAL II
	14 Município GUARULHOS			15 UF SP	16 CEP 07084-390	17 Carteira de Trabalho (nº, série, UF) 092603 - 00262 / SP		
	18 CPF 340.687.688-97		19 Data de nascimento 18/07/1983	20 Nome da mãe VALDEMIRA FERNANDES FERREIRA CORREA				
DADOS DO CONTRATO	21 Remuneração p/ fins rescisórios 2.376,18		22 Data de admissão 28/10/2021		23 Data do Aviso Prévio 09/03/2022		24 Data de afastamento 08/04/2022	
	25 Causa do afastamento Demitido SEM justa causa				26 Cód. afastamento 01	27 Pensão alimentícia (%) 0,00		28 Categoria do trabalhador 01
DISCRIMINAÇÃO DAS VERBAS RESCISÓRIAS	29 Aviso Prévio Indenizado 0,00		38 Comissões 0,00		DEDUÇÕES			
	30 Saldo salário 1 dias 546,79		39 Gratificações 0,00		47 Previdência 45,85			
	31 13º Salário 3/12 avos 614,88		40 Horas extras 0,00 horas 0,00		48 Previdência 13º salário 46,11			
	32 13º Sal. Indeniz. /12 avos 0,00		41 Adic. insalub./ periculosidade 64,64		49 Adiantamento 0,00			
	33 Férias vencidas 0,00		42		50 IRRF 29,03			
	34 Férias proporc. 5/12 avos 1.006,95		43		51			
	35 1/3 salário s/ férias 335,65		44		52			
	36 Salário família 0,00		45 Outros proventos 0,00		53 Outros descontos 0,00			
	37 Adicional noturno 0,00		46 TOTAL BRUTO 2.568,91		54 TOTAL DAS DEDUÇÕES 120,99			
					55 LIQUIDO A RECEBER 2.447,92			
FORMALIZAÇÃO DA RESCISÃO	56 Local e data do recebimento				57 Carimbo e assinatura do empregador ou preposto			
	58 Assinatura do trabalhador				59 Assinatura do responsável			
	60 HOMOLOGAÇÃO Foi prestada, gratuitamente, assistência ao trabalhador, nos termos do art. 477, § 1º, da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, sendo comprovado, neste ato, o efetivo pagamento das verbas rescisórias acima especificadas. Local e data Carimbo e assinatura do assistente				61 Digital do trabalhador		62 Digital do responsável	
	63 Identificação do órgão homologador				64 Recepção pelo Banco (data e carimbo)			

A ASSISTÊNCIA NO ATO DE RESCISÃO CONTRATUAL É GRATUITA

Convênio Nº 0099/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE 090196
Conjunto Hospitalar do Mandaqui
Natureza de Despesa: Custeio

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
01/05/2022 - AUTOATENDIMENTO - 15.07.34
3062703062 SEGUNDA VIA 0020

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: ASSOC HOSP B BRASIL

AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.511-4

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA

REMETENTE : ASSOC HOSP B BRASIL

BANCO: 104 - CAIXA ECONOMICA FEDERAL

AGENCIA: 0642-4 - SUZANO

CONTA: 146.929-3

FAVORECIDO: VANESSA LIMA DOS SANTOS FRANCO

CPF/CNPJ: 449.558.628-96

VALOR: R\$ 2.696,60

DEBITO EM: 14/04/2022

=====

DOCUMENTO: 041451

AUTENTICACAO SISBB: F.482.AA0.5C9.B87.2F7

Convênio Nº 0099/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE 090196
Conjunto Hospitalar do Mandaqui
Natureza de Despesa: Custeio

TERMO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR	01 CNPJ/CEI 45.349.461/0015-08		02 Razão Social/Nome ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL					
	03 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) AVENIDA AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 - SALA 12						04 Bairro JARDIM ARIANO	
	05 Município SAO PAULO		06 UF SP	07 CEP 16400-400	08 CNAE 8610-1/02	09 CNPJ/CEI Tomador/Obra		
IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR	10 PIS - PASEP 210.22197.83-7		11 Nome VANESSA LIMA DOS SANTOS FRANCO					
	12 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) Rua ANTONIO DA COSTA						13 Bairro JARDIM CACIQUE	
	14 Município SUZANO		15 UF SP	16 CEP 08616-270	17 Carteira de Trabalho (nº, série, UF) 88793 - 00331 / SP			
	18 CPF 449.558.628-96		19 Data de nascimento 15/07/1995	20 Nome da mãe ANTONIA ARISTIDA LIMA DOS SANTOS				
DADOS DO CONTRATO	21 Remuneração p/ fins rescisórios 2.599,86		22 Data de admissão 28/10/2021		23 Data do Aviso Prévio 09/03/2022		24 Data de afastamento 08/04/2022	
	25 Causa do afastamento Demitido SEM justa causa				26 Cód. afastamento 01	27 Pensão alimentícia (%) 0,00		28 Categoria do trabalhador 01
DISCRIMINAÇÃO DAS VERBAS RESCISÓRIAS	29 Aviso Prévio Indenizado 0,00		38 Comissões 0,00		DEDUÇÕES			
	30 Saldo salário 1 dias 546,79		39 Gratificações 0,00		47 Previdência 60,59			
	31 13º Salário 3/12 avos 667,66		40 Horas extras 11,00 horas 171,96		48 Previdência 13º salário 50,07			
	32 13º Sal. Indeniz. /12 avos 0,00		41 Adic. insalub./ periculosidade 64,64		49 Adiantamento 0,00			
	33 Férias vencidas 0,00		42		50 IRRF 79,91			
	34 Férias proporc. 5/12 avos 1.083,27		43		51			
	35 1/3 salário s/ férias 361,09		44		52			
	36 Salário família 0,00		45 Outros proventos 24,57		53 Outros descontos 32,81			
	37 Adicional noturno 0,00		46 TOTAL BRUTO 2.919,98		54 TOTAL DAS DEDUÇÕES 223,38			
					55 LÍQUIDO A RECEBER 2.696,60			
FORMALIZAÇÃO DA RESCISÃO	56 Local e data do recebimento				57 Carimbo e assinatura do empregador ou preposto			
	58 Assinatura do trabalhador				59 Assinatura do responsável			
	60 HOMOLOGAÇÃO Foi prestada, gratuitamente, assistência ao trabalhador, nos termos do art. 477, § 1º, da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, sendo comprovado, neste ato, o efetivo pagamento das verbas rescisórias acima especificadas. Local e data Carimbo e assinatura do assistente				61 Digital do trabalhador		62 Digital do responsável	
	63 Identificação do órgão homologador				64 Recepção pelo Banco (data e carimbo)			

A ASSISTÊNCIA NO ATO DE RESCISÃO CONTRATUAL É GRATUITA

Convênio Nº 0099/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE 090196
Conjunto Hospitalar do Mandaqui
Natureza de Despesa: Custeio

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
01/05/2022 - AUTOATENDIMENTO - 15.07.34
3062703062 SEGUNDA VIA 0011

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: ASSOC HOSP B BRASIL

AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.511-4

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA

REMETENTE : ASSOC HOSP B BRASIL

BANCO: 237 - BCO BRADESCO S.A.

AGENCIA: 0091-4 - SANTANA-URB SP

CONTA: 739.824-7

FAVORECIDO: VERONICA OLIVEIRA FARIAS

CPF/CNPJ: 805.057.405-91

VALOR: R\$ 2.639,64

DEBITO EM: 14/04/2022

=====

DOCUMENTO: 041452

AUTENTICACAO SISBB: C.986.440.3C1.0E2.D9B

Convênio Nº 0099/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE 090196
Conjunto Hospitalar do Mandaqui
Natureza de Despesa: Custeio

TERMO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR	01 CNPJ/CEI 45.349.461/0015-08		02 Razão Social/Nome ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL				
	03 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) AVENIDA AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 - SALA 12						04 Bairro JARDIM ARIANO
	05 Município SAO PAULO	06 UF SP	07 CEP 16400-400	08 CNAE 8610-1/02	09 CNPJ/CEI Tomador/Obra		
IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR	10 PIS - PASEP 206.79078.13-9		11 Nome VERONICA OLIVEIRA FARIAS				
	12 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) Rua LUIS BOTTA - AP 11						13 Bairro CIDADE SAO MATEUS
	14 Município SAO PAULO		15 UF SP	16 CEP 03959-000	17 Carteira de Trabalho (nº, série, UF) 35710 - 71 / BA		
	18 CPF 805.057.405-91	19 Data de nascimento 27/03/1980	20 Nome da mãe VERA LUCIA FARIAS				
DADOS DO CONTRATO	21 Remuneração p/ fins rescisórios 2.548,85		22 Data de admissão 27/10/2021		23 Data do Aviso Prévio 09/03/2022		24 Data de afastamento 08/04/2022
	25 Causa do afastamento Demitido SEM justa causa			26 Cód. afastamento 01	27 Pensão alimentícia (%) 0,00		28 Categoria do trabalhador 01
DISCRIMINAÇÃO DAS VERBAS RESCISÓRIAS	29 Aviso Prévio Indenizado	0,00	38 Comissões	0,00	DEDUÇÕES		
	30 Saldo salário 1 dias	546,79	39 Gratificações	0,00	47 Previdência	58,16	
	31 13º Salário 3/12 avos	647,77	40 Horas extras 0,00 horas	0,00	48 Previdência 13º salário	48,58	
	32 13º Sal. Indeniz. /12 avos	0,00	41 Adic. insalub./ periculosidade	64,64	49 Adiantamento	0,00	
	33 Férias vencidas	0,00	42		50 IRRF	60,06	
	34 Férias proporc. 5/12 avos	1.062,01	43		51		
	35 1/3 salário s/ férias	354,00	44		52		
	36 Salário família	0,00	45 Outros proventos	0,00	53 Outros descontos	32,81	
	37 Adicional noturno	164,04	46 TOTAL BRUTO	2.839,25	54 TOTAL DAS DEDUÇÕES	199,61	
					55 LÍQUIDO A RECEBER	2.639,64	
FORMALIZAÇÃO DA RESCISÃO	56 Local e data do recebimento			57 Carimbo e assinatura do empregador ou preposto			
	58 Assinatura do trabalhador			59 Assinatura do responsável			
	60 HOMOLOGAÇÃO Foi prestada, gratuitamente, assistência ao trabalhador, nos termos do art. 477, § 1º, da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, sendo comprovado, neste ato, o efetivo pagamento das verbas rescisórias acima especificadas. Local e data Carimbo e assinatura do assistente			61 Digital do trabalhador		62 Digital do responsável	
	63 Identificação do órgão homologador			64 Recepção pelo Banco (data e carimbo)			

A ASSISTÊNCIA NO ATO DE RESCISÃO CONTRATUAL É GRATUITA

Convênio Nº 0099/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE 090196
Conjunto Hospitalar do Mandaqui
Natureza de Despesa: Custeio

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
01/05/2022 - AUTOATENDIMENTO - 15.07.34
3062703062 SEGUNDA VIA 0013

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: ASSOC HOSP B BRASIL

AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.511-4

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA

REMETENTE : ASSOC HOSP B BRASIL

BANCO: 237 - BCO BRADESCO S.A.

AGENCIA: 2857-6 - AV.AGUA FRIA-USP

CONTA: 1.001.915-0

FAVORECIDO: VLADIMIR SILVA DE ALMEIDA

CPF/CNPJ: 268.551.328-04

VALOR: R\$ 2.678,88

DEBITO EM: 14/04/2022

=====

DOCUMENTO: 041453

AUTENTICACAO SISBB: 1.6BF.B95.189.EAB.D77

Convênio Nº 0099/2021
Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE 090196
Conjunto Hospitalar do Mandaqui
Natureza de Despesa: Custeio

TERMO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR	01 CNPJ/CEI 45.349.461/0015-08		02 Razão Social/Nome ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL					
	03 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) AVENIDA AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 - SALA 12						04 Bairro JARDIM ARIANO	
	05 Município SAO PAULO			06 UF SP	07 CEP 16400-400	08 CNAE 8610-1/02	09 CNPJ/CEI Tomador/Obra	
	10 PIS - PASEP 125.39535.90-0		11 Nome VLADIMIR SILVA DE ALMEIDA					
IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR	12 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) Rua GENERAL CARNEIRO						13 Bairro JARDIM ANA ESTELA	
	14 Município CARAPICUIBA			15 UF SP	16 CEP 06355-080	17 Carteira de Trabalho (nº, série, UF) 54827 - 00178 / SP		
	18 CPF 268.551.328-04	19 Data de nascimento 12/05/1977	20 Nome da mãe CLEUNICE PULCINO DA SILVA ALMEIDA					
	21 Remuneração p/ fins rescisórios 2.576,18		22 Data de admissão 27/10/2021	23 Data do Aviso Prévio 09/03/2022		24 Data de afastamento 08/04/2022		
DADOS DO CONTRATO	25 Causa do afastamento Demitido SEM justa causa			26 Cód. afastamento 01	27 Pensão alimentícia (%) 0,00		28 Categoria do trabalhador 01	
DISCRIMINAÇÃO DAS VERBAS RESCISÓRIAS	29 Aviso Prévio Indenizado	0,00	38 Comissões	0,00	DEDUÇÕES			
	30 Saldo salário 1 dias	546,79	39 Gratificações	0,00	47 Previdência	58,16		
	31 13º Salário 3/12 avos	652,74	40 Horas extras 0,00 horas	0,00	48 Previdência 13º salário	48,95		
	32 13º Sal. Indeniz. /12 avos	0,00	41 Adic. insalub./ periculosidade	64,64	49 Adiantamento	0,00		
	33 Férias vencidas	0,00	42		50 IRRF	73,43		
	34 Férias proporc. 5/12 avos	1.073,41	43		51			
	35 1/3 salário s/ férias	357,80	44		52			
	36 Salário família	0,00	45 Outros proventos	0,00	53 Outros descontos	0,00		
	37 Adicional noturno	164,04	46 TOTAL BRUTO	2.859,42	54 TOTAL DAS DEDUÇÕES	180,54		
					55 LÍQUIDO A RECEBER	2.678,88		
FORMALIZAÇÃO DA RESCISÃO	56 Local e data do recebimento			57 Carimbo e assinatura do empregador ou preposto				
	58 Assinatura do trabalhador			59 Assinatura do responsável				
	60 HOMOLOGAÇÃO Foi prestada, gratuitamente, assistência ao trabalhador, nos termos do art. 477, § 1º, da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, sendo comprovado, neste ato, o efetivo pagamento das verbas rescisórias acima especificadas. Local e data Carimbo e assinatura do assistente			61 Digital do trabalhador		62 Digital do responsável		
	63 Identificação do órgão homologador			64 Recepção pelo Banco (data e carimbo)				

A ASSISTÊNCIA NO ATO DE RESCISÃO CONTRATUAL É GRATUITA

Convênio Nº 0099/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE 090196
Conjunto Hospitalar do Mandaqui
Natureza de Despesa: Custeio

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
01/05/2022 - AUTOATENDIMENTO - 15.07.34
3062703062 SEGUNDA VIA 0012
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

COMPROVANTE DE
TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL
CLIENTE: ASSOC HOSP B BRASIL
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.511-4

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : ASSOC HOSP B BRASIL
BANCO: 104 - CAIXA ECONOMICA FEDERAL
AGENCIA: 4494-6 - CIDADE DOS PINHEIRAIS
CONTA: 756.295.727-5

FAVORECIDO: ALINE DA SILVA OLIVEIRA
CPF/CNPJ: 395.085.668-41
VALOR: R\$ 2.205,42
DEBITO EM: 14/04/2022
=====

DOCUMENTO: 041454
AUTENTICACAO SISBB: 8.663.A4A.9F2.839.71C

Convênio Nº 0099/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE 090196
Conjunto Hospitalar do Mandaqui
Natureza de Despesa: Custeio

TERMO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR	01 CNPJ/CEI 45.349.461/0015-08		02 Razão Social/Nome ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL					
	03 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) AVENIDA AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 - SALA 12						04 Bairro JARDIM ARIANO	
	05 Município SAO PAULO		06 UF SP	07 CEP 16400-400	08 CNAE 8610-1/02	09 CNPJ/CEI Tomador/Obra		
IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR	10 PIS - PASEP 206.86853.75-4		11 Nome ALINE DA SILVA OLIVEIRA					
	12 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) Rua MARLENE (SIT APARECIDA) - CASA						13 Bairro VILA ROSINA	
	14 Município CAIEIRAS		15 UF SP	16 CEP 07748-425	17 Carteira de Trabalho (nº, série, UF) 44412 - 00243 / SP			
	18 CPF 395.085.668-41		19 Data de nascimento 18/04/1992	20 Nome da mãe MARENICE MARCULINA DA SILVA OLIVEIRA				
DADOS DO CONTRATO	21 Remuneração p/ fins rescisórios 2.045,74		22 Data de admissão 27/10/2021		23 Data do Aviso Prévio 09/03/2022		24 Data de afastamento 08/04/2022	
	25 Causa do afastamento Demitido SEM justa causa				26 Cód. afastamento 01		27 Pensão alimentícia (%) 0,00	
DISCRIMINAÇÃO DAS VERBAS RESCISÓRIAS	29 Aviso Prévio Indenizado 0,00		38 Comissões 0,00		DEDUÇÕES			
	30 Saldo salário 1 dias 467,58		39 Gratificações 0,00		47 Previdência 52,74			
	31 13º Salário 3/12 avos 498,96		40 Horas extras 11,00 horas 149,69		48 Previdência 13º salário 37,42			
	32 13º Sal. Indeniz. /12 avos 0,00		41 Adic. insalub./ periculosidade 64,64		49 Adiantamento 0,00			
	33 Férias vencidas 0,00		42		50 IRRF 15,13			
	34 Férias proporc. 5/12 avos 852,39		43		51			
	35 1/3 salário s/ férias 284,13		44		52			
	36 Salário família 0,00		45 Outros proventos 21,38		53 Outros descontos 28,06			
	37 Adicional noturno 0,00		46 TOTAL BRUTO 2.338,77		54 TOTAL DAS DEDUÇÕES 133,35			
					55 LIQUIDO A RECEBER 2.205,42			
FORMALIZAÇÃO DA RESCISÃO	56 Local e data do recebimento				57 Carimbo e assinatura do empregador ou preposto			
	58 Assinatura do trabalhador				59 Assinatura do responsável			
	60 HOMOLOGAÇÃO Foi prestada, gratuitamente, assistência ao trabalhador, nos termos do art. 477, § 1º, da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, sendo comprovado, neste ato, o efetivo pagamento das verbas rescisórias acima especificadas. Local e data Carimbo e assinatura do assistente				61 Digital do trabalhador		62 Digital do responsável	
	63 Identificação do órgão homologador				64 Recepção pelo Banco (data e carimbo)			

A ASSISTÊNCIA NO ATO DE RESCISÃO CONTRATUAL É GRATUITA

Convênio Nº 0099/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE 090196
Conjunto Hospitalar do Mandaqui
Natureza de Despesa: Custeio

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
01/05/2022 - AUTOATENDIMENTO - 15.07.34
3062703062 SEGUNDA VIA 0023

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL
CLIENTE: ASSOC HOSP B BRASIL
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.511-4

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : ASSOC HOSP B BRASIL
BANCO: 033 - BCO SANTANDER (BRASIL) S.A.
AGENCIA: 0935-0 - ALTO DE SANTANA CAP SP
CONTA: 1.008.090-5

FAVORECIDO: RENATA TELES DOS SANTOS
CPF/CNPJ: 335.420.658-62
VALOR: R\$ 2.039,62
DEBITO EM: 14/04/2022

=====

DOCUMENTO: 041455
AUTENTICACAO SISBB: 1.FF6.680.2CC.A61.1FD

Convênio N° 0099/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE 090136
Conjunto Hospitalar do Mandaqui
Natureza de Despesa: Custeio

TERMO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR	01 CNPJ/CEI 45.349.461/0015-08	02 Razão Social/Nome ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL						
	03 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) AVENIDA AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 - SALA 12							04 Bairro JARDIM ARIANO
	05 Município SAO PAULO	06 UF SP	07 CEP 16400-400	08 CNAE 8610-1/02	09 CNPJ/CEI Tomador/Obra			
IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR	10 PIS - PASEP 204.44093.53-7	11 Nome RENATA TELES DOS SANTOS						
	12 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) Rua SARGENTO DA AERONAUTICA ARIIVALDO TEODORO B. DAS NEVES							13 Bairro CIDADE JARDIM CUMBICA
	14 Município GUARULHOS	15 UF SP	16 CEP 07181-240	17 Carteira de Trabalho (nº, série, UF) 26364 - 00289 / SP				
	18 CPF 335.420.658-62	19 Data de nascimento 03/04/1985	20 Nome da mãe MARIA HELENA TELES DOS SANTOS					
DADOS DO CONTRATO	21 Remuneração p/ fins rescisórios 1.995,84		22 Data de admissão 27/10/2021		23 Data do Aviso Prévio 09/03/2022		24 Data de afastamento 08/04/2022	
	25 Causa do afastamento Demitido SEM justa causa				26 Cód. afastamento 01	27 Pensão alimentícia (%) 0,00		28 Categoria do trabalhador 01
DISCRIMINAÇÃO DAS VERBAS RESCISÓRIAS	29 Aviso Prévio Indenizado	0,00	38 Comissões	0,00	DEDUÇÕES			
	30 Saldo salário 1 dias	467,58	39 Gratificações	0,00	47 Previdência	39,91		
	31 13º Salário 3/12 avos	498,96	40 Horas extras 0,00 horas	0,00	48 Previdência 13º salário	37,42		
	32 13º Sal. Indeniz. /12 avos	0,00	41 Adic. insalub./ periculosidade	64,64	49 Adiantamento	0,00		
	33 Férias vencidas	0,00	42		50 IRRF	17,48		
	34 Férias proporc. 5/12 avos	848,48	43		51			
	35 1/3 salário s/ férias	282,83	44		52			
	36 Salário família	0,00	45 Outros proventos	0,00	53 Outros descontos	28,06		
	37 Adicional noturno	0,00	46 TOTAL BRUTO	2.162,49	54 TOTAL DAS DEDUÇÕES	122,87		
			47		55 LÍQUIDO A RECEBER	2.039,62		
FORMALIZAÇÃO DA RESCISÃO	56 Local e data do recebimento				57 Carimbo e assinatura do empregador ou preposto			
	58 Assinatura do trabalhador				59 Assinatura do responsável			
	60 HOMOLOGAÇÃO Foi prestada, gratuitamente, assistência ao trabalhador, nos termos do art. 477, § 1º, da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, sendo comprovado, neste ato, o efetivo pagamento das verbas rescisórias acima especificadas. Local e data Carimbo e assinatura do assistente				61 Digital do trabalhador		62 Digital do responsável	
	63 Identificação do órgão homologador				64 Recepção pelo Banco (data e carimbo)			

A ASSISTÊNCIA NO ATO DE RESCISÃO CONTRATUAL É GRATUITA

Convênio Nº 0099/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE 090196
Conjunto Hospitalar do Mandaqui
Natureza de Despesa: Custeio

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
01/05/2022 - AUTOATENDIMENTO - 15.07.34
3062703062 SEGUNDA VIA 0023

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: ASSOC HOSP B BRASIL

AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.511-4

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA

REMETENTE : ASSOC HOSP B BRASIL

BANCO: 237 - BCO BRADESCO S.A.

AGENCIA: 0601-7 - PARADA DE TAIPAS, URB SP

CONTA: 3.318-9

FAVORECIDO: ROSANA DE JESUS CARMO

CPF/CNPJ: 175.764.058-48

VALOR: R\$ 2.002,89

DEBITO EM: 14/04/2022

=====

DOCUMENTO: 041456

AUTENTICACAO SISBB: F.28D.E86.FA4.FDD.200

Convênio Nº 0099/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE 090196
Conjunto Hospitalar do Mandaqui
Natureza de Despesa: Custeio

TERMO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR	01 CNPJ/CEI 45.349.461/0015-08		02 Razão Social/Nome ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL				
	03 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) AVENIDA AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 - SALA 12						04 Bairro JARDIM ARIANO
	05 Município SAO PAULO		06 UF SP	07 CEP 16400-400	08 CNAE 8610-1/02	09 CNPJ/CEI Tomador/Obra	
IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR	10 PIS - PASEP 123.24861.60-9		11 Nome ROSANA DE JESUS CARMO				
	12 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) Rua INTERATIVA (CJ HAB BRASILANDIA B)						13 Bairro VILA BRASILANDIA
	14 Município SAO PAULO		15 UF SP	16 CEP 02820-020	17 Carteira de Trabalho (nº, série, UF) 29305 - 098 / SP		
	18 CPF 175.764.058-48		19 Data de nascimento 07/11/1973	20 Nome da mãe RAIMUNDA DE JESUS CARMO			
DADOS DO CONTRATO	21 Remuneração p/ fins rescisórios 1.995,84		22 Data de admissão 27/10/2021		23 Data do Aviso Prévio 09/03/2022		24 Data de afastamento 08/04/2022
	25 Causa do afastamento Demitido SEM justa causa			26 Cód. afastamento 01	27 Pensão alimentícia (%) 0,00		28 Categoria do trabalhador 01
DISCRIMINAÇÃO DAS VERBAS RESCISÓRIAS	29 Aviso Prévio Indenizado 0,00		38 Comissões 0,00		47 Previdência 39,91		
	30 Saldo salário 1 dias 467,58		39 Gratificações 0,00		48 Previdência 13º salário 37,42		
	31 13º Salário 3/12 avos 498,96		40 Horas extras 0,00 horas 0,00		49 Adiantamento 0,00		
	32 13º Sal. Indeniz. /12 avos 0,00		41 Adic. insalub./ periculosidade 64,64		50 IRRF 31,70		
	33 Férias vencidas 0,00		42		51		
	34 Férias proporc. 5/12 avos 831,60		43		52		
	35 1/3 salário s/ férias 277,20		44		53 Outros descontos 28,06		
	36 Salário família 0,00		45 Outros proventos 0,00		54 TOTAL DAS DEDUÇÕES 137,09		
	37 Adicional noturno 0,00		46 TOTAL BRUTO 2.139,98		55 LÍQUIDO A RECEBER 2.002,89		
	FORMALIZAÇÃO DA RESCISÃO	56 Local e data do recebimento			57 Carimbo e assinatura do empregador ou preposto		
58 Assinatura do trabalhador			59 Assinatura do responsável				
60 HOMOLOGAÇÃO Foi prestada, gratuitamente, assistência ao trabalhador, nos termos do art. 477, § 1º, da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, sendo comprovado, neste ato, o efetivo pagamento das verbas rescisórias acima especificadas. Local e data Carimbo e assinatura do assistente			61 Digital do trabalhador		62 Digital do responsável		
63 Identificação do órgão homologador			64 Recepção pelo Banco (data e carimbo)				

A ASSISTÊNCIA NO ATO DE RESCISÃO CONTRATUAL É GRATUITA

Convênio Nº 0099/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE 090196
Conjunto Hospitalar do Mandaqui
Natureza de Despesa: Custeio

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
01/05/2022 - AUTOATENDIMENTO - 15.07.34
3062703062 SEGUNDA VIA 0019

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: ASSOC HOSP B BRASIL

AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.511-4

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA

REMETENTE : ASSOC HOSP B BRASIL

BANCO: 104 - CAIXA ECONOMICA FEDERAL

AGENCIA: 0023-X - ABAETETUBA

CONTA: 876.273.834-6

FAVORECIDO: NATALIA DE LIMA SILVA

CPF/CNPJ: 471.074.928-02

VALOR: R\$ 2.294,37

DEBITO EM: 14/04/2022

=====

DOCUMENTO: 041457

AUTENTICACAO SISBB: 7.BDD.AB2.24F.555.6F7

Convênio N° 0099/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE 090196
Conjunto Hospitalar do Mandaqui
Natureza de Despesa: Custeio

TERMO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR	01 CNPJ/CEI 45.349.461/0015-08		02 Razão Social/Nome ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL				
	03 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) AVENIDA AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 - SALA 12						04 Bairro JARDIM ARIANO
	05 Município SAO PAULO	06 UF SP	07 CEP 16400-400	08 CNAE 8610-1/02	09 CNPJ/CEI Tomador/Obra		
IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR	10 PIS - PASEP 203.91278.44-9	11 Nome NATALIA DE LIMA SILVA					
	12 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) Rua FLORENCIO FERREIRA						13 Bairro JARDIM ELISA MARIA
	14 Município SAO PAULO	15 UF SP	16 CEP 02873-530	17 Carteira de Trabalho (nº, série, UF) 098676 - 00431 / SP			
	18 CPF 471.074.928-02	19 Data de nascimento 02/12/1996	20 Nome da mãe VALDIRA DE LIMA DA HORA SILVA				
DADOS DO CONTRATO	21 Remuneração p/ fins rescisórios 2.292,85		22 Data de admissão 27/10/2021		23 Data do Aviso Prévio 09/03/2022		24 Data de afastamento 08/04/2022
	25 Causa do afastamento Demitido SEM justa causa				26 Cód. afastamento 01	27 Pensão alimentícia (%) 0,00	28 Categoria do trabalhador 01
DISCRIMINAÇÃO DAS VERBAS RESCISÓRIAS	29 Aviso Prévio Indenizado	0,00	38 Comissões	0,00	DEDUÇÕES		
	30 Saldo salário 1 dias	546,79	39 Gratificações	0,00	47 Previdência	45,85	
	31 13º Salário 3/12 avos	573,21	40 Horas extras 0,00 horas	0,00	48 Previdência 13º salário	42,99	
	32 13º Sal. indeniz. /12 avos	0,00	41 Adic. insalub./ periculosidade	64,64	49 Adiantamento	0,00	
	33 Férias vencidas	0,00	42		50 IRRF	42,42	
	34 Férias proporc. 5/12 avos	955,35	43		51		
	35 1/3 salário s/ férias	318,45	44		52		
	36 Salário família	0,00	45 Outros proventos	0,00	53 Outros descontos	32,81	
	37 Adicional noturno	0,00	46 TOTAL BRUTO	2.458,44	54 TOTAL DAS DEDUÇÕES	164,07	
					55 LIQUIDO A RECEBER	2.294,37	
FORMALIZAÇÃO DA RESCISÃO	56 Local e data do recebimento			57 Carimbo e assinatura do empregador ou preposto			
	58 Assinatura do trabalhador			59 Assinatura do responsável			
	60 HOMOLOGAÇÃO Foi prestada, gratuitamente, assistência ao trabalhador, nos termos do art. 477, § 1º, da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, sendo comprovado, neste ato, o efetivo pagamento das verbas rescisórias acima especificadas. Local e data Carimbo e assinatura do assistente			61 Digital do trabalhador		62 Digital do responsável	
	63 Identificação do órgão homologador			64 Recepção pelo Banco (data e carimbo)			

A ASSISTÊNCIA NO ATO DE RESCISÃO CONTRATUAL É GRATUITA

Convênio Nº 0099/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE 090196
Conjunto Hospitalar do Mandaqui
Natureza de Despesa: Custeio

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
01/05/2022 - AUTOATENDIMENTO - 15.07.34
3062703062 SEGUNDA VIA 0024

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: ASSOC HOSP B BRASIL

AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.511-4

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA

REMETENTE : ASSOC HOSP B BRASIL

BANCO: 237 - BCO BRADESCO S.A.

AGENCIA: 2688-3 - VILA POMPEIA, URB.SAO PAULO

CONTA: 9.971-6

FAVORECIDO: PALOMA DA SILVA PEREIRA

CPF/CNPJ: 075.521.095-64

VALOR: R\$ 2.665,59

DEBITO EM: 14/04/2022

=====

DOCUMENTO: 041458

AUTENTICACAO SISBB: C.502.932.EA7.D95.769

Convênio N° 0099/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE 090196
Conjunto Hospitalar do Mandaguai
Natureza de Despesa: Custeio

TERMO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR	01 CNPJ/CEI 45.349.461/0015-08		02 Razão Social/Nome ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL				
	03 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) AVENIDA AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 - SALA 12						04 Bairro JARDIM ARIANO
	05 Município SAO PAULO	06 UF SP	07 CEP 16400-400	08 CNAE 8610-1/02	09 CNPJ/CEI Tomador/Obra		
IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR	10 PIS - PASEP 165.89637.65-3	11 Nome PALOMA DA SILVA PEREIRA					
	12 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) Avenida ELISIO TEIXEIRA LEITE - sitio						13 Bairro SITIO MORRO GRANDE
	14 Município SAO PAULO	15 UF SP	16 CEP 02810-000	17 Carteira de Trabalho (nº, série, UF) 083377 - 00415 / SP			
	18 CPF 075.521.095-64	19 Data de nascimento 27/03/1996	20 Nome da mãe MARIA JOSE DA SILVA PEREIRA				
DADOS DO CONTRATO	21 Remuneração p/ fins rescisórios 2.585,69		22 Data de admissão 28/10/2021		23 Data do Aviso Prévio 09/03/2022		24 Data de afastamento 08/04/2022
	25 Causa do afastamento Demitido SEM justa causa				26 Cód. afastamento 01	27 Pensão alimentícia (%) 0,00	28 Categoria do trabalhador 01
DISCRIMINAÇÃO DAS VERBAS RESCISÓRIAS	29 Aviso Prévio Indenizado	0,00	38 Comissões	0,00	DEDUÇÕES		
	30 Saldo salário 1 dias	546,79	39 Gratificações	0,00	47 Previdência	58,16	
	31 13º Salário 3/12 avos	662,69	40 Horas extras 0,00 horas	0,00	48 Previdência 13º salário	49,70	
	32 13º Sal. indeniz. /12 avos	0,00	41 Adic. insalub./ periculosidade	64,64	49 Adiantamento	0,00	
	33 Férias vencidas	0,00			50 IRRF	68,39	
	34 Férias proporc. 5/12 avos	1.077,37			51		
	35 1/3 salário s/ férias	359,12			52		
	36 Salário família	0,00	45 Outros proventos	0,00	53 Outros descontos	32,81	
	37 Adicional noturno	164,04	46 TOTAL BRUTO	2.874,65	54 TOTAL DAS DEDUÇÕES	209,06	
					55 LÍQUIDO A RECEBER	2.665,59	
FORMALIZAÇÃO DA RESCISÃO	56 Local e data do recebimento			57 Carimbo e assinatura do empregador ou preposto			
	58 Assinatura do trabalhador			59 Assinatura do responsável			
	60 HOMOLOGAÇÃO Foi prestada, gratuitamente, assistência ao trabalhador, nos termos do art. 477, § 1º, da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, sendo comprovado, neste ato, o efetivo pagamento das verbas rescisórias acima especificadas. Local e data Carimbo e assinatura do assistente			61 Digital do trabalhador		62 Digital do responsável	
	63 Identificação do órgão homologador			64 Recepção pelo Banco (data e carimbo)			

A ASSISTÊNCIA NO ATO DE RESCISÃO CONTRATUAL É GRATUITA

Convênio Nº 0099/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE 090196
Conjunto Hospitalar do Mandaqui
Natureza de Despesa: Custeio

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
01/05/2022 - AUTOATENDIMENTO - 15.07.34
3062703062 SEGUNDA VIA 0018

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: ASSOC HOSP B BRASIL

AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.511-4

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA

REMETENTE : ASSOC HOSP B BRASIL

BANCO: 341 - ITAU UNIBANCO S.A.

AGENCIA: 6600-1 - SP/CERQUEIRA CESAR

CONTA: 563-8

FAVORECIDO: TATIANE DIAS DA ROCHA

CPF/CNPJ: 313.321.748-84

VALOR: R\$ 2.668,20

DEBITO EM: 14/04/2022

=====

DOCUMENTO: 041459

AUTENTICACAO SISBB: B.5C3.BD5.204.3DA.501

Convênio N° 0099/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE 090196
Conjunto Hospitalar do Mandaqui
Natureza de Despesa: Custeio

TERMO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR	01 CNPJ/CEI 45.349.461/0015-08	02 Razão Social/Nome ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL					
	03 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) AVENIDA AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 - SALA 12						04 Bairro JARDIM ARIANO
	05 Município SAO PAULO	06 UF SP	07 CEP 16400-400	08 CNAE 8610-1/02	09 CNPJ/CEI Tomador/Obra		
IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR	10 PIS - PASEP 130.43840.85-1	11 Nome TATIANE DIAS DA ROCHA					
	12 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) Avenida BALTAZAR SANTANA						13 Bairro JARDIM PLANALTO
	14 Município SAO PAULO	15 UF SP	16 CEP 08040-420	17 Carteira de Trabalho (nº, série, UF) 33012 - 256 / SP			
	18 CPF 313.321.748-84	19 Data de nascimento 31/05/1982	20 Nome da mãe MARIALCY DIAS DA ROCHA				
DADOS DO CONTRATO	21 Remuneração p/ fins rescisórios 2.578,86	22 Data de admissão 28/10/2021	23 Data do Aviso Prévio 09/03/2022	24 Data de afastamento 08/04/2022			
	25 Causa do afastamento Demitido SEM justa causa		26 Cod. afastamento 01	27 Pensão alimentícia (%) 0,00	28 Categoria do trabalhador 01		
DISCRIMINAÇÃO DAS VERBAS RESCISÓRIAS	29 Aviso Prévio Indenizado	0,00	38 Comissões	0,00	DEDUÇÕES		
	30 Saldo salário 1 dias	546,79	39 Gratificações	0,00	47 Previdência	55,08	
	31 13º Salário 3/12 avos	655,85	40 Horas extras 0,00 horas	0,00	48 Previdência 13º salário	49,18	
	32 13º Sal. Indeniz. /12 avos	0,00	41 Adic. insalub./ periculosidade	64,64	49 Adiantamento	0,00	
	33 Férias vencidas	0,00	42		50 IRRF	50,54	
	34 Férias proporc. 5/12 avos	1.074,52	43		51		
	35 1/3 salário s/ férias	358,17	44		52		
	36 Salário família	0,00	45 Outros proventos	0,00	53 Outros descontos	0,00	
	37 Adicional noturno	123,03	46 TOTAL BRUTO	2.823,00	54 TOTAL DAS DEDUÇÕES	154,80	
					55 LÍQUIDO A RECEBER	2.668,20	
FORMALIZAÇÃO DA RESCISÃO	56 Local e data do recebimento			57 Carimbo e assinatura do empregador ou preposto			
	58 Assinatura do trabalhador			59 Assinatura do responsável			
	60 HOMOLOGAÇÃO Foi prestada, gratuitamente, assistência ao trabalhador, nos termos do art. 477, § 1º, da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, sendo comprovado, neste ato, o efetivo pagamento das verbas rescisórias acima especificadas. Local e data Carimbo e assinatura do assistente			61 Digital do trabalhador		62 Digital do responsável	
	63 Identificação do órgão homologador			64 Recepção pelo Banco (data e carimbo)			

A ASSISTÊNCIA NO ATO DE RESCISÃO CONTRATUAL É GRATUITA

Convênio Nº 0099/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE 090196
Conjunto Hospitalar do Mandaqui
Natureza de Despesa: Custeio

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
01/05/2022 - AUTOATENDIMENTO - 15.07.34
3062703062 SEGUNDA VIA 0026

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: ASSOC HOSP B BRASIL

AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.511-4

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA

REMETENTE : ASSOC HOSP B BRASIL

BANCO: 237 - BCO BRADESCO S.A.

AGENCIA: 0515-0 - R.TABATINGUERA-UR.SP

CONTA: 5.317-1

FAVORECIDO: RITA SAMARA DE ARAUJO ALVES

CPF/CNPJ: 364.262.948-29

VALOR: R\$ 2.294,37

DEBITO EM: 14/04/2022

=====

DOCUMENTO: 041460

AUTENTICACAO SISBB: E.DBE.C4F.F45.95D.821

Convênio N° 0099/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE 090136
Conjunto Hospitalar do Mandaqui
Natureza de Despesa: Custeio

TERMO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR	01 CNPJ/CEI 45.349.461/0015-08		02 Razão Social/Nome ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL				
	03 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) AVENIDA AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 - SALA 12						04 Bairro JARDIM ARIANO
	05 Município SAO PAULO	06 UF SP	07 CEP 16400-400	08 CNAE 8610-1/02	09 CNPJ/CEI Tomador/Obra		
IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR	10 PIS - PASEP 166.60648.45-4		11 Nome RITA SAMARA DE ARAUJO ALVES				
	12 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) Rua HELENA ZERRENER - AP 1907						13 Bairro LIBERDADE
	14 Município SAO PAULO			15 UF SP	16 CEP 01512-020	17 Carteira de Trabalho (nº, série, UF) 4123393 - 003-0 / CE	
	18 CPF 364.262.948-29	19 Data de nascimento 23/09/1990	20 Nome da mãe MARIA SILVIA DA COSTA AZEVEDO				
DADOS DO CONTRATO	21 Remuneração p/ fins rescisórios 2.292,85		22 Data de admissão 27/10/2021		23 Data do Aviso Prévio 09/03/2022		24 Data de afastamento 08/04/2022
	25 Causa do afastamento Demitido SEM justa causa			26 Cód. afastamento 01	27 Pensão alimentícia (%) 0,00	28 Categoria do trabalhador 01	
DISCRIMINAÇÃO DAS VERBAS RESCISÓRIAS	29 Aviso Prévio Indenizado	0,00	38 Comissões	0,00	DEDUÇÕES		
	30 Saldo salário 1 dias	546,79	39 Gratificações	0,00	47 Previdência	45,85	
	31 13º Salário 3/12 avos	573,21	40 Horas extras 0,00 horas	0,00	48 Previdência 13º salário	42,99	
	32 13º Sal. Indeniz. /12 avos	0,00	41 Adic. insalub./ periculosidade	64,64	49 Adiantamento	0,00	
	33 Férias vencidas	0,00	42		50 IRRF	42,42	
	34 Férias proporc. 5/12 avos	955,35	43		51		
	35 1/3 salário s/ férias	318,45	44		52		
	36 Salário família	0,00	45 Outros proventos	0,00	53 Outros descontos	32,81	
	37 Adicional noturno	0,00	46 TOTAL BRUTO	2.458,44	54 TOTAL DAS DEDUÇÕES	164,07	
					55 LÍQUIDO A RECEBER	2.294,37	
FORMALIZAÇÃO DA RESCISÃO	56 Local e data do recebimento			57 Carimbo e assinatura do empregador ou preposto			
	58 Assinatura do trabalhador			59 Assinatura do responsável			
	60 HOMOLOGAÇÃO Foi prestada, gratuitamente, assistência ao trabalhador, nos termos do art. 477, § 1º, da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, sendo comprovado, neste ato, o efetivo pagamento das verbas rescisórias acima especificadas. Local e data Carimbo e assinatura do assistente			61 Digital do trabalhador		62 Digital do responsável	
	63 Identificação do órgão homologador			64 Recepção pelo Banco (data e carimbo)			

A ASSISTÊNCIA NO ATO DE RESCISÃO CONTRATUAL É GRATUITA

Convênio Nº 0099/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE 090196
Conjunto Hospitalar do Mandaqui
Natureza de Despesa: Custeio

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
01/05/2022 - AUTOATENDIMENTO - 15.07.34
3062703062 SEGUNDA VIA 0013

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: ASSOC HOSP B BRASIL

AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.511-4

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA

REMETENTE : ASSOC HOSP B BRASIL

BANCO: 033 - BCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

AGENCIA: 0115-5 - BELA VISTA

CONTA: 1.048.142-5

FAVORECIDO: THAYOHANNA BEATRIZ MONTEIRO GUEDES

CPF/CNPJ: 508.063.848-67

VALOR: R\$ 2.030,95

DEBITO EM: 14/04/2022

=====

DOCUMENTO: 041461

AUTENTICACAO SISBB: 3.26B.359.AED.F12.451

Convênio Nº 0099/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE 090196
Conjunto Hospitalar do Mandaqui
Natureza de Despesa: Custeio

TERMO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR	01 CNPJ/CEI 45.349.461/0015-08	02 Razão Social/Nome ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL				
	03 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) AVENIDA AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 - SALA 12					04 Bairro JARDIM ARIANO
	05 Município SAO PAULO	06 UF SP	07 CEP 16400-400	08 CNAE 8610-1/02	09 CNPJ/CEI Tomador/Obra	
IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR	10 PIS - PASEP 166.06262.00-4	11 Nome THAYOHANNA BEATRIZ MONTEIRO GUEDES				
	12 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) Rua SAO JOAO BATISTA					13 Bairro JARDIM FRANCISCO MENDES
	14 Município SAO PAULO	15 UF SP	16 CEP 02366-080	17 Carteira de Trabalho (nº, série, UF) 09314 - 00459 / SP		
	18 CPF 508.063.848-67	19 Data de nascimento 29/05/2000	20 Nome da mãe MARIA PATRICIA MONTEIRO ANSELMO			
DADOS DO CONTRATO	21 Remuneração p/ fins rescisórios 1.995,84	22 Data de admissão 06/11/2021	23 Data do Aviso Prévio 09/03/2022	24 Data de afastamento 08/04/2022		
	25 Causa do afastamento Demitido SEM justa causa		26 Cód. afastamento 01	27 Pensão alimentícia (%) 0,00	28 Categoria do trabalhador 01	
DISCRIMINAÇÃO DAS VERBAS RESCISÓRIAS	29 Aviso Prévio Indenizado	0,00	38 Comissões	0,00	DEDUÇÕES	
	30 Saldo salário 1 dias	467,58	39 Gratificações	0,00	47 Previdência	39,91
	31 13º Salário 3/12 avos	498,96	40 Horas extras 0,00 horas	0,00	48 Previdência 13º salário	37,42
	32 13º Sal. Indeniz. /12 avos	0,00	41 Adic. insalub./ periculosidade	64,64	49 Adiantamento	0,00
	33 Férias vencidas	0,00	42		50 IRRF	31,70
	34 Férias proporc. 5/12 avos	831,60	43		51	
	35 1/3 salário s/ férias	277,20	44		52	
	36 Salário família	0,00	45 Outros proventos	0,00	53 Outros descontos	0,00
	37 Adicional noturno	0,00	46 TOTAL BRUTO	2.139,98	54 TOTAL DAS DEDUÇÕES	109,03
					55 LÍQUIDO A RECEBER	2.030,95
FORMALIZAÇÃO DA RESCISÃO	56 Local e data do recebimento		57 Carimbo e assinatura do empregador ou preposto			
	58 Assinatura do trabalhador		59 Assinatura do responsável			
	60 HOMOLOGAÇÃO Foi prestada, gratuitamente, assistência ao trabalhador, nos termos do art. 477, § 1º, da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, sendo comprovado, neste ato, o efetivo pagamento das verbas rescisórias acima especificadas. Local e data Carimbo e assinatura do assistente		61 Digital do trabalhador		62 Digital do responsável	
	63 Identificação do órgão homologador		64 Recepção pelo Banco (data e carimbo)			

A ASSISTÊNCIA NO ATO DE RESCISÃO CONTRATUAL É GRATUITA

Convênio Nº 0099/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE 090196
Conjunto Hospitalar do Mandaqui
Natureza de Despesa: Custeio

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
01/05/2022 - AUTOATENDIMENTO - 15.07.34
3062703062 SEGUNDA VIA 0018

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: ASSOC HOSP B BRASIL

AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.511-4

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA

REMETENTE : ASSOC HOSP B BRASIL

BANCO: 033 - BCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

AGENCIA: 0344-1 - FRANCO DA ROCHA

CONTA: 1.015.591-7

FAVORECIDO: RENATA CARLA SIQUEIRA

CPF/CNPJ: 205.877.308-03

VALOR: R\$ 4.495,56

DEBITO EM: 14/04/2022

=====

DOCUMENTO: 041462

AUTENTICACAO SISBB: 9.432.837.ABC.C12.A6E

Convênio Nº 0099/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE 090196
Conjunto Hospitalar do Mandaqui
Natureza de Despesa: Custeio

TERMO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR	01 CNPJ/CEI 45.349.461/0015-08	02 Razão Social/Nome ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL						
	03 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) AVENIDA AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 - SALA 12							04 Bairro JARDIM ARIANO
	05 Município SAO PAULO	06 UF SP	07 CEP 16400-400	08 CNAE 8610-1/02	09 CNPJ/CEI Tomador/Obra			
IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR	10 PIS - PASEP 170.57826.42-5	11 Nome RENATA CARLA SIQUEIRA						
	12 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) Rua Neturno							13 Bairro Vila Irma
	14 Município FRANCO DA ROCHA			15 UF SP	16 CEP 07849-110	17 Carteira de Trabalho (nº, série, UF) 074158 - 162 / SP		
	18 CPF 205.877.308-03	19 Data de nascimento 29/03/1975	20 Nome da mãe NEUSA MODA SIQUEIRA					
DADOS DO CONTRATO	21 Remuneração p/ fins rescisórios 4.793,19		22 Data de admissão 17/11/2021		23 Data do Aviso Prévio 09/03/2022		24 Data de afastamento 08/04/2022	
	25 Causa do afastamento Demitido SEM justa causa				26 Cód. afastamento 01		27 Pensão alimentícia (%) 0,00	
DISCRIMINAÇÃO DAS VERBAS RESCISÓRIAS	29 Aviso Prévio Indenizado 0,00		38 Comissões 0,00		DEDUÇÕES			
	30 Saldo salário 1 dias 1.048,79		39 Gratificações 0,00		47 Previdência 83,50			
	31 13º Salário 3/12 avos 1.225,00		40 Horas extras 0,00 horas 0,00		48 Previdência 13º salário 92,07			
	32 13º Sal. Indeniz. /12 avos 0,00		41 Adic. insalub./ periculosidade 64,64		49 Adiantamento 0,00			
	33 Férias vencidas 0,00		42		50 IRRF 267,25			
	34 Férias proporc. 5/12 avos 1.997,16		43		51			
	35 1/3 salário s/ férias 665,72		44		52			
	36 Salário família 0,00		45 Outros proventos 0,00		53 Outros descontos 62,93			
	37 Adicional noturno 0,00		46 TOTAL BRUTO 5.001,31		54 TOTAL DAS DEDUÇÕES 505,75			
					55 LÍQUIDO A RECEBER 4.495,56			
FORMALIZAÇÃO DA RESCISÃO	56 Local e data do recebimento				57 Carimbo e assinatura do empregador ou preposto			
	58 Assinatura do trabalhador				59 Assinatura do responsável			
	60 HOMOLOGAÇÃO Foi prestada, gratuitamente, assistência ao trabalhador, nos termos do art. 477, § 1º, da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, sendo comprovado, neste ato, o efetivo pagamento das verbas rescisórias acima especificadas. Local e data Carimbo e assinatura do assistente				61 Digital do trabalhador		62 Digital do responsável	
	63 Identificação do órgão homologador				64 Recepção pelo Banco (data e carimbo)			

A ASSISTÊNCIA NO ATO DE RESCISÃO CONTRATUAL É GRATUITA

Convênio Nº 0099/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE 090196
Conjunto Hospitalar do Mandaqui
Natureza de Despesa: Custeio

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
01/05/2022 - AUTOATENDIMENTO - 15.07.34
3062703062 SEGUNDA VIA 0027

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: ASSOC HOSP B BRASIL

AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.511-4

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA

REMETENTE : ASSOC HOSP B BRASIL

BANCO: 237 - BCO BRADESCO S.A.

AGENCIA: 1960-7 - JD.SATELITE-U.S.J.CP

CONTA: 45.701-9

FAVORECIDO: ANA LUCIA RIBEIRO CAVALCANTE

CPF/CNPJ: 015.478.303-01

VALOR: R\$ 3.635,07

DEBITO EM: 14/04/2022

=====

DOCUMENTO: 041463

AUTENTICACAO SISBB: A.150.6E7.168.8CA.569

Convênio Nº 0099/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE 090196
Conjunto Hospitalar do Mandaqui
Natureza de Despesa: Custeio

TERMO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR	01 CNPJ/CEI 45.349.461/0015-08		02 Razão Social/Nome ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL				
	03 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) AVENIDA AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 - SALA 12						04 Bairro JARDIM ARIANO
	05 Município SAO PAULO	06 UF SP	07 CEP 16400-400	08 CNAE 8610-1/02	09 CNPJ/CEI Tomador/Obra		
IDENTIFICAÇÃO TRABALHADOR	10 PIS - PASEP 200.91538.49-6		11 Nome ANA LUCIA RIBEIRO CAVALCANTE				
	12 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) Rua JUAN ARFE - BL 1 AP 26						13 Bairro VILA CRUZ DAS ALMAS
	14 Município SAO PAULO		15 UF SP	16 CEP 02804-080	17 Carteira de Trabalho (nº, série, UF) 48093 - 022 / PI		
	18 CPF 015.478.303-01	19 Data de nascimento 15/03/1986	20 Nome da mãe MARIA LUCIA DOS REIS CAVALCANTE				
DADOS DO CONTRATO	21 Remuneração p/ fins rescisórios 4.175,36		22 Data de admissão 27/11/2021		23 Data do Aviso Prévio 09/03/2022		24 Data de afastamento 08/04/2022
	25 Causa do afastamento Demitido SEM justa causa			26 Cód. afastamento 01	27 Pensão alimentícia (%) 0,00	28 Categoria do trabalhador 01	
DISCRIMINAÇÃO DAS VERBAS RESCISÓRIAS	29 Aviso Prévio Indenizado	0,00	38 Comissões	0,00	DEDUÇÕES		
	30 Saldo salário 1 dias	1.048,79	39 Gratificações	0,00	47 Previdência	83,50	
	31 13º Salário 3/12 avos	1.043,84	40 Horas extras 0,00 horas	0,00	48 Previdência 13º salário	78,28	
	32 13º Sal. Indeniz. /12 avos	0,00	41 Adic. insalub./ periculosidade	64,64	49 Adiantamento	0,00	
	33 Férias vencidas	0,00	42		50 IRRF	237,74	
	34 Férias proporc. 4/12 avos	1.407,99	43		51		
	35 1/3 salário s/ férias	469,33	44		52		
	36 Salário família	0,00	45 Outros proventos	0,00	53 Outros descontos	0,00	
	37 Adicional noturno	0,00	46 TOTAL BRUTO	4.034,59	54 TOTAL DAS DEDUÇÕES	399,52	
					55 LÍQUIDO A RECEBER	3.635,07	
FORMALIZAÇÃO DA RESCISÃO	56 Local e data do recebimento			57 Carimbo e assinatura do empregador ou preposto			
	58 Assinatura do trabalhador			59 Assinatura do responsável			
	60 HOMOLOGAÇÃO Foi prestada, gratuitamente, assistência ao trabalhador, nos termos do art. 477, § 1º, da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, sendo comprovado, neste ato, o efetivo pagamento das verbas rescisórias acima especificadas. Local e data Carimbo e assinatura do assistente			61 Digital do trabalhador		62 Digital do responsável	
	63 Identificação do órgão homologador			64 Recepção pelo Banco (data e carimbo)			

A ASSISTÊNCIA NO ATO DE RESCISÃO CONTRATUAL É GRATUITA

Convênio Nº 0099/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE 090196
Conjunto Hospitalar do Mandaqui
Natureza de Despesa: Custeio

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
01/05/2022 - AUTOATENDIMENTO - 15.07.34
3062703062 SEGUNDA VIA 0014
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE
TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL
CLIENTE: ASSOC HOSP B BRASIL
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.511-4
=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : ASSOC HOSP B BRASIL
BANCO: 033 - BCO SANTANDER (BRASIL) S.A.
AGENCIA: 4270-6 - SP-FREGUESIA DO O
CONTA: 1.051.928-7

FAVORECIDO: AMANDA DA COSTA KIMURA
CPF/CNPJ: 360.410.798-98
VALOR: R\$ 2.327,18
DEBITO EM: 14/04/2022
=====

DOCUMENTO: 041464
AUTENTICACAO SISBB: 4.E7B.FA1.6AC.E91.F23

Convênio Nº 0099/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE 090196
Conjunto Hospitalar do Mandaqui
Natureza de Despesa: Custeio

TERMO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR	01 CNPJ/CEI 45.349.461/0015-08		02 Razão Social/Nome ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL					
	03 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) AVENIDA AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 - SALA 12							04 Bairro JARDIM ARIANO
	05 Município SAO PAULO			06 UF SP	07 CEP 16400-400	08 CNAE 8610-1/02	09 CNPJ/CEI Tomador/Obra	
IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR	10 PIS - PASEP 210.32434.64-5		11 Nome AMANDA DA COSTA KIMURA					
	12 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) Rua PORTO NACIONAL							13 Bairro VILA SIQUEIRA (ZONA NORTE)
	14 Município SAO PAULO			15 UF SP	16 CEP 02817-080	17 Carteira de Trabalho (nº, série, UF) 007973 - 00308 / SP		
	18 CPF 360.410.798-98		19 Data de nascimento 23/09/1983	20 Nome da mãe MARIA DO CARMO DA COSTA				
DADOS DO CONTRATO	21 Remuneração p/ fins rescisórios 2.292,85		22 Data de admissão 17/11/2021		23 Data do Aviso Prévio 09/03/2022		24 Data de afastamento 08/04/2022	
	25 Causa do afastamento Demitido SEM justa causa				26 Cód. afastamento 01		27 Pensão alimentícia (%) 0,00	
DISCRIMINAÇÃO DAS VERBAS RESCISÓRIAS	29 Aviso Prévio Indenizado 0,00		38 Comissões 0,00		DEDUÇÕES			
	30 Saldo salário 1 dias 546,79		39 Gratificações 0,00		47 Previdência 45,85			
	31 13º Salário 3/12 avos 573,21		40 Horas extras 0,00 horas 0,00		48 Previdência 13º salário 42,99			
	32 13º Sal. Indeniz. /12 avos 0,00		41 Adic. insalub./ periculosidade 64,64		49 Adiantamento 0,00			
	33 Férias vencidas 0,00		42		50 IRRF 42,42			
	34 Férias proporc. 5/12 avos 955,35		43		51			
	35 1/3 salário s/ férias 318,45		44		52			
	36 Salário família 0,00		45 Outros proventos 0,00		53 Outros descontos 0,00			
	37 Adicional noturno 0,00		46 TOTAL BRUTO 2.458,44		54 TOTAL DAS DEDUÇÕES 131,26			
					55 LÍQUIDO A RECEBER 2.327,18			
FORMALIZAÇÃO DA RESCISÃO	56 Local e data do recebimento				57 Carimbo e assinatura do empregador ou preposto			
	58 Assinatura do trabalhador				59 Assinatura do responsável			
	60 HOMOLOGAÇÃO Foi prestada, gratuitamente, assistência ao trabalhador, nos termos do art. 477, § 1º, da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, sendo comprovado, neste ato, o efetivo pagamento das verbas rescisórias acima especificadas. Local e data Carimbo e assinatura do assistente				61 Digital do trabalhador		62 Digital do responsável	
	63 Identificação do órgão homologador				64 Recepção pelo Banco (data e carimbo)			

A ASSISTÊNCIA NO ATO DE RESCISÃO CONTRATUAL É GRATUITA

Convênio Nº 0099/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE 090196
Conjunto Hospitalar do Mandaqui
Natureza de Despesa: Custeio

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
01/05/2022 - AUTOATENDIMENTO - 15.07.34
3062703062 SEGUNDA VIA 0013

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: ASSOC HOSP B BRASIL

AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.511-4

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA

REMETENTE : ASSOC HOSP B BRASIL

BANCO: 033 - BCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

AGENCIA: 4631-0 - URB-SP-PRC.DR.SAMPAIO VIDAL

CONTA: 1.022.567-9

FAVORECIDO: HELEN KARINA GALDINO CORREA

CPF/CNPJ: 288.367.788-36

VALOR: R\$ 2.884,06

DEBITO EM: 14/04/2022

=====

DOCUMENTO: 041465

AUTENTICACAO SISBB: E.7E2.805.057.A63.95B

Convênio Nº 0099/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE 090196
Conjunto Hospitalar do Mandaqui
Natureza de Despesa: Custeio

TERMO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR	01 CNPJ/CEI 45.349.461/0015-08		02 Razão Social/Nome ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL					
	03 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) AVENIDA AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 - SALA 12						04 Bairro JARDIM ARIANO	
	05 Município SAO PAULO			06 UF SP	07 CEP 16400-400	08 CNAE 8610-1/02	09 CNPJ/CEI Tomador/Obra	
IDENTIFICAÇÃO TRABALHADOR	10 PIS - PASEP 135.68327.85-5		11 Nome HELEN KARINA GALDINO CORREA					
	12 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) Rua PADRE FRANCISCO PIRES - CASA						13 Bairro PARQUE EDU CHAVES	
	14 Município SAO PAULO			15 UF SP	16 CEP 02236-130	17 Carteira de Trabalho (nº, série, UF) 2883677 - 8836 /		
	18 CPF 288.367.788-36		19 Data de nascimento 29/06/1980	20 Nome da mãe ENID AGRI GALDINO				
DADOS DO CONTRATO	21 Remuneração p/ fins rescisórios 2.596,32		22 Data de admissão 17/11/2021		23 Data do Aviso Prévio 09/03/2022		24 Data de afastamento 08/04/2022	
	25 Causa do afastamento Demitido SEM justa causa				26 Cód. afastamento 01	27 Pensão alimentícia (%) 0,00		28 Categoria do trabalhador 01
DISCRIMINAÇÃO DAS VERBAS RESCISÓRIAS	29 Aviso Prévio Indenizado 0,00		38 Comissões 0,00		DEDUÇÕES			
	30 Saldo salário 1 dias 546,79		39 Gratificações 0,00		47 Previdência 75,97			
	31 13º Salário 3/12 avos 662,69		40 Horas extras 11,00 horas 171,96		48 Previdência 13º salário 49,70			
	32 13º Sal. Indeniz. /12 avos 0,00		41 Adic. insalub./ periculosidade 64,64		49 Adiantamento 0,00			
	33 Férias vencidas 0,00		42		50 IRRF 108,36			
	34 Férias proporc. 5/12 avos 1.081,79		43		51			
	35 1/3 salário s/ férias 360,60		44		52			
	36 Salário família 0,00		45 Outros proventos 24,57		53 Outros descontos 0,00			
	37 Adicional noturno 205,05		46 TOTAL BRUTO 3.118,09		54 TOTAL DAS DEDUÇÕES 234,03			
					55 LÍQUIDO A RECEBER 2.884,06			
FORMALIZAÇÃO DA RESCISÃO	56 Local e data do recebimento				57 Carimbo e assinatura do empregador ou preposto			
	58 Assinatura do trabalhador				59 Assinatura do responsável			
	60 HOMOLOGAÇÃO Foi prestada, gratuitamente, assistência ao trabalhador, nos termos do art. 477, § 1º, da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, sendo comprovado, neste ato, o efetivo pagamento das verbas rescisórias acima especificadas. Local e data Carimbo e assinatura do assistente				61 Digital do trabalhador		62 Digital do responsável	
	63 Identificação do órgão homologador				64 Recepção pelo Banco (data e carimbo)			

A ASSISTÊNCIA NO ATO DE RESCISÃO CONTRATUAL É GRATUITA

Convênio Nº 0099/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE 090196
Conjunto Hospitalar do Mandaqui
Natureza de Despesa: Custeio

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
01/05/2022 - AUTOATENDIMENTO - 15.07.34
3062703062 SEGUNDA VIA 0012
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE
TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL
CLIENTE: ASSOC HOSP B BRASIL
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.511-4
=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : ASSOC HOSP B BRASIL
BANCO: 260 - NU PAGAMENTOS - IP
AGENCIA: 0001-9
CONTA: 96.395.529-6

FAVORECIDO: MAYARA CRISTINA SILVA GUEDES
CPF/CNPJ: 407.819.088-09
VALOR: R\$ 2.613,59
DEBITO EM: 14/04/2022
=====

DOCUMENTO: 041466
AUTENTICACAO SISBB: 2.E1A.0CE.EE1.0B4.E5B

Convênio Nº 0099/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE 090196
Conjunto Hospitalar do Mandaqui
Natureza de Despesa: Custeio

TERMO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR	01 CNPJ/CEI 45.349.461/0015-08		02 Razão Social/Nome ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL				
	03 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) AVENIDA AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 - SALA 12						04 Bairro JARDIM ARIANO
	05 Município SAO PAULO	06 UF SP	07 CEP 16400-400	08 CNAE 8610-1/02	09 CNPJ/CEI Tomador/Obra		
IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR	10 PIS - PASEP 206.42572.38-5	11 Nome MAYARA CRISTINA SILVA GUEDES					
	12 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) Rua ANTONIA ALECRIM (CONJ HAB NOVA UNIAO)						13 Bairro JARDIM BRASILIA (ZONA NORT
	14 Município SAO PAULO	15 UF SP	16 CEP 02857-030	17 Carteira de Trabalho (nº, série, UF) 059708 - 00352 / SP			
	18 CPF 407.819.088-09	19 Data de nascimento 18/10/1992	20 Nome da mãe ANA PAULA A SILVA				
DADOS DO CONTRATO	21 Remuneração p/ fins rescisórios 2.519,55		22 Data de admissão 17/11/2021		23 Data do Aviso Prévio 09/03/2022		24 Data de afastamento 08/04/2022
	25 Causa do afastamento Demitido SEM justa causa				26 Cód. afastamento 01	27 Pensão alimentícia (%) 0,00	28 Categoria do trabalhador 01
DISCRIMINAÇÃO DAS VERBAS RESCISÓRIAS	29 Aviso Prévio Indenizado	0,00	38 Comissões	0,00	DEDUÇÕES		
	30 Saldo salário 1 dias	546,79	39 Gratificações	0,00	47 Previdência	55,08	
	31 13º Salário 3/12 avos	632,87	40 Horas extras 0,00 horas	0,00	48 Previdência 13º salário	47,46	
	32 13º Sal. Indeniz. /12 avos	0,00	41 Adic. insalub./ periculosidade	64,64	49 Adiantamento	0,00	
	33 Férias vencidas	0,00	42		50 IRRF	50,95	
	34 Férias proporc. 5/12 avos	1.049,81	43		51		
	35 1/3 salário s/ férias	349,94	44		52		
	36 Salário família	0,00	45 Outros proventos	0,00	53 Outros descontos	0,00	
	37 Adicional noturno	123,03	46 TOTAL BRUTO	2.767,08	54 TOTAL DAS DEDUÇÕES	153,49	
					55 LÍQUIDO A RECEBER	2.613,59	
FORMALIZAÇÃO DA RESCISÃO	56 Local e data do recebimento			57 Carimbo e assinatura do empregador ou preposto			
	58 Assinatura do trabalhador			59 Assinatura do responsável			
	60 HOMOLOGAÇÃO Foi prestada, gratuitamente, assistência ao trabalhador, nos termos do art. 477, § 1º, da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, sendo comprovado, neste ato, o efetivo pagamento das verbas rescisórias acima especificadas. Local e data Carimbo e assinatura do assistente			61 Digital do trabalhador		62 Digital do responsável	
	63 Identificação do órgão homologador			64 Recepção pelo Banco (data e carimbo)			

A ASSISTÊNCIA NO ATO DE RESCISÃO CONTRATUAL É GRATUITA

Convênio Nº 0099/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE 090196
Conjunto Hospitalar do Mandaqui
Natureza de Despesa: Custeio

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
01/05/2022 - AUTOATENDIMENTO - 15.07.34
3062703062 SEGUNDA VIA 0021

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: ASSOC HOSP B BRASIL

AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.511-4

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA

REMETENTE : ASSOC HOSP B BRASIL

BANCO: 237 - BCO BRADESCO S.A.

AGENCIA: 3090-2 - PRACA DOM JOSE GASPAR, USP

CONTA: 24.216-0

FAVORECIDO: VITORIA RUFINO SERAFIAN

CPF/CNPJ: 424.726.478-83

VALOR: R\$ 3.628,17

DEBITO EM: 14/04/2022

=====

DOCUMENTO: 041467

AUTENTICACAO SISBB: 1.49C.A78.0F3.04B.F44

Convênio Nº 0099/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE 090196
Conjunto Hospitalar do Mandaqui
Natureza de Despesa: Custeio

TERMO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR	01 CNPJ/CEI 45.349.461/0015-08	02 Razão Social/Nome ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL				
	03 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) AVENIDA AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 - SALA 12					04 Bairro JARDIM ARIANO
	05 Município SAO PAULO	06 UF SP	07 CEP 16400-400	08 CNAE 8610-1/02	09 CNPJ/CEI Tomador/Obra	
IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR	10 PIS - PASEP 207.89750.38-9	11 Nome VITORIA RUFINO SERAFIAN				
	12 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) Rua ALFREDO RICCI					13 Bairro CONJUNTO RESIDENCIAL JOSI
	14 Município SAO PAULO	15 UF SP	16 CEP 08253-010	17 Carteira de Trabalho (nº, série, UF) 53135 - 380 / SP		
	18 CPF 424.726.478-83	19 Data de nascimento 25/11/1993	20 Nome da mãe LOIDE DE OLIVEIRA RUFINO			
DADOS DO CONTRATO	21 Remuneração p/ fins rescisórios 4.175,36	22 Data de admissão 27/11/2021	23 Data do Aviso Prévio 09/03/2022	24 Data de afastamento 08/04/2022		
	25 Causa do afastamento Demitido SEM justa causa		26 Cód. afastamento 01	27 Pensão alimentícia (%) 0,00	28 Categoria do trabalhador 01	
DISCRIMINAÇÃO DAS VERBAS RESCISÓRIAS	29 Aviso Prévio Indenizado 0,00	38 Comissões 0,00	DEDUÇÕES			
	30 Saldo salário 1 dias 1.048,79	39 Gratificações 0,00	47 Previdência 83,50			
	31 13º Salário 3/12 avos 1.043,84	40 Horas extras 0,00 horas 0,00	48 Previdência 13º salário 78,28			
	32 13º Sal. Indeniz. /12 avos 0,00	41 Adic. insalub./ periculosidade 64,64	49 Adiantamento 0,00			
	33 Férias vencidas 0,00		50 IRRF 223,04			
	34 Férias proporc. 4/12 avos 1.391,79		51			
	35 1/3 salário s/ férias 463,93		52			
	36 Salário família 0,00	45 Outros proventos 0,00	53 Outros descontos 0,00			
	37 Adicional noturno 0,00	46 TOTAL BRUTO 4.012,99	54 TOTAL DAS DEDUÇÕES 384,82			
			55 LIQUIDO A RECEBER 3.628,17			
FORMALIZAÇÃO DA RESCISÃO	56 Local e data do recebimento		57 Carimbo e assinatura do empregador ou preposto			
	58 Assinatura do trabalhador		59 Assinatura do responsável			
	60 HOMOLOGAÇÃO Foi prestada, gratuitamente, assistência ao trabalhador, nos termos do art. 477, § 1º, da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, sendo comprovado, neste ato, o efetivo pagamento das verbas rescisórias acima especificadas. Local e data Carimbo e assinatura do assistente		61 Digital do trabalhador		62 Digital do responsável	
	63 Identificação do órgão homologador		64 Recepção pelo Banco (data e carimbo)			

A ASSISTÊNCIA NO ATO DE RESCISÃO CONTRATUAL É GRATUITA

Convênio Nº 0099/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE 090196
Conjunto Hospitalar do Mandaqui
Natureza de Despesa: Custeio

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
01/05/2022 - AUTOATENDIMENTO - 15.07.34
3062703062 SEGUNDA VIA 0024

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: ASSOC HOSP B BRASIL

AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.511-4

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA

REMETENTE : ASSOC HOSP B BRASIL

BANCO: 104 - CAIXA ECONOMICA FEDERAL

AGENCIA: 0333-6 - PIRAJU

CONTA: 51.744-8

FAVORECIDO: WAGNER APARECIDO DA SILVA

CPF/CNPJ: 275.443.748-74

VALOR: R\$ 2.372,65

DEBITO EM: 14/04/2022

=====

DOCUMENTO: 041468

AUTENTICACAO SISBB: 7.60A.7B2.5D6.580.B08

Convênio Nº 0099/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE 090196
Conjunto Hospitalar do Mandaqui
Natureza de Despesa: Custeio

TERMO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR	01 CNPJ/CEI 45.349.461/0015-08		02 Razão Social/Nome ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL				
	03 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) AVENIDA AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 - SALA 12						04 Bairro JARDIM ARIANO
	05 Município SAO PAULO	06 UF SP	07 CEP 16400-400	08 CNAE 8610-1/02	09 CNPJ/CEI Tomador/Obra		
IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR	10 PIS - PASEP 127.26854.15-1		11 Nome WAGNER APARECIDO DA SILVA				
	12 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) Rua PRINCIPE - CASA						13 Bairro JARDIM SHANGRILA (ZONA NO
	14 Município SAO PAULO		15 UF SP	16 CEP 02990-120	17 Carteira de Trabalho (nº, série, UF) 2754437 - 4874 / SP		
	18 CPF 275.443.748-74	19 Data de nascimento 11/10/1980	20 Nome da mãe CELINA ALVES DAA SILVA				
DADOS DO CONTRATO	21 Remuneração p/ fins rescisórios 2.566,49		22 Data de admissão 26/11/2021		23 Data do Aviso Prévio 09/03/2022		24 Data de afastamento 08/04/2022
	25 Causa do afastamento Demitido SEM justa causa			26 Cód. afastamento 01	27 Pensão alimentícia (%) 0,00	28 Categoria do trabalhador 01	
DISCRIMINAÇÃO DAS VERBAS RESCISÓRIAS	29 Aviso Prévio Indenizado 0,00		38 Comissões 0,00		DEDUÇÕES		
	30 Saldo salário 1 dias 546,79		39 Gratificações 0,00		47 Previdência 61,23		
	31 13º Salário 3/12 avos 642,80		40 Horas extras 0,00 horas 0,00		48 Previdência 13º salário 48,21		
	32 13º Sal. Indeniz. /12 avos 0,00		41 Adic. insalub./ periculosidade 64,64		49 Adiantamento 0,00		
	33 Férias vencidas 0,00		42		50 IRRF 85,03		
	34 Férias proporc. 4/12 avos 855,49		43		51		
	35 1/3 salário s/ férias 285,16		44		52		
	36 Salário família 0,00		45 Outros proventos 0,00		53 Outros descontos 32,81		
	37 Adicional noturno 205,05		46 TOTAL BRUTO 2.599,93		54 TOTAL DAS DEDUÇÕES 227,28		
					55 LÍQUIDO A RECEBER 2.372,65		
FORMALIZAÇÃO DA RESCISÃO	56 Local e data do recebimento			57 Carimbo e assinatura do empregador ou preposto			
	58 Assinatura do trabalhador			59 Assinatura do responsável			
	60 HOMOLOGAÇÃO Foi prestada, gratuitamente, assistência ao trabalhador, nos termos do art. 477, § 1º, da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, sendo comprovado, neste ato, o efetivo pagamento das verbas rescisórias acima especificadas. Local e data Carimbo e assinatura do assistente			61 Digital do trabalhador		62 Digital do responsável	
	63 Identificação do órgão homologador			64 Recepção pelo Banco (data e carimbo)			

A ASSISTÊNCIA NO ATO DE RESCISÃO CONTRATUAL É GRATUITA

Convênio Nº 0099/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE 090196
Conjunto Hospitalar do Mandaqui
Natureza de Despesa: Custeio

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
01/05/2022 - AUTOATENDIMENTO - 15.07.35
3062703062 SEGUNDA VIA 0021

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: ASSOC HOSP B BRASIL

AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.511-4

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA

REMETENTE : ASSOC HOSP B BRASIL

BANCO: 033 - BCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

AGENCIA: 0167-8 - TATUAPE

CONTA: 1.047.127-8

FAVORECIDO: EDNA SANTOS DE SOUZA

CPF/CNPJ: 164.252.648-70

VALOR: R\$ 5.621,94

DEBITO EM: 14/04/2022

=====

DOCUMENTO: 041469

AUTENTICACAO SISBB: F.A6E.6DA.4CC.EDE.1DF

Convênio Nº 0099/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE 090196
Conjunto Hospitalar do Mandaqui
Natureza de Despesa: Custeio

TERMO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR	01 CNPJ/CEI 45.349.461/0015-08		02 Razão Social/Nome ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL				
	03 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) AVENIDA AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 - SALA 12						04 Bairro JARDIM ARIANO
	05 Município SAO PAULO		06 UF SP	07 CEP 16400-400	08 CNAE 8610-1/02	09 CNPJ/CEI Tomador/Obra	
IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR	10 PIS - PASEP 125.14794.16-3		11 Nome EDNA SANTOS DE SOUZA				
	12 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) Rua ARNALDO CINTRA - AP 15 BL 2						13 Bairro VILA MOREIRA
	14 Município SAO PAULO		15 UF SP	16 CEP 03088-000	17 Carteira de Trabalho (nº, série, UF) 20697 - 00156 / SP		
	18 CPF 164.252.648-70		19 Data de nascimento 06/05/1973	20 Nome da mãe MARINALVA EMILIA DOS SANTOS			
DADOS DO CONTRATO	21 Remuneração p/ fins rescisórios 5.245,62		22 Data de admissão 04/12/2021		23 Data do Aviso Prévio 09/03/2022		24 Data de afastamento 08/04/2022
	25 Causa do afastamento Demitido SEM justa causa			26 Cód. afastamento 01	27 Pensão alimentícia (%) 0,00	28 Categoria do trabalhador 01	
DISCRIMINAÇÃO DAS VERBAS RESCISÓRIAS	29 Aviso Prévio Indenizado 0,00		38 Comissões 0,00		47 Previdência 281,28		
	30 Saldo salário 1 dias 1.048,79		39 Gratificações 0,00		48 Previdência 13º salário 103,17		
	31 13º Salário 3/12 avos 1.348,40		40 Horas extras 33,00 horas 939,46		49 Adiantamento 0,00		
	32 13º Sal. Indeniz. /12 avos 0,00		41 Adic. insalub./ periculosidade 64,64		50 IRRF 775,81		
	33 Férias vencidas 0,00		42		51		
	34 Férias proporc. 4/12 avos 1.748,54		43		52		
	35 1/3 salário s/ férias 582,85		44		53 Outros descontos 0,00		
	36 Salário família 0,00		45 Outros proventos 134,21		54 TOTAL DAS DEDUÇÕES 1.160,26		
	37 Adicional noturno 915,31		46 TOTAL BRUTO 6.782,20		55 LÍQUIDO A RECEBER 5.621,94		
	FORMALIZAÇÃO DA RESCISÃO	56 Local e data do recebimento				57 Carimbo e assinatura do empregador ou preposto	
58 Assinatura do trabalhador				59 Assinatura do responsável			
60 HOMOLOGAÇÃO Foi prestada, gratuitamente, assistência ao trabalhador, nos termos do art. 477, § 1º, da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, sendo comprovado, neste ato, o efetivo pagamento das verbas rescisórias acima especificadas. Local e data Carimbo e assinatura do assistente				61 Digital do trabalhador		62 Digital do responsável	
63 Identificação do órgão homologador				64 Recepção pelo Banco (data e carimbo)			

A ASSISTÊNCIA NO ATO DE RESCISÃO CONTRATUAL É GRATUITA

Convênio Nº 0099/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE 090196
Conjunto Hospitalar do Mandaqui
Natureza de Despesa: Custeio

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
01/05/2022 - AUTOATENDIMENTO - 15.07.35
3062703062 SEGUNDA VIA 0026

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: ASSOC HOSP B BRASIL

AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.511-4

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA

REMETENTE : ASSOC HOSP B BRASIL

BANCO: 237 - BCO BRADESCO S.A.

AGENCIA: 0111-2 - V.ANASTACIO-URB.SP

CONTA: 140.057-6

FAVORECIDO: DIEGO SOUSA PINTO DE ALMEIDA

CPF/CNPJ: 431.843.528-89

VALOR: R\$ 2.072,42

DEBITO EM: 14/04/2022

=====

DOCUMENTO: 041470

AUTENTICACAO SISBB: 1.A9B.D2D.2F5.B6C.8EC

Convênio Nº 0099/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE 090196
Conjunto Hospitalar do Mandaqui
Natureza de Despesa: Custeio

TERMO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR	01 CNPJ/CEI 45.349.461/0015-08		02 Razão Social/Nome ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL				
	03 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) AVENIDA AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 - SALA 12						04 Bairro JARDIM ARIANO
	05 Município SAO PAULO		06 UF SP	07 CEP 16400-400	08 CNAE 8610-1/02	09 CNPJ/CEI Tomador/Obra	
IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR	10 PIS - PASEP 190.50333.10-1		11 Nome DIEGO SOUSA PINTO DE ALMEIDA				
	12 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) Rua ARMANDO GUZZI - CASA						13 Bairro VILA CAVATON
	14 Município SAO PAULO		15 UF SP	16 CEP 02962-140	17 Carteira de Trabalho (nº, série, UF) 4318435 - 2889 / SP		
	18 CPF 431.843.528-89		19 Data de nascimento 23/04/1994	20 Nome da mãe MARIA TEREZA SOUSA DE ALMEIDA			
DADOS DO CONTRATO	21 Remuneração p/ fins rescisórios 2.292,85		22 Data de admissão 10/12/2021		23 Data do Aviso Prévio 09/03/2022		24 Data de afastamento 08/04/2022
	25 Causa do afastamento Demitido SEM justa causa			26 Cód. afastamento 01		27 Pensão alimentícia (%) 0,00	28 Categoria do trabalhador 01
DISCRIMINAÇÃO DAS VERBAS RESCISÓRIAS	29 Aviso Prévio Indenizado 0,00		38 Comissões 0,00		47 Previdência 45,85		
	30 Saldo salário 1 dias 546,79		39 Gratificações 0,00		48 Previdência 13º salário 42,99		
	31 13º Salário 3/12 avos 573,21		40 Horas extras 0,00 horas 0,00		49 Adiantamento 0,00		
	32 13º Sal. Indeniz. /12 avos 0,00		41 Adic. insalub./ periculosidade 64,64		50 IRRF 42,42		
	33 Férias vencidas 0,00		42		51		
	34 Férias proporc. 4/12 avos 764,28		43		52		
	35 1/3 salário s/ férias 254,76		44		53 Outros descontos 0,00		
	36 Salário família 0,00		45 Outros proventos 0,00		54 TOTAL DAS DEDUÇÕES 131,26		
	37 Adicional noturno 0,00		46 TOTAL BRUTO 2.203,68		55 LÍQUIDO A RECEBER 2.072,42		
FORMALIZAÇÃO DA RESCISÃO	56 Local e data do recebimento			57 Carimbo e assinatura do empregador ou preposto			
	58 Assinatura do trabalhador			59 Assinatura do responsável			
	60 HOMOLOGAÇÃO Foi prestada, gratuitamente, assistência ao trabalhador, nos termos do art. 477, § 1º, da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, sendo comprovado, neste ato, o efetivo pagamento das verbas rescisórias acima especificadas. Local e data Carimbo e assinatura do assistente			61 Digital do trabalhador		62 Digital do responsável	
	63 Identificação do órgão homologador			64 Recepção pelo Banco (data e carimbo)			

A ASSISTÊNCIA NO ATO DE RESCISÃO CONTRATUAL É GRATUITA

Convênio Nº 0099/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - USE 090196
Conjunto Hospitalar do Mandaqui
Natureza de Despesa: Custeio

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
01/05/2022 - AUTOATENDIMENTO - 15.07.35
3062703062 SEGUNDA VIA 0030

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: ASSOC HOSP B BRASIL

AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.511-4

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA

REMETENTE : ASSOC HOSP B BRASIL

BANCO: 237 - BCO BRADESCO S.A.

AGENCIA: 0545-2 - V.NOVA CACHOEIR-USP

CONTA: 719.575-3

FAVORECIDO: MIKAELLA RAYANE DE SOUZA RAMOS

CPF/CNPJ: 457.233.088-31

VALOR: R\$ 2.082,02

DEBITO EM: 14/04/2022

=====

DOCUMENTO: 041471

AUTENTICACAO SISBB: 0.D51.DFA.BB8.D83.19D

Convênio Nº 0099/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE 090196
Conjunto Hospitalar do Mandaqui
Natureza de Despesa: Custeio

TERMO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR	01 CNPJ/CEI 45.349.461/0015-08		02 Razão Social/Nome ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL				
	03 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) AVENIDA AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 - SALA 12						04 Bairro JARDIM ARIANO
	05 Município SAO PAULO		06 UF SP	07 CEP 16400-400	08 CNAE 8610-1/02	09 CNPJ/CEI Tomador/Obra	
IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR	10 PIS - PASEP 200.56446.97-1		11 Nome MIKAELLA RAYANE DE SOUZA RAMOS				
	12 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) Rua SENE DO CAMPO - CASA						13 Bairro VILA NOVA PARADA
	14 Município SAO PAULO		15 UF SP	16 CEP 02883-055	17 Carteira de Trabalho (nº, série, UF) 92351 - 00371 / AL		
	18 CPF 457.233.088-31		19 Data de nascimento 05/06/1997	20 Nome da mãe MIRTES HELENA DA SILVA SOUZA			
DADOS DO CONTRATO	21 Remuneração p/ fins rescisórios 2.292,85		22 Data de admissão 10/12/2021		23 Data do Aviso Prévio 09/03/2022		24 Data de afastamento 08/04/2022
	25 Causa do afastamento Demitido SEM justa causa			26 Cód. afastamento 01	27 Pensão alimentícia (%) 0,00	28 Categoria do trabalhador 01	
DISCRIMINAÇÃO DAS VERBAS RESCISÓRIAS	29 Aviso Prévio Indenizado 0,00		38 Comissões 0,00		47 Previdência 45,85		
	30 Saldo salário 1 dias 546,79		39 Gratificações 0,00		48 Previdência 13º salário 42,99		
	31 13º Salário 3/12 avos 573,21		40 Horas extras 0,00 horas 0,00		49 Adiantamento 0,00		
	32 13º Sal. Indeniz. /12 avos 0,00		41 Adic. insalub./ periculosidade 64,64		50 IRRF 32,82		
	33 Férias vencidas 0,00		42		51		
	34 Férias proporc. 4/12 avos 764,28		43		52		
	35 1/3 salário s/ férias 254,76		44		53 Outros descontos 0,00		
	36 Salário família 0,00		45 Outros proventos 0,00		54 TOTAL DAS DEDUÇÕES 121,66		
	37 Adicional noturno 0,00		46 TOTAL BRUTO 2.203,68		55 LIQUIDO A RECEBER 2.082,02		
	FORMALIZAÇÃO DA RESCISÃO	56 Local e data do recebimento			57 Carimbo e assinatura do empregador ou preposto		
58 Assinatura do trabalhador			59 Assinatura do responsável				
60 HOMOLOGAÇÃO Foi prestada, gratuitamente, assistência ao trabalhador, nos termos do art. 477, § 1º, da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, sendo comprovado, neste ato, o efetivo pagamento das verbas rescisórias acima especificadas. Local e data Carimbo e assinatura do assistente			61 Digital do trabalhador		62 Digital do responsável		
63 Identificação do órgão homologador			64 Recepção pelo Banco (data e carimbo)				

A ASSISTÊNCIA NO ATO DE RESCISÃO CONTRATUAL É GRATUITA

Convênio Nº 0099/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE 090196
Conjunto Hospitalar do Mandaqui
Natureza de Despesa: Custeio

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
01/05/2022 - AUTOATENDIMENTO - 15.07.35
3062703062 SEGUNDA VIA 0020
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE
TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL
CLIENTE: ASSOC HOSP B BRASIL
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.511-4
=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : ASSOC HOSP B BRASIL
BANCO: 341 - ITAU UNIBANCO S.A.
AGENCIA: 0500-2 - UAD AGENCIA ITI
CONTA: 12.631.573-8

FAVORECIDO: DENISE DE SOUZA PEREIRA
CPF/CNPJ: 358.255.718-92
VALOR: R\$ 2.112,32
DEBITO EM: 14/04/2022
=====

DOCUMENTO: 041472
AUTENTICACAO SISBB: 8.D40.2B3.9E7.0D6.21D

Convênio Nº 0099/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE 090196
Conjunto Hospitalar do Mandaguai
Natureza de Despesa: Custeio

TERMO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR	01 CNPJ/CEI 45.349.461/0015-08		02 Razão Social/Nome ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL				
	03 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) AVENIDA AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 - SALA 12						04 Bairro JARDIM ARIANO
	05 Município SAO PAULO		06 UF SP	07 CEP 16400-400	08 CNAE 8610-1/02	09 CNPJ/CEI Tomador/Obra	
IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR	10 PIS - PASEP 210.72733.62-7		11 Nome DENISE DE SOUZA PEREIRA				
	12 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) Avenida AUGUSTO ANTUNES						13 Bairro LIMOEIRO
	14 Município SAO PAULO		15 UF SP	16 CEP 08051-370	17 Carteira de Trabalho (nº, série, UF) 023288 - 00323 / SP		
	18 CPF 358.255.718-92		19 Data de nascimento 06/04/1988	20 Nome da mãe FRANCISCA ISABEL DE SOUZA PEREIRA			
DADOS DO CONTRATO	21 Remuneração p/ fins rescisórios 2.404,69		22 Data de admissão 11/12/2021		23 Data do Aviso Prévio 09/03/2022		24 Data de afastamento 08/04/2022
	25 Causa do afastamento Demitido SEM justa causa			26 Cód. afastamento 01	27 Pensão alimentícia (%) 0,00		28 Categoria do trabalhador 01
DISCRIMINAÇÃO DAS VERBAS RESCISÓRIAS	29 Aviso Prévio Indenizado 0,00		38 Comissões 0,00		47 Previdência 45,85		
	30 Saldo salário 1 dias 546,79		39 Gratificações 0,00		48 Previdência 13º salário 44,85		
	31 13º Salário 3/12 avos 598,07		40 Horas extras 0,00 horas 0,00		49 Adiantamento 0,00		
	32 13º Sal. Indeniz. /12 avos 0,00		41 Adic. insalub./ periculosidade 64,64		50 IRRF 42,42		
	33 Férias vencidas 0,00		42		51		
	34 Férias proporc. 4/12 avos 801,56		43		52		
	35 1/3 salário s/ férias 267,19		44		53 Outros descontos 32,81		
	36 Salário família 0,00		45 Outros proventos 0,00		54 TOTAL DAS DEDUÇÕES 165,93		
	37 Adicional noturno 0,00		46 TOTAL BRUTO 2.278,25		55 LÍQUIDO A RECEBER 2.112,32		
	FORMALIZAÇÃO DA RESCISÃO	56 Local e data do recebimento			57 Carimbo e assinatura do empregador ou preposto		
58 Assinatura do trabalhador			59 Assinatura do responsável				
60 HOMOLOGAÇÃO Foi prestada, gratuitamente, assistência ao trabalhador, nos termos do art. 477, § 1º, da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, sendo comprovado, neste ato, o efetivo pagamento das verbas rescisórias acima especificadas. Local e data Carimbo e assinatura do assistente			61 Digital do trabalhador		62 Digital do responsável		
63 Identificação do órgão homologador			64 Recepção pelo Banco (data e carimbo)				

A ASSISTÊNCIA NO ATO DE RESCISÃO CONTRATUAL É GRATUITA

Convênio Nº 0099/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE 090195
Conjunto Hospitalar do Mandaqui
Natureza de Despesa: Custeio

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
01/05/2022 - AUTOATENDIMENTO - 15.07.35
3062703062 SEGUNDA VIA 0031

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL
CLIENTE: ASSOC HOSP B BRASIL
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.511-4

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : ASSOC HOSP B BRASIL
BANCO: 237 - BCO BRADESCO S.A.
AGENCIA: 0091-4 - SANTANA-URB SP
CONTA: 764.666-6

FAVORECIDO: FABIANA DE AZEVEDO GARCIA DOS SANTO
CPF/CNPJ: 270.621.088-55
VALOR: R\$ 2.071,59
DEBITO EM: 14/04/2022

=====

DOCUMENTO: 041473
AUTENTICACAO SISBB: 6.22D.AC0.0AE.B6C.66C

Convênio Nº 0099/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE 090196
Conjunto Hospitalar do Mandaqui
Natureza de Despesa: Custeio

TERMO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR	01 CNPJ/CEI 45.349.461/0015-08		02 Razão Social/Nome ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL				
	03 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) AVENIDA AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 - SALA 12						04 Bairro JARDIM ARIANO
	05 Município SAO PAULO		06 UF SP	07 CEP 16400-400	08 CNAE 8610-1/02	09 CNPJ/CEI Tomador/Obra	
IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR	10 PIS - PASEP 126.85811.93-3		11 Nome FABIANA DE AZEVEDO GARCIA DOS SANTOS				
	12 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) Rua GENERAL AUGUSTO IMBASSAI - CASA						13 Bairro VILA BELA VISTA (ZONA NORTE)
	14 Município SAO PAULO		15 UF SP	16 CEP 02617-020	17 Carteira de Trabalho (nº, série, UF) 041122 - 197 / SP		
	18 CPF 270.621.088-55		19 Data de nascimento 21/01/1977	20 Nome da mãe EUNICE MILITÃO DE AZEVEDO			
DADOS DO CONTRATO	21 Remuneração p/ fins rescisórios 2.292,85		22 Data de admissão 11/12/2021		23 Data do Aviso Prévio 09/03/2022		24 Data de afastamento 08/04/2022
	25 Causa do afastamento Demitido SEM justa causa			26 Cód. afastamento 01	27 Pensão alimentícia (%) 0,00	28 Categoria do trabalhador 01	
DISCRIMINAÇÃO DAS VERBAS RESCISÓRIAS	29 Aviso Prévio Indenizado 0,00		38 Comissões 0,00		47 Previdência 45,85		
	30 Saldo salário 1 dias 546,79		39 Gratificações 0,00		48 Previdência 13º salário 42,99		
	31 13º Salário 3/12 avos 573,21		40 Horas extras 0,00 horas 0,00		49 Adiantamento 0,00		
	32 13º Sal. Indeniz. /12 avos 0,00		41 Adic. insalub./ periculosidade 64,64		50 IRRF 43,25		
	33 Férias vencidas 0,00		42		51		
	34 Férias proporc. 4/12 avos 764,28		43		52		
	35 1/3 salário s/ férias 254,76		44		53 Outros descontos 0,00		
	36 Salário família 0,00		45 Outros proventos 0,00		54 TOTAL DAS DEDUÇÕES 132,09		
	37 Adicional noturno 0,00		46 TOTAL BRUTO 2.203,68		55 LÍQUIDO A RECEBER 2.071,59		
	38		47		48		
FORMALIZAÇÃO DA RESCISÃO	56 Local e data do recebimento			57 Carimbo e assinatura do empregador ou preposto			
	58 Assinatura do trabalhador			59 Assinatura do responsável			
	60 HOMOLOGAÇÃO Foi prestada, gratuitamente, assistência ao trabalhador, nos termos do art. 477, § 1º, da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, sendo comprovado, neste ato, o efetivo pagamento das verbas rescisórias acima especificadas. Local e data Carimbo e assinatura do assistente			61 Digital do trabalhador		62 Digital do responsável	
	63 Identificação do órgão homologador			64 Recepção pelo Banco (data e carimbo)			

A ASSISTÊNCIA NO ATO DE RESCISÃO CONTRATUAL É GRATUITA

Convênio Nº 0099/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE 090196
Conjunto Hospitalar do Mandaqui
Natureza de Despesa: Custeio

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
01/05/2022 - AUTOATENDIMENTO - 15.07.35
3062703062 SEGUNDA VIA 0023
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE
TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL
CLIENTE: ASSOC HOSP B BRASIL
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.511-4
=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : ASSOC HOSP B BRASIL
BANCO: 341 - ITAU UNIBANCO S.A.
AGENCIA: 0756-0 - S PAULO VILA N CACHOEIRI
CONTA: 64.467-0

FAVORECIDO: VALDINEIA CABRAL DE SOUSA
CPF/CNPJ: 847.183.405-78
VALOR: R\$ 2.007,02
DEBITO EM: 14/04/2022
=====

DOCUMENTO: 041474
AUTENTICACAO SISBB: C.383.6C1.FE8.5D2.973

Convênio Nº 0099/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE 090136
Conjunto Hospitalar do Mandaqui
Natureza de Despesa: Custeio

TERMO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR	01 CNPJ/CEI 45.349.461/0015-08		02 Razão Social/Nome ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL					
	03 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) AVENIDA AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 - SALA 12						04 Bairro JARDIM ARIANO	
	05 Município SAO PAULO		06 UF SP	07 CEP 16400-400	08 CNAE 8610-1/02	09 CNPJ/CEI Tomador/Obra		
IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR	10 PIS - PASEP 128.66793.05-8		11 Nome VALDINEIA CABRAL DE SOUSA					
	12 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) Rua CAMPOS MACHADO						13 Bairro CONJUNTO PROMORAR ESTRV	
	14 Município SAO PAULO		15 UF SP	16 CEP 02873-001	17 Carteira de Trabalho (nº, série, UF) 7822552 - 001-0 / BA			
	18 CPF 847.183.405-78		19 Data de nascimento 18/08/1987	20 Nome da mãe MARIA NERI CABRAL				
DADOS DO CONTRATO	21 Remuneração p/ fins rescisórios 2.292,85		22 Data de admissão 12/12/2021		23 Data do Aviso Prévio 09/03/2022		24 Data de afastamento 08/04/2022	
	25 Causa do afastamento Demitido SEM justa causa				26 Cód. afastamento 01	27 Pensão alimentícia (%) 0,00		28 Categoria do trabalhador 01
DISCRIMINAÇÃO DAS VERBAS RESCISÓRIAS	29 Aviso Prévio Indenizado 0,00		38 Comissões 0,00		47 Previdência 40,12			
	30 Saldo salário 1 dias 546,79		39 Gratificações 0,00		48 Previdência 13º salário 42,99			
	31 13º Salário 3/12 avos 573,21		40 Horas extras 0,00 horas 0,00		49 Adiantamento 0,00			
	32 13º Sal. Indeniz. /12 avos 0,00		41 Adic. insalub./ periculosidade 56,56		50 IRRF 37,12			
	33 Férias vencidas 0,00		42		51			
	34 Férias proporc. 4/12 avos 764,28		43		52			
	35 1/3 salário s/ férias 254,76		44		53 Outros descontos 68,35			
	36 Salário família 0,00		45 Outros proventos 0,00		54 TOTAL DAS DEDUÇÕES 188,58			
	37 Adicional noturno 0,00		46 TOTAL BRUTO 2.195,60		55 LÍQUIDO A RECEBER 2.007,02			
FORMALIZAÇÃO DA RESCISÃO	56 Local e data do recebimento				57 Carimbo e assinatura do empregador ou preposto			
	58 Assinatura do trabalhador				59 Assinatura do responsável			
	60 HOMOLOGAÇÃO Foi prestada, gratuitamente, assistência ao trabalhador, nos termos do art. 477, § 1º, da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, sendo comprovado, neste ato, o efetivo pagamento das verbas rescisórias acima especificadas. Local e data Carimbo e assinatura do assistente				61 Digital do trabalhador		62 Digital do responsável	
	63 Identificação do órgão homologador				64 Recepção pelo Banco (data e carimbo)			

A ASSISTÊNCIA NO ATO DE RESCISÃO CONTRATUAL É GRATUITA

Convênio Nº 0099/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE 090196
Conjunto Hospitalar do Mandaqui
Natureza de Despesa: Custeio

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
01/05/2022 - AUTOATENDIMENTO - 15.07.35
3062703062 SEGUNDA VIA 0015
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE
TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL
CLIENTE: ASSOC HOSP B BRASIL
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.511-4
=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : ASSOC HOSP B BRASIL
BANCO: 237 - BCO BRADESCO S.A.
AGENCIA: 0154-6 - GUARULHOS-CENTRO
CONTA: 211.842-4

FAVORECIDO: JOAO PAULO MARSOLA
CPF/CNPJ: 341.620.748-36
VALOR: R\$ 2.045,24
DEBITO EM: 14/04/2022
=====

DOCUMENTO: 041475
AUTENTICACAO SISBB: C.C49.16F.EF5.01C.C55

Convênio Nº 0099/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE 090196
Conjunto Hospitalar do Mandaqui
Natureza de Despesa: Custeio

TERMO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR	01 CNPJ/CEI 45.349.461/0015-08		02 Razão Social/Nome ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL				
	03 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) AVENIDA AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 - SALA 12						04 Bairro JARDIM ARIANO
	05 Município SAO PAULO		06 UF SP	07 CEP 16400-400	08 CNAE 8610-1/02	09 CNPJ/CEI Tomador/Obra	
IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR	10 PIS - PASEP 204.89452.98-6		11 Nome JOAO PAULO MARSOLA				
	12 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) Rua CIRIDIAO DURVAL - AP 93						13 Bairro VILA PAULISTA
	14 Município SAO PAULO		15 UF SP	16 CEP 04360-020	17 Carteira de Trabalho (nº, série, UF) 082173 - 00381 / SP		
	18 CPF 341.620.748-36		19 Data de nascimento 22/11/1995	20 Nome da mãe LAIS ROSSELLI			
DADOS DO CONTRATO	21 Remuneração p/ fins rescisórios 2.300,31		22 Data de admissão 13/12/2021		23 Data do Aviso Prévio 09/03/2022		24 Data de afastamento 08/04/2022
	25 Causa do afastamento Demitido SEM justa causa			26 Cod. afastamento 01	27 Pensão alimentícia (%) 0,00	28 Categoria do trabalhador 01	
DISCRIMINAÇÃO DAS VERBAS RESCISÓRIAS	29 Aviso Prévio Indenizado 0,00		38 Comissões 0,00		DEDUÇÕES		
	30 Saldo salário 1 dias 546,79		39 Gratificações 0,00		47 Previdência	45,85	
	31 13º Salário 3/12 avos 575,70		40 Horas extras 0,00 horas 0,00		48 Previdência 13º salário	43,17	
	32 13º Sal. Indeniz. /12 avos 0,00		41 Adic. insalub./ periculosidade 64,64		49 Adiantamento	0,00	
	33 Férias vencidas 0,00		42		50 IRRF	42,42	
	34 Férias proporc. 4/12 avos 766,77		43		51		
	35 1/3 salário s/ férias 255,59		44		52		
	36 Salário família 0,00		45 Outros proventos 0,00		53 Outros descontos	32,81	
	37 Adicional noturno 0,00		46 TOTAL BRUTO 2.209,49		54 TOTAL DAS DEDUÇÕES	164,25	
					55 LÍQUIDO A RECEBER	2.045,24	
FORMALIZAÇÃO DA RESCISÃO	56 Local e data do recebimento			57 Carimbo e assinatura do empregador ou preposto			
	58 Assinatura do trabalhador			59 Assinatura do responsável			
	60 HOMOLOGAÇÃO Foi prestada, gratuitamente, assistência ao trabalhador, nos termos do art. 477, § 1º, da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, sendo comprovado, neste ato, o efetivo pagamento das verbas rescisórias acima especificadas. Local e data Carimbo e assinatura do assistente			61 Digital do trabalhador		62 Digital do responsável	
	63 Identificação do órgão homologador			64 Recepção pelo Banco (data e carimbo)			

A ASSISTÊNCIA NO ATO DE RESCISÃO CONTRATUAL É GRATUITA

Convênio Nº 0099/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE 090196
Conjunto Hospitalar do Mandaqui
Natureza da Despesa: Custeio

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
01/05/2022 - AUTOATENDIMENTO - 15.07.35
3062703062 SEGUNDA VIA 0017

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: ASSOC HOSP B BRASIL

AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.511-4

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA

REMETENTE : ASSOC HOSP B BRASIL

BANCO: 260 - NU PAGAMENTOS - IP

AGENCIA: 0001-9

CONTA: 58.727.373-2

FAVORECIDO: ROGERIO MENEZES DE LIMA

CPF/CNPJ: 134.717.358-79

VALOR: R\$ 2.377,96

DEBITO EM: 14/04/2022

=====

DOCUMENTO: 041476

AUTENTICACAO SISBB: 9.A60.D18.7D0.D47.B3A

Convênio Nº 0099/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE 090196
Conjunto Hospitalar do Mirandaqui
Natureza de Despesa: Custeio

TERMO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR	01 CNPJ/CEI 45.349.461/0015-08		02 Razão Social/Nome ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL				
	03 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) AVENIDA AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 - SALA 12						04 Bairro JARDIM ARIANO
	05 Município SAO PAULO		06 UF SP	07 CEP 16400-400	08 CNAE 8610-1/02	09 CNPJ/CEI Tomador/Obra	
IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR	10 PIS - PASEP 123.93101.25-1		11 Nome ROGERIO MENEZES DE LIMA				
	12 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) Rua DOMINGOS FERNANDES FARIA						13 Bairro JARDIM LAURA
	14 Município SAO PAULO		15 UF SP	16 CEP 08142-290	17 Carteira de Trabalho (nº, série, UF) 76437 - 121 / SP		
	18 CPF 134.717.358-79		19 Data de nascimento 12/11/1974	20 Nome da mãe FRANCISCA MENEZES LIMA			
DADOS DO CONTRATO	21 Remuneração p/ fins rescisórios 2.579,91		22 Data de admissão 12/01/2022		23 Data do Aviso Prévio 08/04/2022		24 Data de afastamento 08/04/2022
	25 Causa do afastamento Resc cont exp antec empregador				26 Cód. afastamento 01	27 Pensão alimentícia (%) 0,00	28 Categoria do trabalhador 01
DISCRIMINAÇÃO DAS VERBAS RESCISÓRIAS	29 Aviso Prévio Indenizado 0,00		38 Comissões 0,00		DEDUÇÕES		
	30 Saldo salário 1 dias 546,79		39 Gratificações 0,00		47 Previdência 64,31		
	31 13º Salário 3/12 avos 644,98		40 Horas extras 0,00 horas 0,00		48 Previdência 13º salário 48,37		
	32 13º Sal. Indeniz. /12 avos 0,00		41 Adic. insalub./ periculosidade 64,64		49 Adiantamento 0,00		
	33 Férias vencidas 0,00		42		50 IRRF 86,78		
	34 Férias proporc. 3/12 avos 644,98		43		51		
	35 1/3 salário s/ férias 214,99		44		52		
	36 Salário família 0,00		45 Outros proventos 214,99		53 Outros descontos 0,00		
	37 Adicional noturno 246,05		46 TOTAL BRUTO 2.577,42		54 TOTAL DAS DEDUÇÕES 199,46		
					55 LÍQUIDO A RECEBER 2.377,96		
FORMALIZAÇÃO DA RESCISÃO	56 Local e data do recebimento				57 Carimbo e assinatura do empregador ou preposto		
	58 Assinatura do trabalhador				59 Assinatura do responsável		
	60 HOMOLOGAÇÃO Foi prestada, gratuitamente, assistência ao trabalhador, nos termos do art. 477, § 1º, da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, sendo comprovado, neste ato, o efetivo pagamento das verbas rescisórias acima especificadas. Local e data Carimbo e assinatura do assistente				61 Digital do trabalhador		62 Digital do responsável
	63 Identificação do órgão homologador				64 Recepção pelo Banco (data e carimbo)		

A ASSISTÊNCIA NO ATO DE RESCISÃO CONTRATUAL É GRATUITA

Convênio Nº 0099/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE 090196
Conjunto Hospitalar do Mandaqui
Natureza de Despesa: Custeio

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
01/05/2022 - AUTOATENDIMENTO - 15.07.35
3062703062 SEGUNDA VIA 0013

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: ASSOC HOSP B BRASIL

AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.511-4

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA

REMETENTE : ASSOC HOSP B BRASIL

BANCO: 033 - BCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

AGENCIA: 0648-3 - CONCEICAO

CONTA: 60.013.460-0

FAVORECIDO: ROSANGELA PEREIRA DE SOUZA LIMA

CPF/CNPJ: 127.164.738-97

VALOR: R\$ 4.140,64

DEBITO EM: 14/04/2022

=====

DOCUMENTO: 041477

AUTENTICACAO SISBB: 8.4C3.FD5.D3B.C16.4AA

Convênio Nº 0099/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE 090196
Conjunto Hospitalar do Mandaqui
Natureza de Despesa: Custeio

TERMO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR	01 CNPJ/CEI 45.349.461/0015-08		02 Razão Social/Nome ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL				
	03 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) AVENIDA AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 - SALA 12						04 Bairro JARDIM ARIANO
	05 Município SAO PAULO		06 UF SP	07 CEP 16400-400	08 CNAE 8610-1/02	09 CNPJ/CEI Tomador/Obra	
IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR	10 PIS - PASEP 120.84843.35-0		11 Nome ROSANGELA PEREIRA DE SOUZA LIMA				
	12 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) Rua SANTO ANTONIO DA MANGA - CASA						13 Bairro VILA CARMOSINA
	14 Município SAO PAULO		15 UF SP	16 CEP 08290-300	17 Carteira de Trabalho (nº, série, UF) 1271647 - 3897 / SP		
	18 CPF 127.164.738-97		19 Data de nascimento 04/09/1969	20 Nome da mãe MARIA DIVINA PEREIRA E SOUZA			
DADOS DO CONTRATO	21 Remuneração p/ fins rescisórios 4.709,29		22 Data de admissão 19/01/2022		23 Data do Aviso Prévio 08/04/2022		24 Data de afastamento 08/04/2022
	25 Causa do afastamento Resc cont exp antec empregador				26 Cód. afastamento 01	27 Pensão alimentícia (%) 0,00	28 Categoria do trabalhador 01
DISCRIMINAÇÃO DAS VERBAS RESCISÓRIAS	29 Aviso Prévio Indenizado	0,00	38 Comissões	0,00	DEDUÇÕES		
	30 Saldo salário 1 dias	1.048,79	39 Gratificações	0,00	47 Previdência	117,42	
	31 13º Salário 2/12 avos	824,61	40 Horas extras 0,00 horas	0,00	48 Previdência 13º salário	61,84	
	32 13º Sal. Indeniz. /12 avos	0,00	41 Adic. insalub./ periculosidade	64,64	49 Adiantamento	0,00	
	33 Férias vencidas	0,00	42		50 IRRF	366,08	
	34 Férias proporc. 3/12 avos	1.177,32	43		51		
	35 1/3 salário s/ férias	392,44	44		52		
	36 Salário família	0,00	45 Outros proventos	784,88	53 Outros descontos	0,00	
	37 Adicional noturno	393,30	46 TOTAL BRUTO	4.685,98	54 TOTAL DAS DEDUÇÕES	545,34	
					55 LIQUIDO A RECEBER	4.140,64	
FORMALIZAÇÃO DA RESCISÃO	56 Local e data do recebimento			57 Carimbo e assinatura do empregador ou preposto			
	58 Assinatura do trabalhador			59 Assinatura do responsável			
	60 HOMOLOGAÇÃO Foi prestada, gratuitamente, assistência ao trabalhador, nos termos do art. 477, § 1º, da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, sendo comprovado, neste ato, o efetivo pagamento das verbas rescisórias acima especificadas. Local e data Carimbo e assinatura do assistente			61 Digital do trabalhador		62 Digital do responsável	
	63 Identificação do órgão homologador			64 Recepção pelo Banco (data e carimbo)			

A ASSISTÊNCIA NO ATO DE RESCISÃO CONTRATUAL É GRATUITA

Convênio Nº 0099/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE 090196
Conjunto Hospitalar do Mandaqui
Natureza de Despesa: Custeio

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
01/05/2022 - AUTOATENDIMENTO - 15.07.35
3062703062 SEGUNDA VIA 0020
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE
TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL
CLIENTE: ASSOC HOSP B BRASIL
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.511-4
=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : ASSOC HOSP B BRASIL
BANCO: 260 - NU PAGAMENTOS - IP
AGENCIA: 0001-9
CONTA: 95.238.396-6

FAVORECIDO: VITORIA REGINA MARCHETTO BARROCA
CPF/CNPJ: 468.737.508-16
VALOR: R\$ 2.127,87
DEBITO EM: 14/04/2022
=====

DOCUMENTO: 041478
AUTENTICACAO SISBB: D.737.B8C.45B.887.483

Convênio Nº 0099/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE 090196
Conjunto Hospitalar do Mandaqui
Natureza de Despesa: Custeio

TERMO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR	01 CNPJ/CEI 45.349.461/0015-08		02 Razão Social/Nome ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL				
	03 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) AVENIDA AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 - SALA 12						04 Bairro JARDIM ARIANO
	05 Município SAO PAULO		06 UF SP	07 CEP 16400-400	08 CNAE 8610-1/02	09 CNPJ/CEI Tomador/Obra	
IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR	10 PIS - PASEP 166.17996.74-8		11 Nome VITORIA REGINA MARCHETTO BARROCA				
	12 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) Rua MARANHÃO						13 Bairro JARDIM FELICIDADE (ZONA NC
	14 Município SAO PAULO		15 UF SP	16 CEP 02326-020	17 Carteira de Trabalho (nº, série, UF) 084846 - 0048 / SP		
	18 CPF 468.737.508-16		19 Data de nascimento 29/05/1998	20 Nome da mãe ALEXSANDRA NOGUEIRA MARCHETTO			
DADOS DO CONTRATO	21 Remuneração p/ fins rescisórios 2.292,85		22 Data de admissão 23/01/2022		23 Data do Aviso Prévio 08/04/2022		24 Data de afastamento 08/04/2022
	25 Causa do afastamento Resc cont exp antec empregador				26 Cód. afastamento 01	27 Pensão alimentícia (%) 0,00	28 Categoria do trabalhador 01
DISCRIMINAÇÃO DAS VERBAS RESCISÓRIAS	29 Aviso Prévio Indenizado 0,00		38 Comissões 0,00		DEDUÇÕES		
	30 Saldo salário 1 dias 546,79		39 Gratificações 0,00		47 Previdência 45,85		
	31 13º Salário 2/12 avos 382,14		40 Horas extras 0,00 horas 0,00		48 Previdência 13º salário 28,66		
	32 13º Sal. Indeniz. /12 avos 0,00		41 Adic. insalub./ periculosidade 64,64		49 Adiantamento 0,00		
	33 Férias vencidas 0,00				50 IRRF 52,25		
	34 Férias proporc. 3/12 avos 573,21				51		
	35 1/3 salário s/ férias 191,07				52		
	36 Salário família 0,00		45 Outros proventos 496,78		53 Outros descontos 0,00		
	37 Adicional noturno 0,00		46 TOTAL BRUTO 2.254,63		54 TOTAL DAS DEDUÇÕES 126,76		
					55 LÍQUIDO A RECEBER 2.127,87		
FORMALIZAÇÃO DA RESCISÃO	56 Local e data do recebimento				57 Carimbo e assinatura do empregador ou preposto		
	58 Assinatura do trabalhador				59 Assinatura do responsável		
	60 HOMOLOGAÇÃO Foi prestada, gratuitamente, assistência ao trabalhador, nos termos do art. 477, § 1º, da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, sendo comprovado, neste ato, o efetivo pagamento das verbas rescisórias acima especificadas. Local e data Carimbo e assinatura do assistente				61 Digital do trabalhador		62 Digital do responsável
	63 Identificação do órgão homologador				64 Recepção pelo Banco (data e carimbo)		

A ASSISTÊNCIA NO ATO DE RESCISÃO CONTRATUAL É GRATUITA

Convênio Nº 0099/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE 090196
Conjunto Hospitalar do Mandaqui
Natureza de Despesa: Custeio

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
01/05/2022 - AUTOATENDIMENTO - 15.07.35
3062703062 SEGUNDA VIA 0016
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

COMPROVANTE DE
TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL
CLIENTE: ASSOC HOSP B BRASIL
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.511-4

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : ASSOC HOSP B BRASIL
BANCO: 655 - BCO VOTORANTIM S.A.
AGENCIA: 0655-6 - FILIAL CAMPINAS
CONTA: 9.347.976-0

FAVORECIDO: RAQUEL MATOSO
CPF/CNPJ: 259.780.608-19
VALOR: R\$ 2.611,93
DEBITO EM: 14/04/2022

=====

DOCUMENTO: 041479
AUTENTICACAO SISBB: 6.A5E.214.DBB.CEF.ED1

Convênio Nº 0099/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE 090196
Conjunto Hospitalar do Mandaqui
Natureza de Despesa: Custeio

TERMO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR	01 CNPJ/CEI 45.349.461/0015-08		02 Razão Social/Nome ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL				
	03 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) AVENIDA AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 - SALA 12						04 Bairro JARDIM ARIANO
	05 Município SAO PAULO		06 UF SP	07 CEP 16400-400	08 CNAE 8610-1/02	09 CNPJ/CEI Tomador/Obra	
IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR	10 PIS - PASEP 124.26272.92-0		11 Nome RAQUEL MATOSO				
	12 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) Rua DOMINGOS FERNANDES FARIA - CASA						13 Bairro JARDIM LAURA
	14 Município SAO PAULO		15 UF SP	16 CEP 08142-290	17 Carteira de Trabalho (nº, série, UF) 2597806 - 0819 / SP		
	18 CPF 259.780.608-19		19 Data de nascimento 21/10/1974	20 Nome da mãe CELIA EMIDIO DE OLIVEIRA			
DADOS DO CONTRATO	21 Remuneração p/ fins rescisórios 2.292,85		22 Data de admissão 24/01/2022		23 Data do Aviso Prévio 08/04/2022		24 Data de afastamento 08/04/2022
	25 Causa do afastamento Resc cont exp antec empregador			26 Cód. afastamento 01	27 Pensão alimentícia (%) 0,00	28 Categoria do trabalhador 01	
DISCRIMINAÇÃO DAS VERBAS RESCISÓRIAS	29 Aviso Prévio Indenizado 0,00		38 Comissões 0,00		47 Previdência 45,85		
	30 Saldo salário 1 dias 546,79		39 Gratificações 0,00		48 Previdência 13º salário 28,66		
	31 13º Salário 2/12 avos 382,14		40 Horas extras 0,00 horas 0,00		49 Adiantamento 0,00		
	32 13º Sal. Indeniz. /12 avos 0,00		41 Adic. insalub./ periculosidade 64,64		50 IRRF 42,42		
	33 Férias vencidas 0,00		42		51		
	34 Férias proporc. 3/12 avos 573,21		43		52		
	35 1/3 salário s/ férias 191,07		44		53 Outros descontos 0,00		
	36 Salário família 0,00		45 Outros proventos 971,01		54 TOTAL DAS DEDUÇÕES 116,93		
	37 Adicional noturno 0,00		46 TOTAL BRUTO 2.728,86		55 LIQUIDO A RECEBER 2.611,93		
	FORMALIZAÇÃO DA RESCISÃO	56 Local e data do recebimento			57 Carimbo e assinatura do empregador ou preposto		
58 Assinatura do trabalhador			59 Assinatura do responsável				
60 HOMOLOGAÇÃO Foi prestada, gratuitamente, assistência ao trabalhador, nos termos do art. 477, § 1º, da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, sendo comprovado, neste ato, o efetivo pagamento das verbas rescisórias acima especificadas. Local e data Carimbo e assinatura do assistente			61 Digital do trabalhador		62 Digital do responsável		
63 Identificação do órgão homologador			64 Recepção pelo Banco (data e carimbo)				

A ASSISTÊNCIA NO ATO DE RESCISÃO CONTRATUAL É GRATUITA

Convênio Nº 0099/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE 090196
Conjunto Hospitalar do Mandaqui
Natureza de Despesa: Custeio

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
01/05/2022 - AUTOATENDIMENTO - 15.07.35
3062703062 SEGUNDA VIA 0020

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: ASSOC HOSP B BRASIL

AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.511-4

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA

REMETENTE : ASSOC HOSP B BRASIL

BANCO: 033 - BCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

AGENCIA: 0344-1 - FRANCO DA ROCHA

CONTA: 1.062.846-8

FAVORECIDO: LINDINALVA CARDOSO ORTIZ DE PAULA

CPF/CNPJ: 247.920.458-86

VALOR: R\$ 2.356,85

DEBITO EM: 14/04/2022

=====

DOCUMENTO: 041480

AUTENTICACAO SISBB: 4.FE1.064.93B.782.89F

Convênio Nº 0099/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE 090196
Conjunto Hospitalar do Mandaqui
Natureza de Despesa: Custeio

TERMO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR	01 CNPJ/CEI 45.349.461/0015-08		02 Razão Social/Nome ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL					
	03 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) AVENIDA AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 - SALA 12						04 Bairro JARDIM ARIANO	
	05 Município SAO PAULO			06 UF SP	07 CEP 16400-400	08 CNAE 8610-1/02	09 CNPJ/CEI Tomador/Obra	
IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR	10 PIS - PASEP 135.46518.77-1		11 Nome LINDINALVA CARDOSO ORTIZ DE PAULA					
	12 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) Rua OROXO						13 Bairro ESTANCIA LAGO AZUL	
	14 Município FRANCO DA ROCHA			15 UF SP	16 CEP 07866-130	17 Carteira de Trabalho (nº, série, UF) 070144 - 318 / SP		
	18 CPF 247.920.458-86		19 Data de nascimento 05/04/1974	20 Nome da mãe CARMELINA CARDOSO ORTIZ				
DADOS DO CONTRATO	21 Remuneração p/ fins rescisórios 2.481,74		22 Data de admissão 22/01/2022		23 Data do Aviso Prévio 08/04/2022		24 Data de afastamento 08/04/2022	
	25 Causa do afastamento Resc cont exp antec empregador				26 Cód. afastamento 01		27 Pensão alimentícia (%) 0,00	
DISCRIMINAÇÃO DAS VERBAS RESCISÓRIAS	29 Aviso Prévio Indenizado 0,00		38 Comissões 0,00		DEDUÇÕES			
	30 Saldo salário 1 dias 546,79		39 Gratificações 0,00		47 Previdência 52,42			
	31 13º Salário 2/12 avos 429,36		40 Horas extras 0,00 horas 0,00		48 Previdência 13º salário 32,20			
	32 13º Sal. Indeniz. /12 avos 0,00		41 Adic. insalub./ periculosidade 56,56		49 Adiantamento 0,00			
	33 Férias vencidas 0,00		42		50 IRRF 51,88			
	34 Férias proporc. 3/12 avos 620,43		43		51			
	35 1/3 salário s/ férias 206,81		44		52			
	36 Salário família 0,00		45 Outros proventos 537,71		53 Outros descontos 68,35			
	37 Adicional noturno 164,04		46 TOTAL BRUTO 2.561,70		54 TOTAL DAS DEDUÇÕES 204,85			
	38		47		55 LÍQUIDO A RECEBER 2.356,85			
FORMALIZAÇÃO DA RESCISÃO	56 Local e data do recebimento				57 Carimbo e assinatura do empregador ou preposto			
	58 Assinatura do trabalhador				59 Assinatura do responsável			
	60 HOMOLOGAÇÃO Foi prestada, gratuitamente, assistência ao trabalhador, nos termos do art. 477, § 1º, da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, sendo comprovado, neste ato, o efetivo pagamento das verbas rescisórias acima especificadas. Local e data Carimbo e assinatura do assistente				61 Digital do trabalhador		62 Digital do responsável	
	63 Identificação do órgão homologador				64 Recepção pelo Banco (data e carimbo)			

A ASSISTÊNCIA NO ATO DE RESCISÃO CONTRATUAL É GRATUITA

Convênio Nº 0099/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE 090196
Conjunto Hospitalar do Mandaqui
Natureza de Despesa: Custo

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
01/05/2022 - AUTOATENDIMENTO - 15.07.35
3062703062 SEGUNDA VIA 0027

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: ASSOC HOSP B BRASIL

AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.511-4

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA

REMETENTE : ASSOC HOSP B BRASIL

BANCO: 033 - BCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

AGENCIA: 3809-1 - SP-VILA CARRAO

CONTA: 2.001.208-1

FAVORECIDO: EDUARDO DELFINO COELHO

CPF/CNPJ: 428.166.858-61

VALOR: R\$ 2.257,59

DEBITO EM: 14/04/2022

=====

DOCUMENTO: 041481

AUTENTICACAO SISBB: 7.AF6.25C.072.AE1.243

Convênio Nº 0099/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE 090196
Conjunto Hospitalar do Mandaqui
Natureza de Despesa: Custeio

TERMO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR	01 CNPJ/CEI 45.349.461/0015-08	02 Razão Social/Nome ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL					
	03 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) AVENIDA AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 - SALA 12						04 Bairro JARDIM ARIANO
	05 Município SAO PAULO	06 UF SP	07 CEP 16400-400	08 CNAE 8610-1/02	09 CNPJ/CEI Tomador/Obra		
IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR	10 PIS - PASEP 200.39905.95-5	11 Nome EDUARDO DELFINO COELHO					
	12 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) Rua SANTO ANTONIO DE ITABERAVA - CASA						13 Bairro VILA CARMOSINA
	14 Município SAO PAULO			15 UF SP	16 CEP 08290-210	17 Carteira de Trabalho (nº, série, UF) 028925 - 00397 / SP	
	18 CPF 428.166.858-61	19 Data de nascimento 15/08/1995	20 Nome da mãe PATRICIA CAROLINE DELFINO				
DADOS DO CONTRATO	21 Remuneração p/ fins rescisórios 2.507,84	22 Data de admissão 23/01/2022	23 Data do Aviso Prévio 08/04/2022		24 Data de afastamento 08/04/2022		
	25 Causa do afastamento Resc cont exp antec empregador			26 Cód. afastamento 01	27 Pensão alimentícia (%) 0,00	28 Categoria do trabalhador 01	
DISCRIMINAÇÃO DAS VERBAS RESCISÓRIAS	29 Aviso Prévio Indenizado	0,00	38 Comissões	0,00	DEDUÇÕES		
	30 Saldo salário 1 dias	546,79	39 Gratificações	0,00	47 Previdência	45,85	
	31 13º Salário 2/12 avos	435,89	40 Horas extras 0,00 horas	0,00	48 Previdência 13º salário	32,69	
	32 13º Sal. Indeniz. /12 avos	0,00	41 Adic. insalub./ periculosidade	64,64	49 Adiantamento	0,00	
	33 Férias vencidas	0,00	42		50 IRRF	48,71	
	34 Férias proporc. 3/12 avos	626,96	43		51		
	35 1/3 salário s/ férias	208,99	44		52		
	36 Salário família	0,00	45 Outros proventos	501,57	53 Outros descontos	0,00	
	37 Adicional noturno	0,00	46 TOTAL BRUTO	2.384,84	54 TOTAL DAS DEDUÇÕES	127,25	
					55 LÍQUIDO A RECEBER	2.257,59	
FORMALIZAÇÃO DA RESCISÃO	56 Local e data do recebimento			57 Carimbo e assinatura do empregador ou preposto			
	58 Assinatura do trabalhador			59 Assinatura do responsável			
	60 HOMOLOGAÇÃO Foi prestada, gratuitamente, assistência ao trabalhador, nos termos do art. 477, § 1º, da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, sendo comprovado, neste ato, o efetivo pagamento das verbas rescisórias acima especificadas. Local e data Carimbo e assinatura do assistente			61 Digital do trabalhador		62 Digital do responsável	
	63 Identificação do órgão homologador			64 Recepção pelo Banco (data e carimbo)			

A ASSISTÊNCIA NO ATO DE RESCISÃO CONTRATUAL É GRATUITA

Convênio Nº 0099/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE 090196
Conjunto Hospitalar do Mandaqui
Natureza de Despesa: Custeio

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
01/05/2022 - AUTOATENDIMENTO - 15.07.35
3062703062 SEGUNDA VIA 0020

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: ASSOC HOSP B BRASIL

AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.511-4

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA

REMETENTE : ASSOC HOSP B BRASIL

BANCO: 104 - CAIXA ECONOMICA FEDERAL

AGENCIA: 2297-7 - AV IMPERADOR

CONTA: 5.805-3

FAVORECIDO: MARIA DA CONCEICAO ALMEIDA DOS SANT

CPF/CNPJ: 305.062.568-63

VALOR: R\$ 2.624,11

DEBITO EM: 14/04/2022

=====

DOCUMENTO: 041482

AUTENTICACAO SISBB: 9.500.56A.5D6.B97.7A9

Convênio Nº 0099/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE 090196
Conjunto Hospitalar do Mandaqui
Natureza de Despesa: Custeio

TERMO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR	01 CNPJ/CEI 45.349.461/0015-08	02 Razão Social/Nome ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL					
	03 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) AVENIDA AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 - SALA 12						04 Bairro JARDIM ARIANO
	05 Município SAO PAULO	06 UF SP	07 CEP 16400-400	08 CNAE 8610-1/02	09 CNPJ/CEI Tomador/Obra		
IDENTIFICAÇÃO TRABALHADOR	10 PIS - PASEP 136.06423.85-2	11 Nome MARIA DA CONCEIÇÃO ALMEIDA DOS SANTOS					
	12 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) Avenida Caititu						13 Bairro PARQUE GUARANI
	14 Município SAO PAULO	15 UF SP	16 CEP 08223-000	17 Carteira de Trabalho (nº, série, UF) - /			
	18 CPF 305.062.568-63	19 Data de nascimento 20/01/1983	20 Nome da mãe JOANA BISPO DE ALMEIDA				
DADOS DO CONTRATO	21 Remuneração p/ fins rescisórios 2.511,56	22 Data de admissão 31/01/2022	23 Data do Aviso Prévio 08/04/2022	24 Data de afastamento 08/04/2022			
	25 Causa do afastamento Resc cont exp antec empregador		26 Cód. afastamento 01	27 Pensão alimentícia (%) 0,00	28 Categoria do trabalhador 01		
DISCRIMINAÇÃO DAS VERBAS RESCISÓRIAS	29 Aviso Prévio Indenizado 0,00	38 Comissões 0,00	DEDUÇÕES				
	30 Saldo salário 1 dias 546,79	39 Gratificações 0,00	47 Previdência 75,97				
	31 13º Salário 2/12 avos 436,82	40 Horas extras 11,00 horas 171,96	48 Previdência 13º salário 32,76				
	32 13º Sal. Indeniz. /12 avos 0,00	41 Adic. insalub./ periculosidade 64,64	49 Adiantamento 0,00				
	33 Férias vencidas 0,00		50 IRRF 112,30				
	34 Férias proporc. 2/12 avos 418,59		51				
	35 1/3 salário s/ férias 139,53		52				
	36 Salário família 0,00	45 Outros proventos 861,76	53 Outros descontos 0,00				
	37 Adicional noturno 205,05	46 TOTAL BRUTO 2.845,14	54 TOTAL DAS DEDUÇÕES 221,03				
			55 LÍQUIDO A RECEBER 2.624,11				
FORMALIZAÇÃO DA RESCISÃO	56 Local e data do recebimento		57 Carimbo e assinatura do empregador ou preposto				
	58 Assinatura do trabalhador		59 Assinatura do responsável				
	60 HOMOLOGAÇÃO Foi prestada, gratuitamente, assistência ao trabalhador, nos termos do art. 477, § 1º, da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, sendo comprovado, neste ato, o efetivo pagamento das verbas rescisórias acima especificadas. Local e data Carimbo e assinatura do assistente		61 Digital do trabalhador		62 Digital do responsável		
	63 Identificação do órgão homologador		64 Recepção pelo Banco (data e carimbo)				

A ASSISTÊNCIA NO ATO DE RESCISÃO CONTRATUAL É GRATUITA

Convênio Nº 0099/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE 090196
Conjunto Hospitalar do Mandaqui
Natureza de Despesa: Custeio

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
01/05/2022 - AUTOATENDIMENTO - 15.07.35
3062703062 SEGUNDA VIA 0022

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: ASSOC HOSP B BRASIL

AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.511-4

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA

REMETENTE : ASSOC HOSP B BRASIL

BANCO: 104 - CAIXA ECONOMICA FEDERAL

AGENCIA: 3855-5 - VILA PRADO

CONTA: 924.020.159-4

FAVORECIDO: MONICA INES DUBAS

CPF/CNPJ: 432.903.868-48

VALOR: R\$ 2.207,85

DEBITO EM: 14/04/2022

=====

DOCUMENTO: 041483

AUTENTICACAO SISBB: 9.6CD.250.9F1.5C5.E17

Convênio Nº 0099/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE 090196
Conjunto Hospitalar do Mandaqui
Natureza de Despesa: Custeio

TERMO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR	01 CNPJ/CEI 45.349.461/0015-08	02 Razão Social/Nome ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL						
	03 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) AVENIDA AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 - SALA 12							04 Bairro JARDIM ARIANO
	05 Município SAO PAULO	06 UF SP	07 CEP 16400-400	08 CNAE 8610-1/02	09 CNPJ/CEI Tomador/Obra			
IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR	10 PIS - PASEP 207.87440.98-6	11 Nome MONICA INES DUBAS						
	12 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) Rua GASTAO VIEIRA							13 Bairro SANTA FELICIA
	14 Município SAO CARLOS	15 UF SP	16 CEP 13562-410	17 Carteira de Trabalho (nº, série, UF) 4329038 - 6848 / SP				
	18 CPF 432.903.868-48	19 Data de nascimento 09/07/1994	20 Nome da mãe MARIA APARECIDA SOARES DUBAS					
DADOS DO CONTRATO	21 Remuneração p/ fins rescisórios 2.208,40	22 Data de admissão 02/02/2022	23 Data do Aviso Prévio 08/04/2022	24 Data de afastamento 08/04/2022				
	25 Causa do afastamento Resc cont exp antec empregador			26 Cód. afastamento 01	27 Pensão alimentícia (%) 0,00	28 Categoria do trabalhador 01		
DISCRIMINAÇÃO DAS VERBAS RESCISÓRIAS	29 Aviso Prévio Indenizado 0,00	38 Comissões 0,00	DEDUÇÕES					
	30 Saldo salário 1 dias 586,67	39 Gratificações 0,00	47 Previdência 44,00					
	31 13º Salário 2/12 avos 368,07	40 Horas extras 0,00 horas 0,00	48 Previdência 13º salário 27,60					
	32 13º Sal. Indeniz. /12 avos 0,00	41 Adic. insalub./ periculosidade 0,00	49 Adiantamento 0,00					
	33 Férias vencidas 0,00	42	50 IRRF 49,41					
	34 Férias proporc. 2/12 avos 368,07	43	51					
	35 1/3 salário s/ férias 122,69	44	52					
	36 Salário família 0,00	45 Outros proventos 883,36	53 Outros descontos 0,00					
	37 Adicional noturno 0,00	46 TOTAL BRUTO 2.328,86	54 TOTAL DAS DEDUÇÕES 121,01					
	55 LIQUIDO A RECEBER 2.207,85							
FORMALIZAÇÃO DA RESCISÃO	56 Local e data do recebimento		57 Carimbo e assinatura do empregador ou preposto					
	58 Assinatura do trabalhador		59 Assinatura do responsável					
	60 HOMOLOGAÇÃO Foi prestada, gratuitamente, assistência ao trabalhador, nos termos do art. 477, § 1º, da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, sendo comprovado, neste ato, o efetivo pagamento das verbas rescisórias acima especificadas. Local e data Carimbo e assinatura do assistente		61 Digital do trabalhador		62 Digital do responsável			
	63 Identificação do órgão homologador		64 Recepção pelo Banco (data e carimbo)					

A ASSISTÊNCIA NO ATO DE RESCISÃO CONTRATUAL É GRATUITA

Convênio Nº 0099/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE 090196
Conjunto Hospitalar do Mandaqui
Natureza de Despesa: Custeio

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
01/05/2022 - AUTOATENDIMENTO - 15.07.35
3062703062 SEGUNDA VIA 0023

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: ASSOC HOSP B BRASIL

AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.511-4

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA

REMETENTE : ASSOC HOSP B BRASIL

BANCO: 237 - BCO BRADESCO S.A.

AGENCIA: 0160-0 - COTIA-CTO

CONTA: 1.022.841-7

FAVORECIDO: SANTA TEIXEIRA DA SILVA

CPF/CNPJ: 205.076.338-73

VALOR: R\$ 2.456,16

DEBITO EM: 14/04/2022

=====

DOCUMENTO: 041484

AUTENTICACAO SISBB: 1.8CA.8B4.6EE.B71.903

Convênio Nº 0099/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE 090196
Conjunto Hospitalar do Mandaqui
Natureza de Despesa: Custeio

TERMO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR	01 CNPJ/CEI 45.349.461/0015-08		02 Razão Social/Nome ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL				
	03 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) AVENIDA AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 - SALA 12						04 Bairro JARDIM ARIANO
	05 Município SAO PAULO	06 UF SP	07 CEP 16400-400	08 CNAE 8610-1/02	09 CNPJ/CEI Tomador/Obra		
IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR	10 PIS - PASEP 124.81914.48-3	11 Nome SANTA TEIXEIRA DA SILVA					
	12 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) Rua KALIL NADER HABR						13 Bairro VILA SANTO ESTEFANO
	14 Município SAO PAULO	15 UF SP	16 CEP 04154-030	17 Carteira de Trabalho (nº, série, UF) 2050763 - 3873 / SP			
	18 CPF 205.076.338-73	19 Data de nascimento 16/06/1975	20 Nome da mãe MARIA TEIXEIRA DA SILVA				
DADOS DO CONTRATO	21 Remuneração p/ fins rescisórios 2.292,85		22 Data de admissão 06/02/2022		23 Data do Aviso Prévio 09/03/2022		24 Data de afastamento 08/04/2022
	25 Causa do afastamento Resc cont exp antec empregador				26 Cód. afastamento 01	27 Pensão alimentícia (%) 0,00	28 Categoria do trabalhador 01
DISCRIMINAÇÃO DAS VERBAS RESCISÓRIAS	29 Aviso Prévio Indenizado	0,00	38 Comissões	0,00	DEDUÇÕES		
	30 Saldo salário 1 dias	546,79	39 Gratificações	0,00	47 Previdência	45,85	
	31 13º Salário 2/12 avos	382,14	40 Horas extras 0,00 horas	0,00	48 Previdência 13º salário	28,66	
	32 13º Sal. Indeniz. /12 avos	0,00	41 Adic. insalub./ periculosidade	64,64	49 Adiantamento	0,00	
	33 Férias vencidas	0,00	42		50 IRRF	42,42	
	34 Férias proporc. 2/12 avos	382,14	43		51		
	35 1/3 salário s/ férias	127,38	44		52		
	36 Salário família	0,00	45 Outros proventos	1.070,00	53 Outros descontos	0,00	
	37 Adicional noturno	0,00	46 TOTAL BRUTO	2.573,09	54 TOTAL DAS DEDUÇÕES	116,93	
					55 LÍQUIDO A RECEBER	2.456,16	
FORMALIZAÇÃO DA RESCISÃO	56 Local e data do recebimento			57 Carimbo e assinatura do empregador ou preposto			
	58 Assinatura do trabalhador			59 Assinatura do responsável			
	60 HOMOLOGAÇÃO Foi prestada, gratuitamente, assistência ao trabalhador, nos termos do art. 477, § 1º, da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, sendo comprovado, neste ato, o efetivo pagamento das verbas rescisórias acima especificadas. Local e data Carimbo e assinatura do assistente			61 Digital do trabalhador		62 Digital do responsável	
	63 Identificação do órgão homologador			64 Recepção pelo Banco (data e carimbo)			

A ASSISTÊNCIA NO ATO DE RESCISÃO CONTRATUAL É GRATUITA

Convênio Nº 0099/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE 090196
Conjunto Hospitalar do Mandaqui
Natureza de Despesa: Custeio

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
01/05/2022 - AUTOATENDIMENTO - 15.07.35
3062703062 SEGUNDA VIA 0024

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: ASSOC HOSP B BRASIL

AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.511-4

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA

REMETENTE : ASSOC HOSP B BRASIL

BANCO: 033 - BCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

AGENCIA: 0821-4 - CAIEIRAS-INT-SP

CONTA: 1.013.308-3

FAVORECIDO: SHIRLEY MACIEL

CPF/CNPJ: 324.172.658-42

VALOR: R\$ 6.240,33

DEBITO EM: 14/04/2022

=====

DOCUMENTO: 041485

AUTENTICACAO SISBB: 0.079.1F6.C46.E00.160

Convênio Nº 0099/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE 090196
Conjunto Hospitalar do Mandaqui
Natureza de Despesa: Custeio

TERMO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR	01 CNPJ/CEI 45.349.461/0015-08		02 Razão Social/Nome ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL				
	03 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) AVENIDA AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 - SALA 12						04 Bairro JARDIM ARIANO
	05 Município SAO PAULO	06 UF SP	07 CEP 16400-400	08 CNAE 8610-1/02	09 CNPJ/CEI Tomador/Obra		
IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR	10 PIS - PASEP 203.42904.69-2		11 Nome SHIRLEY MACIEL				
	12 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) Rua ELISA PEDROSO						13 Bairro VILA PERUS
	14 Município SAO PAULO		15 UF SP	16 CEP 05208-150	17 Carteira de Trabalho (nº, série, UF) 012873 - 398 / SP		
	18 CPF 324.172.658-42	19 Data de nascimento 02/10/1983	20 Nome da mãe ROSMEIDA DE FATIMA PEREIRA				
DADOS DO CONTRATO	21 Remuneração p/ fins rescisórios 4.955,36		22 Data de admissão 22/02/2022		23 Data do Aviso Prévio 08/04/2022		24 Data de afastamento 08/04/2022
	25 Causa do afastamento Resc cont exp antec empregador			26 Cod. afastamento 01	27 Pensão alimentícia (%) 0,00		28 Categoria do trabalhador 01
DISCRIMINAÇÃO DAS VERBAS RESCISÓRIAS	29 Aviso Prévio Indenizado 0,00		38 Comissões 0,00		47 Previdência 128,82		
	30 Saldo salário 1 dias 1.048,79		39 Gratificações 520,00		48 Previdência 13º salário 33,59		
	31 13º Salário 1/12 avos 447,95		40 Horas extras 0,00 horas 0,00		49 Adiantamento 0,00		
	32 13º Sal. Indeniz. /12 avos 0,00		41 Adic. insalub./ periculosidade 64,64		50 IRRF 413,76		
	33 Férias vencidas 0,00		42		51		
	34 Férias proporc. 2/12 avos 825,89		43		52		
	35 1/3 salário s/ férias 275,30		44		53 Outros descontos 0,00		
	36 Salário família 0,00		45 Outros proventos 3.633,93		54 TOTAL DAS DEDUÇÕES 576,17		
	37 Adicional noturno 0,00		46 TOTAL BRUTO 6.816,50		55 LÍQUIDO A RECEBER 6.240,33		
	FORMALIZAÇÃO DA RESCISÃO	56 Local e data do recebimento				57 Carimbo e assinatura do empregador ou preposto	
58 Assinatura do trabalhador				59 Assinatura do responsável			
60 HOMOLOGAÇÃO Foi prestada, gratuitamente, assistência ao trabalhador, nos termos do art. 477, § 1º, da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, sendo comprovado, neste ato, o efetivo pagamento das verbas rescisórias acima especificadas. Local e data Carimbo e assinatura do assistente				61 Digital do trabalhador		62 Digital do responsável	
63 Identificação do órgão homologador				64 Recepção pelo Banco (data e carimbo)			

A ASSISTÊNCIA NO ATO DE RESCISÃO CONTRATUAL É GRATUITA

Convênio Nº 0099/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE 090196
Conjunto Hospitalar do Mandaqui
Natureza de Despesa: Custeio

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
01/05/2022 - AUTOATENDIMENTO - 15.07.35
3062703062 SEGUNDA VIA 0011

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: ASSOC HOSP B BRASIL

AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.511-4

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA

REMETENTE : ASSOC HOSP B BRASIL

BANCO: 104 - CAIXA ECONOMICA FEDERAL

AGENCIA: 2888-6 - JARDIM FRANÇA

CONTA: 4.101-3

FAVORECIDO: GRAZIELA CINTIA CARVALHO DOS REIS

CPF/CNPJ: 302.337.928-99

VALOR: R\$ 2.385,45

DEBITO EM: 14/04/2022

=====

DOCUMENTO: 041486

AUTENTICACAO SISBB: 3.335.897.1B5.EFF.95B

Convênio Nº 0099/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE 090196
Conjunto Hospitalar do Mandaqui
Natureza de Despesa: Custeio

TERMO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR	01 CNPJ/CEI 45.349.461/0015-08		02 Razão Social/Nome ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL				
	03 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) AVENIDA AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 - SALA 12						04 Bairro JARDIM ARIANO
	05 Município SAO PAULO	06 UF SP	07 CEP 16400-400	08 CNAE 8610-1/02	09 CNPJ/CEI Tomador/Obra		
IDENTIFICAÇÃO TRABALHADOR	10 PIS - PASEP 126.14555.77-2	11 Nome GRAZIELA CINTIA CARVALHO DOS REIS					
	12 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) Rua ALVARES AFONSO - C/2						13 Bairro PARQUE VITORIA
	14 Município SAO PAULO	15 UF SP	16 CEP 02268-060	17 Carteira de Trabalho (nº, série, UF) 058566 - 00213 / SP			
	18 CPF 302.337.928-99	19 Data de nascimento 14/11/1980	20 Nome da mãe SALETE MARCIA CARVALHO DOS REIS				
DADOS DO CONTRATO	21 Remuneração p/ fins rescisórios 2.392,28		22 Data de admissão 28/10/2021		23 Data do Aviso Prévio 09/03/2022		24 Data de afastamento 08/04/2022
	25 Causa do afastamento Demitido SEM justa causa			26 Cód. afastamento 01	27 Pensão alimentícia (%) 0,00	28 Categoria do trabalhador 01	
DISCRIMINAÇÃO DAS VERBAS RESCISÓRIAS	29 Aviso Prévio Indenizado	0,00	38 Comissões	0,00	DEDUÇÕES		
	30 Saldo salário 1 dias	546,79	39 Gratificações	0,00	47 Previdência	45,85	
	31 13º Salário 3/12 avos	588,84	40 Horas extras 0,00 horas	0,00	48 Previdência 13º salário	44,16	
	32 13º Sal. Indeniz. /12 avos	0,00	41 Adic. insalub./ periculosidade	64,64	49 Adiantamento	0,00	
	33 Férias vencidas	0,00	42		50 IRRF	43,55	
	34 Férias proporc. 5/12 avos	1.013,66	43		51		
	35 1/3 salário s/ férias	337,89	44		52		
	36 Salário família	0,00	45 Outros proventos	0,00	53 Outros descontos	32,81	
	37 Adicional noturno	0,00	46 TOTAL BRUTO	2.551,82	54 TOTAL DAS DEDUÇÕES	166,37	
					55 LÍQUIDO A RECEBER	2.385,45	
FORMALIZAÇÃO DA RESCISÃO	56 Local e data do recebimento			57 Carimbo e assinatura do empregador ou preposto			
	58 Assinatura do trabalhador			59 Assinatura do responsável			
	60 HOMOLOGAÇÃO Foi prestada, gratuitamente, assistência ao trabalhador, nos termos do art. 477, § 1º, da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, sendo comprovado, neste ato, o efetivo pagamento das verbas rescisórias acima especificadas. Local e data Carimbo e assinatura do assistente			61 Digital do trabalhador		62 Digital do responsável	
	63 Identificação do órgão homologador			64 Recepção pelo Banco (data e carimbo)			

A ASSISTÊNCIA NO ATO DE RESCISÃO CONTRATUAL É GRATUITA

Convênio Nº 0099/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE 090196
Conjunto Hospitalar do Mandaqui
Natureza de Despesa: Custeio

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
01/05/2022 - AUTOATENDIMENTO - 15.07.35
3062703062 SEGUNDA VIA 0020

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: ASSOC HOSP B BRASIL

AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.511-4

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA

REMETENTE : ASSOC HOSP B BRASIL

BANCO: 033 - BCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

AGENCIA: 0935-0 - ALTO DE SANTANA CAP SP

CONTA: 1.008.751-7

FAVORECIDO: NATHALIA FERNANDA PRADO BOLE

CPF/CNPJ: 387.234.778-06

VALOR: R\$ 2.284,54

DEBITO EM: 14/04/2022

=====

DOCUMENTO: 041487

AUTENTICACAO SISBB: A.BBA.558.5DD.977.28A

Convênio Nº 0099/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE 090196
Conjunto Hospitalar do Mandaqui
Natureza de Despesa: Custeio

TERMO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR	01 CNPJ/CEI 45.349.461/0015-08		02 Razão Social/Nome ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL				
	03 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) AVENIDA AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 - SALA 12						04 Bairro JARDIM ARIANO
	05 Município SAO PAULO		06 UF SP	07 CEP 16400-400	08 CNAE 8610-1/02	09 CNPJ/CEI Tomador/Obra	
IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR	10 PIS - PASEP 236.21602.46-8		11 Nome NATHALIA FERNANDA PRADO BOLE				
	12 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) Rua ROSA RIBAS						13 Bairro VILA PERRELI
	14 Município POA		15 UF SP	16 CEP 08552-250	17 Carteira de Trabalho (nº, série, UF) 0224776 - 407 / SP		
	18 CPF 387.234.778-06		19 Data de nascimento 02/03/1997	20 Nome da mãe GISELENE MAGNA ANDREA PRADO BOLE			
DADOS DO CONTRATO	21 Remuneração p/ fins rescisórios 2.292,85		22 Data de admissão 27/10/2021		23 Data do Aviso Prévio 09/03/2022		24 Data de afastamento 08/04/2022
	25 Causa do afastamento Demitido SEM justa causa			26 Cód. afastamento 01	27 Pensão alimentícia (%) 0,00		28 Categoria do trabalhador 01
DISCRIMINAÇÃO DAS VERBAS RESCISÓRIAS	29 Aviso Prévio Indenizado 0,00		38 Comissões 0,00		47 Previdência 45,85		
	30 Saldo salário 1 dias 546,79		39 Gratificações 0,00		48 Previdência 13º salário 42,99		
	31 13º Salário 3/12 avos 573,21		40 Horas extras 0,00 horas 0,00		49 Adiantamento 0,00		
	32 13º Sal. Indeniz. /12 avos 0,00		41 Adic. insalub./ periculosidade 64,64		50 IRRF 52,25		
	33 Férias vencidas 0,00		42		51		
	34 Férias proporc. 5/12 avos 955,35		43		52		
	35 1/3 salário s/ férias 318,45		44		53 Outros descontos 32,81		
	36 Salário família 0,00		45 Outros proventos 0,00		54 TOTAL DAS DEDUÇÕES 173,90		
	37 Adicional noturno 0,00		46 TOTAL BRUTO 2.458,44		55 LÍQUIDO A RECEBER 2.284,54		
	FORMALIZAÇÃO DA RESCISÃO	56 Local e data do recebimento				57 Carimbo e assinatura do empregador ou preposto	
58 Assinatura do trabalhador				59 Assinatura do responsável			
60 HOMOLOGAÇÃO Foi prestada, gratuitamente, assistência ao trabalhador, nos termos do art. 477, § 1º, da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, sendo comprovado, neste ato, o efetivo pagamento das verbas rescisórias acima especificadas. Local e data Carimbo e assinatura do assistente				61 Digital do trabalhador		62 Digital do responsável	
63 Identificação do órgão homologador				64 Recepção pelo Banco (data e carimbo)			

A ASSISTÊNCIA NO ATO DE RESCISÃO CONTRATUAL É GRATUITA

Convênio Nº 0099/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE 090196
Conjunto Hospitalar do Mandaqui
Natureza de Despesa: Custeio

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
01/05/2022 - AUTOATENDIMENTO - 15.07.35
3062703062 SEGUNDA VIA 0014

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: ASSOC HOSP B BRASIL

AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.511-4

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA

REMETENTE : ASSOC HOSP B BRASIL

BANCO: 033 - BCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

AGENCIA: 0935-0 - ALTO DE SANTANA CAP SP

CONTA: 1.009.102-2

FAVORECIDO: ROSEMARY CRISTINA DA SILVA ALMEIDA

CPF/CNPJ: 092.984.208-11

VALOR: R\$ 2.328,09

DEBITO EM: 14/04/2022

=====

DOCUMENTO: 041488

AUTENTICACAO SISBB: 6.C3F.C49.19F.945.404

Convênio Nº 0099/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE 090196
Conjunto Hospitalar do Mandaqui
Natureza de Despesa: Custeio

TERMO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR	01 CNPJ/CEI 45.349.461/0015-08		02 Razão Social/Nome ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL				
	03 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) AVENIDA AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 - SALA 12						04 Bairro JARDIM ARIANO
	05 Município SAO PAULO	06 UF SP	07 CEP 16400-400	08 CNAE 8610-1/02	09 CNPJ/CEI Tomador/Obra		
IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR	10 PIS - PASEP 128.19614.85-1		11 Nome ROSEMARY CRISTINA DA SILVA ALMEIDA				
	12 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) Rua RUA SEBASTIAO PINTO DE AGUIAR - CASA						13 Bairro CIDADE MIGUEL BADRA
	14 Município SUZANO		15 UF SP	16 CEP 08690-025	17 Carteira de Trabalho (nº, série, UF) 82187 - 00331 / SP		
	18 CPF 092.984.208-11	19 Data de nascimento 19/10/1971	20 Nome da mãe ESTER PURCINO DA SILVA				
DADOS DO CONTRATO	21 Remuneração p/ fins rescisórios 2.675,67		22 Data de admissão 23/01/2022		23 Data do Aviso Prévio 08/04/2022		24 Data de afastamento 08/04/2022
	25 Causa do afastamento Resc cont exp antec empregador			26 Cod. afastamento 01	27 Pensão alimentícia (%) 0,00	28 Categoria do trabalhador 01	
DISCRIMINAÇÃO DAS VERBAS RESCISÓRIAS	29 Aviso Prévio Indenizado	0,00	38 Comissões	0,00	DEDUÇÕES		
	30 Saldo salário 1 dias	546,79	39 Gratificações	0,00	47 Previdência	34,76	
	31 13º Salário 2/12 avos	457,65	40 Horas extras 0,00 horas	0,00	48 Previdência 13º salário	34,32	
	32 13º Sal. Indeniz. /12 avos	0,00	41 Adic. insalub./ periculosidade	80,80	49 Adiantamento	0,00	
	33 Férias vencidas	0,00	42		50 IRRF	40,25	
	34 Férias proporc. 3/12 avos	668,92	43		51		
	35 1/3 salário s/ férias	222,97	44		52		
	36 Salário família	0,00	45 Outros proventos	624,32	53 Outros descontos	205,04	
	37 Adicional noturno	41,01	46 TOTAL BRUTO	2.642,46	54 TOTAL DAS DEDUÇÕES	314,37	
					55 LÍQUIDO A RECEBER	2.328,09	
FORMALIZAÇÃO DA RESCISÃO	56 Local e data do recebimento			57 Carimbo e assinatura do empregador ou preposto			
	58 Assinatura do trabalhador			59 Assinatura do responsável			
	60 HOMOLOGAÇÃO Foi prestada, gratuitamente, assistência ao trabalhador, nos termos do art. 477, § 1º, da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, sendo comprovado, neste ato, o efetivo pagamento das verbas rescisórias acima especificadas. Local e data Carimbo e assinatura do assistente			61 Digital do trabalhador		62 Digital do responsável	
	63 Identificação do órgão homologador			64 Recepção pelo Banco (data e carimbo)			

A ASSISTÊNCIA NO ATO DE RESCISÃO CONTRATUAL É GRATUITA

Convênio Nº 0099/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE 090196
Conjunto Hospitalar do Mandaguai
Natureza de Despesa: Custeio

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
01/05/2022 - AUTOATENDIMENTO - 15.07.36
3062703062 SEGUNDA VIA 0019

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: ASSOC HOSP B BRASIL

AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.511-4

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA

REMETENTE : ASSOC HOSP B BRASIL

BANCO: 237 - BCO BRADESCO S.A.

AGENCIA: 0105-8 - PC.OSWALDO CRUZ-USP

CONTA: 17.246-4

FAVORECIDO: SOLANGE CARVALHO DOURADO

CPF/CNPJ: 044.810.155-60

VALOR: R\$ 2.265,09

DEBITO EM: 14/04/2022

=====

DOCUMENTO: 041489

AUTENTICACAO SISBB: 7.2E5.B0C.266.BB6.D8C

Convênio Nº 0099/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE 090196
Conjunto Hospitalar do Mandaqui
Natureza de Despesa: Custeio

TERMO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR	01 CNPJ/CEI 45.349.461/0015-08		02 Razão Social/Nome ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL				
	03 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) AVENIDA AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 - SALA 12						04 Bairro JARDIM ARIANO
	05 Município SAO PAULO	06 UF SP	07 CEP 16400-400	08 CNAE 8610-1/02	09 CNPJ/CEI Tomador/Obra		
IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR	10 PIS - PASEP 165.44153.75-4		11 Nome SOLANGE CARVALHO DOURADO				
	12 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) Rua FERNANDO LUZ - BL 18 AP101						13 Bairro AGUA CHATA
	14 Município GUARULHOS			15 UF SP	16 CEP 07251-365	17 Carteira de Trabalho (nº, série, UF) 084910 - 00357 / SP	
	18 CPF 044.810.155-60	19 Data de nascimento 05/04/1989	20 Nome da mãe ISABEL PEREIRA CARVALHO				
DADOS DO CONTRATO	21 Remuneração p/ fins rescisórios 2.292,85		22 Data de admissão 01/02/2022		23 Data do Aviso Prévio 08/04/2022		24 Data de afastamento 08/04/2022
	25 Causa do afastamento Resc cont exp antec empregador				26 Cód. afastamento 01	27 Pensão alimentícia (%) 0,00	28 Categoria do trabalhador 01
DISCRIMINAÇÃO DAS VERBAS RESCISÓRIAS	29 Aviso Prévio Indenizado 0,00		38 Comissões 0,00		47 Previdência 45,85		
	30 Saldo salário 1 dias 546,79		39 Gratificações 0,00		48 Previdência 13º salário 28,66		
	31 13º Salário 2/12 avos 382,14		40 Horas extras 0,00 horas 0,00		49 Adiantamento 0,00		
	32 13º Sal. Indeniz. /12 avos 0,00		41 Adic. insalub./ periculosidade 64,64		50 IRRF 42,42		
	33 Férias vencidas 0,00		42		51		
	34 Férias proporc. 2/12 avos 382,14		43		52		
	35 1/3 salário s/ férias 127,38		44		53 Outros descontos 0,00		
	36 Salário família 0,00		45 Outros proventos 878,93		54 TOTAL DAS DEDUÇÕES 116,93		
	37 Adicional noturno 0,00		46 TOTAL BRUTO 2.382,02		55 LIQUIDO A RECEBER 2.265,09		
	FORMALIZAÇÃO DA RESCISÃO	56 Local e data do recebimento				57 Carimbo e assinatura do empregador ou preposto	
58 Assinatura do trabalhador				59 Assinatura do responsável			
60 HOMOLOGAÇÃO Foi prestada, gratuitamente, assistência ao trabalhador, nos termos do art. 477, § 1º, da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, sendo comprovado, neste ato, o efetivo pagamento das verbas rescisórias acima especificadas. Local e data Carimbo e assinatura do assistente				61 Digital do trabalhador		62 Digital do responsável	
63 Identificação do órgão homologador				64 Recepção pelo Banco (data e carimbo)			

A ASSISTÊNCIA NO ATO DE RESCISÃO CONTRATUAL É GRATUITA

Convênio Nº 0099/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE 090136
Conjunto Hospitalar do Mandaqui
Natureza de Despesa: Custeio

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
01/05/2022 - AUTOATENDIMENTO - 15.07.36
3062703062 SEGUNDA VIA 0022

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: ASSOC HOSP B BRASIL

AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.511-4

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA

REMETENTE : ASSOC HOSP B BRASIL

BANCO: 033 - BCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

AGENCIA: 0652-1 - ARTUR ALVIM

CONTA: 1.050.810-0

FAVORECIDO: VERA LUCIA BARBOSA

CPF/CNPJ: 117.578.218-13

VALOR: R\$ 1.528,48

DEBITO EM: 14/04/2022

=====

DOCUMENTO: 041490

AUTENTICACAO SISBB: 6.A51.FFE.555.370.36C

Convênio Nº 0099/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE 090196
Conjunto Hospitalar do Mandaqui
Natureza de Despesa: Custeio

TERMO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR	01 CNPJ/CEI 45.349.461/0015-08		02 Razão Social/Nome ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL				
	03 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) AVENIDA AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 - SALA 12						04 Bairro JARDIM ARIANO
	05 Município SAO PAULO		06 UF SP	07 CEP 16400-400	08 CNAE 8610-1/02	09 CNPJ/CEI Tomador/Obra	
IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR	10 PIS - PASEP 122.36263.08-4		11 Nome VERA LUCIA BARBOSA				
	12 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) Rua CAMPO DAS PITANGUEIRAS - AP3 BL2						13 Bairro JARDIM SAO NICOLAU
	14 Município SAO PAULO		15 UF SP	16 CEP 03685-010	17 Carteira de Trabalho (nº, série, UF) 77197 - 00063 / SP		
	18 CPF 117.578.218-13		19 Data de nascimento 17/06/1968	20 Nome da mãe IEDA REIS BARBOSA			
DADOS DO CONTRATO	21 Remuneração p/ fins rescisórios 2.606,01		22 Data de admissão 02/02/2022		23 Data do Aviso Prévio 08/04/2022		24 Data de afastamento 08/04/2022
	25 Causa do afastamento Resc cont exp antec empregador			26 Cod. afastamento 01	27 Pensão alimentícia (%) 0,00	28 Categoria do trabalhador 01	
DISCRIMINAÇÃO DAS VERBAS RESCISÓRIAS	29 Aviso Prévio Indenizado 0,00		38 Comissões 0,00		47 Previdência 49,35		
	30 Saldo salário 1 dias 546,79		39 Gratificações 0,00		48 Previdência 13º salário 32,57		
	31 13º Salário 2/12 avos 434,33		40 Horas extras 0,00 horas 0,00		49 Adiantamento 0,00		
	32 13º Sal. Indeniz. /12 avos 0,00		41 Adic. insalub./ periculosidade 56,56		50 IRRF 61,07		
	33 Férias vencidas 0,00		42		51		
	34 Férias proporc. 2/12 avos 434,33		43		52		
	35 1/3 salário s/ férias 144,78		44		53 Outros descontos 68,35		
	36 Salário família 0,00		45 Outros proventos 0,00		54 TOTAL DAS DEDUÇÕES 211,34		
	37 Adicional noturno 123,03		46 TOTAL BRUTO 1.739,82		55 LÍQUIDO A RECEBER 1.528,48		
	FORMALIZAÇÃO DA RESCISÃO	56 Local e data do recebimento			57 Carimbo e assinatura do empregador ou preposto		
58 Assinatura do trabalhador			59 Assinatura do responsável				
60 HOMOLOGAÇÃO Foi prestada, gratuitamente, assistência ao trabalhador, nos termos do art. 477, § 1º, da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, sendo comprovado, neste ato, o efetivo pagamento das verbas rescisórias acima especificadas. Local e data Carimbo e assinatura do assistente			61 Digital do trabalhador		62 Digital do responsável		
63 Identificação do órgão homologador			64 Recepção pelo Banco (data e carimbo)				

A ASSISTÊNCIA NO ATO DE RESCISÃO CONTRATUAL É GRATUITA

Convênio Nº 0099/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE 090196
Conjunto Hospitalar do Mandaqui
Natureza de Despesa: Custeio

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
01/05/2022 - AUTOATENDIMENTO - 15.07.36
3062703062 SEGUNDA VIA 0027

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: ASSOC HOSP B BRASIL

AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.511-4

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA

REMETENTE : ASSOC HOSP B BRASIL

BANCO: 033 - BCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

AGENCIA: 4553-5 - URB-SP-RUA CAP.TIAGO LUZ

CONTA: 1.045.185-7

FAVORECIDO: ROSIANE DE MORAIS MATOS

CPF/CNPJ: 225.497.118-23

VALOR: R\$ 2.782,19

DEBITO EM: 14/04/2022

=====

DOCUMENTO: 041491

AUTENTICACAO SISBB: B.0BB.0C0.C3B.596.9FF

Convênio N° 0099/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE 090196
Conjunto Hospitalar do Mandaqui
Natureza de Despesa: Custeio

TERMO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR	01 CNPJ/CEI 45.349.461/0015-08		02 Razão Social/Nome ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL				
	03 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) AVENIDA AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 - SALA 12						04 Bairro JARDIM ARIANO
	05 Município SAO PAULO		06 UF SP	07 CEP 16400-400	08 CNAE 8610-1/02	09 CNPJ/CEI Tomador/Obra	
IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR	10 PIS - PASEP 132.06494.77-9		11 Nome ROSIANE DE MORAIS MATOS				
	12 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) Rua CARDEAL LEME						13 Bairro BELA VISTA
	14 Município SAO PAULO		15 UF SP	16 CEP 01330-050	17 Carteira de Trabalho (nº, série, UF) 14480 - 00288 / SP		
	18 CPF 225.497.118-23		19 Data de nascimento 04/04/1982	20 Nome da mãe DILCE DE MORAIS MATOS			
DADOS DO CONTRATO	21 Remuneração p/ fins rescisórios 2.656,55		22 Data de admissão 05/02/2022		23 Data do Aviso Prévio 08/04/2022		24 Data de afastamento 08/04/2022
	25 Causa do afastamento Resc cont exp antec empregador			26 Cód. afastamento 01	27 Pensão alimentícia (%) 0,00		28 Categoria do trabalhador 01
DISCRIMINAÇÃO DAS VERBAS RESCISÓRIAS	29 Aviso Prévio Indenizado 0,00		38 Comissões 0,00		47 Previdência 53,13		
	30 Saldo salário 1 dias 643,77		39 Gratificações 0,00		48 Previdência 13º salário 33,20		
	31 13º Salário 2/12 avos 442,76		40 Horas extras 0,00 horas 0,00		49 Adiantamento 0,00		
	32 13º Sal. Indeniz. /12 avos 0,00		41 Adic. insalub./ periculosidade 64,64		50 IRRF 68,45		
	33 Férias vencidas 0,00		42		51		
	34 Férias proporc. 2/12 avos 442,76		43		52		
	35 1/3 salário s/ férias 147,59		44		53 Outros descontos 0,00		
	36 Salário família 0,00		45 Outros proventos 1.195,45		54 TOTAL DAS DEDUÇÕES 154,78		
	37 Adicional noturno 0,00		46 TOTAL BRUTO 2.936,97		55 LÍQUIDO A RECEBER 2.782,19		
	FORMALIZAÇÃO DA RESCISÃO	56 Local e data do recebimento				57 Carimbo e assinatura do empregador ou preposto	
58 Assinatura do trabalhador				59 Assinatura do responsável			
60 HOMOLOGAÇÃO Foi prestada, gratuitamente, assistência ao trabalhador, nos termos do art. 477, § 1º, da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, sendo comprovado, neste ato, o efetivo pagamento das verbas rescisórias acima especificadas. Local e data Carimbo e assinatura do assistente				61 Digital do trabalhador		62 Digital do responsável	
63 Identificação do órgão homologador				64 Recepção pelo Banco (data e carimbo)			

A ASSISTÊNCIA NO ATO DE RESCISÃO CONTRATUAL É GRATUITA

Convênio Nº 0099/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE 090196
Conjunto Hospitalar do Mandaqui
Natureza de Despesa: Custeio

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
01/05/2022 - AUTOATENDIMENTO - 15.07.36
3062703062 SEGUNDA VIA 0018

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: ASSOC HOSP B BRASIL

AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.511-4

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA

REMETENTE : ASSOC HOSP B BRASIL

BANCO: 104 - CAIXA ECONOMICA FEDERAL

AGENCIA: 0242-9 - BRAS

CONTA: 35.291-2

FAVORECIDO: CELIA MARIA BEZERRA ROCHA

CPF/CNPJ: 371.256.993-91

VALOR: R\$ 2.513,46

DEBITO EM: 14/04/2022

=====

DOCUMENTO: 041492

AUTENTICACAO SISBB: 7.744.4BA.294.D80.C2F

Convênio Nº 0099/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE 090196
Conjunto Hospitalar do Mandaqui
Natureza de Despesa: Custeio

TERMO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR	01 CNPJ/CEI 45.349.461/0015-08		02 Razão Social/Nome ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL					
	03 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) AVENIDA AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 - SALA 12						04 Bairro JARDIM ARIANO	
	05 Município SAO PAULO			06 UF SP	07 CEP 16400-400	08 CNAE 8610-1/02	09 CNPJ/CEI Tomador/Obra	
	10 PIS - PASEP 123.46799.92-2		11 Nome CELIA MARIA BEZERRA ROCHA					
IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR	12 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) Avenida ALFREDO ZUNKELLER						13 Bairro PARQUE MANDAQUI	
	14 Município SAO PAULO			15 UF SP	16 CEP 02421-070	17 Carteira de Trabalho (nº, série, UF) 148405 - 040 / CE		
	18 CPF 371.256.993-91		19 Data de nascimento 09/04/1970		20 Nome da mãe ESTER BEZERRA ROCHA			
	21 Remuneração p/ fins rescisórios 2.635,83		22 Data de admissão 01/02/2022		23 Data do Aviso Prévio 08/04/2022		24 Data de afastamento 08/04/2022	
DADOS DO CONTRATO	25 Causa do afastamento Resc cont exp antec empregador				26 Cód. afastamento 01		27 Pensão alimentícia (%) 0,00	
							28 Categoria do trabalhador 01	
DISCRIMINAÇÃO DAS VERBAS RESCISÓRIAS	29 Aviso Prévio Indenizado 0,00		38 Comissões 0,00		47 Previdência 45,85			
	30 Saldo salário 1 dias 546,79		39 Gratificações 0,00		48 Previdência 13º salário 32,94			
	31 13º Salário 2/12 avos 439,30		40 Horas extras 0,00 horas 0,00		49 Adiantamento 0,00			
	32 13º Sal. Indeniz. /12 avos 0,00		41 Adic. insalub./ periculosidade 64,64		50 IRRF 54,61			
	33 Férias vencidas 0,00		42		51			
	34 Férias proporc. 2/12 avos 439,30		43		52			
	35 1/3 salário s/ férias 146,43		44		53 Outros descontos 0,00			
	36 Salário família 0,00		45 Outros proventos 1.010,40		54 TOTAL DAS DEDUÇÕES 133,40			
	37 Adicional noturno 0,00		46 TOTAL BRUTO 2.646,86		55 LÍQUIDO A RECEBER 2.513,46			
	FORMALIZAÇÃO DA RESCISÃO	56 Local e data do recebimento				57 Carimbo e assinatura do empregador ou preposto		
58 Assinatura do trabalhador				59 Assinatura do responsável				
60 HOMOLOGAÇÃO Foi prestada, gratuitamente, assistência ao trabalhador, nos termos do art. 477, § 1º, da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, sendo comprovado, neste ato, o efetivo pagamento das verbas rescisórias acima especificadas. Local e data Carimbo e assinatura do assistente				61 Digital do trabalhador		62 Digital do responsável		
63 Identificação do órgão homologador				64 Recepção pelo Banco (data e carimbo)				

A ASSISTÊNCIA NO ATO DE RESCISÃO CONTRATUAL É GRATUITA

Convênio Nº 0099/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE 090196
Conjunto Hospitalar do Mandaqui
Natureza de Despesa: Custeio

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
01/05/2022 - AUTOATENDIMENTO - 15.07.36
3062703062 SEGUNDA VIA 0018
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL
CLIENTE: ASSOC HOSP B BRASIL
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.511-4

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : ASSOC HOSP B BRASIL
BANCO: 104 - CAIXA ECONOMICA FEDERAL
AGENCIA: 0267-4 - SANTA CECILIA
CONTA: 5.882-8

FAVORECIDO: LAISA MAGALHAES LIMA
CPF/CNPJ: 068.964.656-97
VALOR: R\$ 1.369,21
DEBITO EM: 14/04/2022

=====

DOCUMENTO: 041493
AUTENTICACAO SISBB: 9.5C1.171.0D2.C81.3D6

Convênio Nº 0099/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE 090196
Conjunto Hospitalar do Mandaqui
Natureza de Despesa: Custeio

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
01/05/2022 - AUTOATENDIMENTO - 15.07.36
3062703062 SEGUNDA VIA 0022
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE
TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL
CLIENTE: ASSOC HOSP B BRASIL
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.511-4
=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : ASSOC HOSP B BRASIL
BANCO: 341 - ITAU UNIBANCO S.A.
AGENCIA: 0220-8 - PENAPOLIS SP
CONTA: 5.744-2

FAVORECIDO: DESTRA - APOIO E PREVENCAO EM SEGUR
CPF/CNPJ: 11.814.918/0001-90
VALOR: R\$ 1.689,30
DEBITO EM: 14/04/2022
=====

DOCUMENTO: 041494
AUTENTICACAO SISBB: 3.9B6.355.353.6A2.A49

Convênio Nº 0099/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE 090196
Conjunto Hospitalar do Mandaqui
Natureza de Despesa: Custeio



PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS
Secretaria Municipal da Fazenda
Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e

Número da Nota
2491

Data de Emissão
07/04/2022

Data e Hora da
Competência
07/04/2022 às 15:29:02

Código de Verificação
7749-7796-8178

PRESTADOR DE SERVIÇOS



CNPJ 11.814.918/0001-90 Cód. Mobiliário 76568 Insc. Mun. 2.299.2065
Nome DESTRA - APOIO E PREV EM SEG DO TRABALHO LTDA ME RG/IE 521.154.679.119
Logradouro RUA-ALTINO VAZ DE MELLO Número 221
Bairro CENTRO CEP 16300-035
Município PENÁPOLIS UF SP

Autenticação



Situação Não Optante do Simples Nacional
Telefones
E-Mail's

TOMADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ 45.349.461/0001-02 RG/IE
Inscrição Mun. Cód. Mobiliário 0
Nome ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
E-mail contabilidade@ahbb.org.br; Telefone
Inf. Comp.
Logradouro -AV JOSE ARIANO RODRIGUES Número 303
Bairro JARDIM ARIANO CEP 16400-400
Município LINS UF SP
Complemento HOSPITAL País BRASIL

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Serviço	Descrição	Vlr. Unitário	Qtde	Aliq. Tributo (IBPT)	Total
3	ASSESSORIA EM SEGURANÇA DO TRABALHO	1.800,0000	1,00	0,00	1.800,00

Valor Total dos Serviços - R\$ 1.800,00

INFORMAÇÕES REFERENTES A DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

REF 03/2022 -
ASSESSORIA EM SEGURANÇA DO TRABALHO

TRIBUTOS

PIS (R\$)	COFINS (R\$)	INSS (R\$)	IR (R\$)	CSLL (R\$)	Outras Retenções (R\$)	Outros Tributos (R\$)
11,70	54,00		27,00	18,00		
CIDE (R\$)	IOF (R\$)	IPI (R\$)	ICMS (R\$)			

VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 1.800,00

Atividade

17.01-ASSESSORIA OU CONSULTORIA DE QUALQUER NATUREZA, NÃO CONTIDA EM OUTROS ITENS DESTA LISTA; ANÁLISE, EX

Operação

Sem Lançamentos de Materiais/Equipamentos

Dedução de Materiais/Equipamentos

Não

Responsável pelo imposto

Prestador dos Serviços

Situação da Nota Fiscal

Normal

Local do Serviço

Dentro do Município

Aliquota (%)	Base de Cálculo (R\$)	Vlr. Total das Deduções (R\$)	Vlr. Total Retido (R\$)	Vlr. do ISS (R\$)
3,0000	1.800,00	0,00	110,70	54,00

VALOR LÍQUIDO DA NOTA = R\$ 1.689,30

OUTRAS INFORMAÇÕES (RESERVADO AO FISCO)

NENHUMA INFORMAÇÃO COMPLEMENTAR REGISTRADA

Recebi(emos) do Prestador: DESTRA - APOIO E PREV EM SEG DO TRABALHO LTDA ME CNPJ: 11.814.918/0001-90

Os serviços constantes da Nota Fiscal de Serviços Eletrônica n.º 2491 emitida em 07/04/2022 às 15:29:02 - Cód Verif 7749-7796-8178

Condições de Pagamento: Vencimento: 07/04/2022 Valor Total R\$ 1.800,00 Valor Líquido R\$ 1.689,30

Ass: _____ em _____

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

Convênio Nº 0099/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE 090196
Conjunto Hospitalar do Mandaqui
Natureza de Despesa: Custeio

20/04/2022 - BANCO DO BRASIL - 13:55:56
306203062 SEGUNDA VIA 0025
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: ASSOC HOSP B BRASIL
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.511-4
=====

DATA DA TRANSFERENCIA	20/04/2022
NR. DOCUMENTO	556.790.000.000.227
VALOR TOTAL	31.166,10

***** TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL
AGENCIA: 6790-3 CONTA: 227-5
NR. DOCUMENTO 553.062.000.036.511
=====

NR.AUTENTICACAO	D.50B.BE9.582.F53.413
-----------------	-----------------------

Convênio Nº 0099/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE 090196
Conjunto Hospitalar do Mandaqui
Natureza de Despesa: Custeio

INSS



Receita Federal

Documento de Arrecadação
de Receitas Federais

CNPJ
45.349.461/0001-02

Razão Social
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

Período de Apuração
Março/2022

Data de Vencimento
20/04/2022

Número do Documento
07.16.22108.4468238-2

Pagar este documento até

20/04/2022

Observações
Nº Recibo Declaração: 50000045886609

Valor Total do Documento

210.868,30

Composição do Documento de Arrecadação

Código	Denominação	Principal	Multa	Juros	Total
1082	CONTR PREV DESCONTA SEGURADO-EMPREGADO/AVULSO	210.868,30			210.868,30
	01 CP SEGURADOS - EMPREGADOS/AVULSO				
	PA:03/2022 Vencimento:20/04/2022				
Totais		210.868,30			210.868,30

SENDA (Versão:5.0.9)

Página: 1 / 1

18/04/2022 19:02:49

85890002108 2 68300385221 1 10071622108 6 44682382898 4

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Documento de Arrecadação de Receitas Federais

85890002108 2 68300385221 1 10071622108 6 44682382898 4



CNPJ: 45.349.461/0001-02
Número: 07.16.22108.4468238-2
Pagar até: 20/04/2022
Valor: 210.868,30

Pague com o PIX



Convênio Nº 0099/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE 090196
Conjunto Hospitalar do Mandaqui
Natureza de Despesa: Custeio

20/04/2022
227

Erica Batista

De: ger.rh@ahbb.org.br
Enviado em: terça-feira, 19 de abril de 2022 08:56
Para: 'Erica Batista'; 'Carla Lima Sato'; 'Priscila Tengler'
Cc: 'Wagner Galenti - AHBB'; dp@ahbb.org.br
Assunto: GUIA INSS MARÇO 2022
Anexos: GUIA INSS 03 2022.pdf

Boa tarde segue guia de INSS da Competência de Março 2022 para pagamento até 20/04/2022 valor 210.868,30 e abaixo por projeto:

As outras competências logo mais já envio as orientações de como procederemos com as guias atualizadas mas peço para efetuar o pagamento desta para não gerar mais multas e juros.

VILA PENTEADO - 43,71	
BAURU - 27.878,51	
CAMPINAS - 46.113,92	
GUAIÇARA - 846,66	
SEDE - 461,00	> obs 433,82
LEONOR - 5.563,24	
PROMISSÃO - 18.174,90	
BILAC - 3.278,52	
MIRANDÓPOLIS - 6.090,68	
GARÇA HSL - 25.562,70	
GARÇA MÉDIA - 28.424,07	
GARÇA UTI - 6.922,31	
FERRAZ - 10.369,11	
MANDAQUI - 31.166,10	

Obrigada
No aguardo

Marcela Garcia

Gerente de Recursos Humanos

AHBB | REDE
SANTA CASA

www.ahbb.org.br

(16) 99628-2273

Rua Padre Teixeira, 2146
Centro - São Carlos - SP

Convênio Nº 0099/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE 090196
Conjunto Hospitalar do Mandaqui
Natureza de Despesa: Custeio

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
01/05/2022 - AUTOATENDIMENTO - 15.07.36
3062703062 SEGUNDA VIA 0011

COMPROVANTE DE PAGAMENTO

CLIENTE: ASSOC HOSP B BRASIL
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.511-4

=====

Convenio	RFB-DARF	CODIGO DE BARRAS
Codigo de Barras	85870000099-5	64530385221-4
	10070122109-3	57895636703-6
Agente arrecadador:	CNC 001 Banco do Brasil S.A.	
Data do pagamento	20/04/2022	
Numero do Documento	07.01.22109.5789563-6	
Valor Total	9.964,53	

Modelo aprovado pelo Ato Declaratorio Executivo
Conjunto n° 01 de 31 de outubro de 2011

DOCUMENTO: 042001
AUTENTICACAO SISBB: 3.F0F.205.0F3.099.5D5

Convênio Nº 0099/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE 090196
Conjunto Hospitalar do Mandaqui
Natureza de Despesa: Custeio

CNPJ
45.349.461/0001-02Razão Social
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASILPeríodo de Apuração
31/03/2022Data de Vencimento
20/04/2022Número do Documento
07.01.22109.5789563-6

Pagar este documento até

20/04/2022Observações
DARF IR COMP 03 2022 MANDAQUI

Valor Total do Documento

Sicalc Contribuinte - 6643 - SP**9.964,53****Composição do Documento de Arrecadação**

Código	Denominação	Principal	Multa	Juros	Total
0561	IRRF - RENDIMENTO DO TRABALHO ASSALARIADO	9.964,53			9.964,53
	07 IRRF - RD TRB ASSAL PAÍS/AUS NO EXT A SERV PAÍS				
	PA 03/2022 Vencimento 20/04/2022				
	Totais	9.964,53	0,00	0,00	9.964,53

Documento de Arrecadação de Receitas Federais

85870000099 5 64530385221 4 10070122109 3 57895636703 6

CNPJ: 45.349.461/0001-02

Número: 07.01.22109.5789563-6

Pagar até: 20/04/2022

Valor: 9.964,53

Pague com o PIX



Complacência N.º 00996221
Pagar até: 20/04/2022
Secretaria de Estado da Saúde - UGE 090196
Conjunto Hospitalar do Mandaqui
Natureza de Despesa: Custeio

RELAÇÃO DAS BASES DO IRRF

Idigo	Nome do empregado	Tipo	Base cálculo	Abatimentos	Dependentes	ND	Taxa	Dedução	Valor IRRF
Período: 01/03/2022 a 31/03/2022									
REGADOS									
5313	AGUINALDO ALVES DA COSTA	Mensal 02/22	2.710,40	234,24	0,00	0	7,50	142,80	42,91
5314	ALYSON SILVA GOMES	Mensal 02/22	4.175,36	420,72	0,00	0	22,50	636,13	208,66
5470	AMANDA DA COSTA KIMURA	Mensal 02/22	2.292,85	188,17	0,00	0	7,50	142,80	15,05
5315	ANA CLEIDE DOS SANTOS	Mensal 02/22	4.175,36	420,72	0,00	0	22,50	636,13	208,66
5469	ANA LUCIA RIBEIRO CAVALCANTE	Mensal 02/22	4.175,36	420,72	0,00	0	22,50	636,13	208,66
5492	ANDREA GONÇALVES DOS SANTOS	Mensal 02/22	2.292,85	188,17	0,00	0	7,50	142,80	15,05
5542	ANNA PAULA LIMA RIBEIRO	Mensal 02/22	2.985,23	267,22	379,18	2	7,50	142,80	32,61
5321	BRUNO PIMENTEL MARCOLINO DOS SANTOS	Mensal 02/22	2.650,75	227,08	0,00	0	7,50	142,80	38,98
5322	CAMILA OLIVEIRA AMORIM DOS SANTOS	Mensal 02/22	2.699,21	232,90	0,00	0	7,50	142,80	42,17
5323	CARLA CRISTINA DE PAULA MARCIANO	Mensal 02/22	2.292,85	188,17	0,00	0	7,50	142,80	15,05
5724	CELIA MARIA BEZERRA ROCHA	Mensal 02/22	2.894,31	256,31	0,00	0	7,50	142,80	55,05
5440	CLAUDIA REGINA RIBEIRO	Mensal 02/22	2.613,47	222,61	0,00	0	7,50	142,80	36,51
5441	CRISTINA ANDRADE BONFIM	Mensal 02/22	4.175,36	420,72	0,00	0	22,50	636,13	208,66
5329	CRISTINA MACHADO DE BRITO	Mensal 02/22	2.292,85	188,17	0,00	0	7,50	142,80	15,05
5330	DAIANE GONCALVES MARTINS	Mensal 02/22	2.292,85	188,17	0,00	0	7,50	142,80	15,05
5332	DANIELA LEANDRO	Mensal 02/22	4.175,36	333,71	379,18	2	15,00	354,80	164,57
5333	DANIEVERTON SOUZA COLOMBO	Mensal 02/22	2.292,85	188,17	0,00	0	7,50	142,80	15,05
5449	DAVID FELIX DA SILVA	Mensal 02/22	2.441,97	202,03	189,59	1	7,50	142,80	10,98
5334	DEBORA ESTER CARRIEL MENDES NUNES	Mensal 02/22	4.919,05	524,84	0,00	0	22,50	636,13	352,57
5505	DENISE DE SOUZA PEREIRA	Mensal 02/22	2.292,85	188,17	0,00	0	7,50	142,80	15,05
5335	DIEGO ROBERTO MACHADO	Mensal 02/22	4.861,84	1.820,33	189,59	1	15,00	354,80	72,99
5499	DIEGO SOUSA PINTO DE ALMEIDA	Mensal 02/22	2.292,85	188,17	0,00	0	7,50	142,80	15,05
5339	EDERSON ALVES DE SOUZA	Mensal 02/22	2.680,57	230,66	0,00	0	7,50	142,80	40,94
5491	EDNA SANTOS DE SOUZA	Mensal 02/22	4.919,05	524,84	0,00	0	22,50	636,13	352,57
5568	EDUARDO DELFINO COELHO	Mensal 02/22	2.669,39	229,32	0,00	0	7,50	142,80	40,21
5343	ELISABETH DE SOUZA FELINTO	Mensal 02/22	2.620,92	223,50	0,00	0	7,50	142,80	37,01
5347	ESTER KETLYN DA SILVA GOMES DA CONCEIÇÃO	Mensal 02/22	2.292,85	188,17	0,00	0	7,50	142,80	15,05
5529	FABIOLA DOS SANTOS LOHN ALBUQUERQUE	Mensal 02/22	9.577,95	828,38	189,59	1	27,50	869,36	1.484,63
5471	FLAVIA CRISTINA DA SILVA	Mensal 02/22	2.658,20	227,98	0,00	0	7,50	142,80	39,47
5348	FRANCIVALDA DE SOUSA SILVEIRA	Mensal 02/22	2.292,85	188,17	0,00	0	7,50	142,80	15,05
5349	GABRIEL LIMA DE JESUS CARVALHO	Mensal 02/22	2.292,85	188,17	0,00	0	7,50	142,80	15,05
5350	GERALDO FREITAS NASCIMENTO FILHO	Mensal 02/22	2.650,75	227,08	0,00	0	7,50	142,80	38,98
5351	GICELI MEDINA RODRIGUES	Mensal 02/22	4.175,36	420,72	0,00	0	22,50	636,13	260,67
5355	GRAZIELLA SOARES DUARTE	Mensal 02/22	2.292,85	188,17	0,00	0	7,50	142,80	15,05
5504	GUSTAVO MORI BENEVIDES	Mensal 02/22	4.175,36	88,92	0,00	0	22,50	636,13	283,32

Convenio Nº 0099/2010
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde - FUS
Secretaria de Estado da Saúde - SESS
Conjunto Hospitalar do Mandaguari
Natureza de Despesa: Custeio

Emissão: 08/04/2022
Horas: 16:53:20

Idigo	Nome do empregado	Tipo	Base cálculo	Abatimentos	Dependentes	ND	Taxa	Dedução	Valor IRRF
5472	HELEN KARINA GALDINO CORREA	Mensal 02/22	2.680,57	230,66	0,00	0	7,50	142,80	40,94
5382	HIRIS FINAMOR	Mensal 02/22	2.620,92	223,50	0,00	0	7,50	142,80	37,01
5356	HUMBERTO GOMES MICHELLE	Mensal 02/22	2.591,10	219,93	189,59	1	7,50	142,80	20,82
5356	HUMBERTO GOMES MICHELLE	Rescisão	1.146,42	85,98	0,00	0	15,00	354,80	110,68
5361	ISABELLY RIBEIRO DE SOUZA	Mensal 02/22	3.038,47	273,61	0,00	0	7,50	142,80	64,56
5473	JAQUELINE FERNANDES DIAS	Mensal 02/22	4.919,05	524,84	0,00	0	22,50	636,13	352,57
5366	JOAO CARLOS DA COSTA	Mensal 02/22	2.292,85	188,17	0,00	0	7,50	142,80	15,05
5515	JOAO PAULO MARSOLA	Mensal 02/22	2.292,85	188,17	0,00	0	7,50	142,80	15,05
5368	JOEL MATEUS DA CONCEIÇÃO SILVA	Mensal 02/22	2.292,85	188,17	0,00	0	7,50	142,80	15,05
5370	JOSE RAIMUNDO DOS SANTOS	Mensal 02/22	2.680,57	230,66	0,00	0	7,50	142,80	40,94
5474	JUCINEIDE SANTOS GONÇALVES	Mensal 02/22	2.292,85	188,17	0,00	0	7,50	142,80	15,05
5497	JULIANA MARIA TAVARES SIMOES	Mensal 02/22	2.292,85	188,17	0,00	0	7,50	142,80	15,05
5497	JULIANA MARIA TAVARES SIMOES	Rescisão	687,85	51,58	0,00	0	7,50	142,80	47,72
5485	JULIANA ROCHA SANTOS	Mensal 02/22	5.375,36	588,72	0,00	0	27,50	869,36	446,97
5374	KAIQUE STINGLIN OLIVEIRA	Mensal 02/22	2.292,85	188,17	0,00	0	7,50	142,80	15,05
5375	KARLA JEANNE DA SILVA ALENCAR	Mensal 02/22	2.292,85	188,17	0,00	0	7,50	142,80	15,05
5379	LARISSA DA SILVA MORAIS	Mensal 02/22	2.292,85	188,17	0,00	0	7,50	142,80	15,05
5502	LEANDRO AUGUSTO DE SOUZA SILVA	Mensal 02/22	2.620,92	223,50	0,00	0	7,50	142,80	37,01
5365	LEANDRO GOMES DE LIMA	Mensal 02/22	2.292,85	188,17	0,00	0	7,50	142,80	15,05
5569	LETICIA PEREIRA ALMEIDA	Mensal 02/22	2.680,57	230,66	0,00	0	7,50	142,80	40,94
5380	LETÍCIA SILVA RIBEIRO	Mensal 02/22	4.175,36	420,72	0,00	0	22,50	636,13	208,66
5540	LIDIANE BATISTA FORTUNATO	Mensal 02/22	2.692,51	232,09	0,00	0	7,50	142,80	41,73
5567	LINDINALVA CARDOSO ORTIZ DE PAULA	Mensal 02/22	2.650,75	227,08	0,00	0	7,50	142,80	38,98
5383	LUCIANA CORREA	Mensal 02/22	2.292,85	188,17	0,00	0	7,50	142,80	15,05
5387	MAICON FLAVIO RIVEIRA	Mensal 02/22	2.680,57	230,66	189,59	1	7,50	142,80	26,72
5389	MANUELA MARILIA DA SILVA OLIVEIRA	Mensal 02/22	2.654,47	227,53	0,00	0	7,50	142,80	39,22
5378	MARCOS FERNANDES DA SILVA	Rescisão	6.007,68	677,25	0,00	0	27,50	869,36	596,51
5652	MARIA DA CONCEIÇÃO ALMEIDA DOS SAIS	Mensal 02/22	2.561,27	216,35	0,00	0	7,50	142,80	33,07
5392	MARIA JOSE CARDOSO DA SILVA	Mensal 02/22	2.711,01	234,31	0,00	0	7,50	142,80	42,95
5394	MARLENE APARECIDA SERCL EVARISTO	Mensal 02/22	4.911,90	523,84	0,00	0	22,50	636,13	351,18
5395	MAURO DA SILVA GOMES	Mensal 02/22	2.680,57	248,75	0,00	0	7,50	142,80	39,59
5475	MAYARA CRISTINA SILVA GUEDES	Mensal 02/22	2.650,75	227,08	0,00	0	7,50	142,80	38,98
5436	NATALIA DE LIMA SILVA	Mensal 02/22	2.292,85	188,17	0,00	0	7,50	142,80	15,05
5398	NATHALIA FERNANDO PRADO BOLE	Mensal 02/22	2.292,85	188,17	0,00	0	7,50	142,80	15,05
5570	NATIELE INES DOS SANTOS SOUSA	Mensal 02/22	4.876,14	518,83	0,00	0	22,50	636,13	344,26
5399	NICOLAS APOLLO SANTOS ARAUJO	Mensal 02/22	2.292,85	188,17	0,00	0	7,50	142,80	15,05

RELAÇÃO DAS BASES DO IRRF

Idigo	Nome do empregado	Tipo	Base cálculo	Abatimentos	Dependentes	ND	Taxa	Dedução	Valor IRRF
5437	PALOMA DA SILVA PEREIRA	Mensal 02/22	2.680,57	230,66	0,00	0	7,50	142,80	40,94
5401	PEDRO PAULO DE JESUS MACEDO	Mensal 02/22	4.175,36	55,75	0,00	0	22,50	636,13	290,78
5340	RAIZA RODRIGUES DA SILVA	Mensal 02/22	2.292,85	188,17	0,00	0	7,50	142,80	15,05
5381	RANDAL FAQUINI ALVES	Mensal 02/22	2.680,57	230,66	0,00	0	7,50	142,80	40,94
5564	RAQUEL MATOSO	Mensal 02/22	2.292,85	188,17	0,00	0	7,50	142,80	15,05
5466	RENATA CARLA SIQUEIRA	Mensal 02/22	4.919,05	524,84	0,00	0	22,50	636,13	352,57
5404	RENATA CRISTINA DUARTE	Mensal 02/22	2.292,85	188,17	0,00	0	7,50	142,80	15,05
5405	RICARDO LUIZ DO ESPIRITO SANTO DOS	Mensal 02/22	2.292,85	188,17	0,00	0	7,50	142,80	15,05
5442	RITA SAMARA DE ARAUJO ALVES	Mensal 02/22	2.292,85	188,17	0,00	0	7,50	142,80	15,05
5406	RITCHIE RENATO JUVÊNCIO TEIXEIRA	Mensal 02/22	4.175,36	420,72	189,59	1	15,00	354,80	179,96
5407	ROGÉRIO LUIZ DA SILVA	Mensal 02/22	2.292,85	188,17	0,00	0	7,50	142,80	15,05
5543	ROGERIO MENEZES DE LIMA	Mensal 02/22	2.680,57	230,66	0,00	0	7,50	142,80	40,94
5551	ROSANGELA PEREIRA DE SOUZA LIMA	Mensal 02/22	5.033,46	540,86	0,00	0	22,50	636,13	374,71
5561	ROSEMARY CRISTINA DA SILVA ALMEIDA	Mensal 02/22	2.747,75	214,81	0,00	0	7,50	142,80	47,17
5409	ROSENILDA GOMES DE CARVALHO SILVA	Mensal 02/22	2.710,40	234,24	379,18	2	7,50	142,80	14,47
5696	ROSIANE DE MORAIS MATOS	Mensal 02/22	2.302,34	189,03	0,00	0	7,50	142,80	15,70
5412	SAMANTA GREGORIO UCHAI ME	Mensal 02/22	2.702,94	233,35	189,59	1	7,50	142,80	28,20
5413	SANDRA ROSA JORGE DOS SANTOS	Mensal 02/22	2.650,75	227,08	189,59	1	7,50	142,80	24,76
5414	SHEYLA NOBRES DOS SANTOS VIANA	Mensal 02/22	4.175,36	420,72	0,00	0	22,50	636,13	208,66
5653	SOLANGE CARVALHO DOURADO	Mensal 02/22	2.292,85	188,17	0,00	0	7,50	142,80	15,05
5415	SUELEN SILVA DOS SANTOS	Mensal 02/22	2.740,22	237,82	189,59	1	7,50	142,80	30,66
5439	TATIANE DIAS DA ROCHA	Mensal 02/22	2.695,48	232,45	379,18	2	7,50	142,80	13,49
5419	TIAGO DA SILVA PINHO	Mensal 02/22	2.710,40	234,24	0,00	0	7,50	142,80	42,91
5514	VALDINEIA CABRAL DE SOUSA	Mensal 02/22	2.292,85	188,17	0,00	0	7,50	142,80	15,05
5422	VALDIRA DE LIMA DA HORA SILVA	Mensal 02/22	2.292,85	188,17	0,00	0	7,50	142,80	15,05
5423	VALERIA NASCIMENTO DE MENEZES COS	Mensal 02/22	2.527,72	212,32	189,59	1	7,50	142,80	16,64
5425	VANESSA LIMA DOS SANTOS FRANCO	Mensal 02/22	2.620,92	223,50	0,00	0	7,50	142,80	37,01
5654	VERA LUCIA BARBOSA	Mensal 02/22	2.484,84	207,17	0,00	0	7,50	142,80	28,03
5426	VERONICA OLIVEIRA FARIAS	Mensal 02/22	2.620,92	210,28	189,59	1	7,50	142,80	23,78
5563	VITORIA REGINA MARCHETTO BARROCA	Mensal 02/22	2.292,85	188,17	0,00	0	7,50	142,80	15,05
5477	VITORIA RUFINO SERAFIAN	Mensal 02/22	4.175,36	420,72	0,00	0	22,50	636,13	208,66
5427	VIVIANE GRACES DA SILVA MENDES	Mensal 02/22	2.292,85	188,17	0,00	0	7,50	142,80	15,05
5428	VLADIMIR SILVA DE ALMEIDA	Mensal 02/22	2.710,40	234,24	0,00	0	7,50	142,80	42,91
5478	WAGNER APARECIDO DA SILVA	Mensal 02/22	2.292,85	188,17	0,00	0	7,50	142,80	15,05
Total:			311.831,55	28.381,37	3.791,80				9.964,53
Empregados:	105	Estagiários:	0	Contribuintes:	0	Total:	311.831,55		9.964,53

Convenio Nº 009912021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - COSE 090196
Conjunto Hospitalar do Mandacari
Natureza de Despesa: Custeio

RELAÇÃO DAS BASES DO IRRF

Código		Nome do empregado	Tipo		Base cálculo	Abatimentos	Dependentes	ND	Taxa	Dedução	Valor IRRF
Resumo Geral:											
Empregados:	103	Estagiários:	0	Contribuintes:	0	Total:	311.831,55	28.381,37	3.791,80		9.964,53

Resumo Geral IRRF

Cód. de Recolhimento	Periodicidade	Valores Acum. Comp. Ant.	Valor a Recolher	Valor a Compensar	Valor a Pagar	Valor a Acumular
Todos	02/2022	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0561	Mensal 02/2022	0,00	65.642,56	0,00	65.642,56	0,00
0588	Mensal 02/2022	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Totalizador			65.642,56	0,00	65.642,56	0,00

Convênio Nº 0099/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - USE 090196
Conjunto Hospitalar do Mandaqui
Natureza de Despesa: Custeio

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
01/05/2022 - AUTOATENDIMENTO - 15.07.36
3062703062 SEGUNDA VIA 0019

COMPROVANTE DE PAGAMENTO

CLIENTE: ASSOC HOSP B BRASIL
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.511-4
=====

Convenio	RFB-DARF	CODIGO DE BARRAS
Codigo de Barras	85880000091-1	02820385221-4
	10070122110-7	76477692747-8

Agente arrecadador: CNC 001 Banco do Brasil S.A.
Data do pagamento 20/04/2022
Numero do Documento 07.01.22110.7647769-2
Valor Total 9.102,82

Modelo aprovado pelo Ato Declaratorio Executivo
Conjunto n° 01 de 31 de outubro de 2011

DOCUMENTO: 042002
AUTENTICACAO SISBB: F.911.253.110.134.478

Convênio Nº 0099/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE 090196
Conjunto Hospitalar do Mandaqui
Natureza de Despesa: Custeio



Receita Federal

Documento de Arrecadação
de Receitas Federais

CNPJ 45.349.461/0001-02	Razão Social ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		
Período de Apuração 31/03/2022	Data de Vencimento 20/04/2022	Número do Documento 07.01.22110.7647769-2	Pagar este documento até 20/04/2022
Observações Mandaqui			Valor Total do Documento 9.102,82
Sicalc Contribuinte - 6643 - SP			

Composição do Documento de Arrecadação					
Código	Denominação	Principal	Multa	Juros	Total
1708	IRRF - REMUNER SERV PRESTADOS POR PJ	9.102,82			9.102,82
06	IRRF - REMUNERAÇÃO DE SERVIÇOS PROFISSIONAIS PRESTADOS POR PJ				
PA 03/2022	Vencimento 20/04/2022				
Totais		9.102,82	0,00	0,00	9.102,82

Convênio Nº 0099/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE 090196
Conjunto Hospitalar do Mandaqui
Natureza de Despesa: Custeio

SENA (Versão:5.0.9)

Página: 1 / 1

20/04/2022 09:43:42

85880000091 1 02820385221 4 10070122110 7 76477692747 8

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Documento de Arrecadação de Receitas Federais

85880000091 1 02820385221 4 10070122110 7 76477692747 8



CNPJ: 45.349.461/0001-02
Número: 07.01.22110.7647769-2
Pagar até: 20/04/2022
Valor: 9.102,82

Pague com o PIX



SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
01/05/2022 - AUTOATENDIMENTO - 15.07.37
3062703062 SEGUNDA VIA 0018

COMPROVANTE DE PAGAMENTO

CLIENTE: ASSOC HOSP B BRASIL
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.511-4
=====

Convenio	RFB-DARF	CODIGO DE BARRAS
Codigo de Barras	85830000281-8	15060385221-4
	10070122110-7	76528637432-2

Agente arrecadador: CNC 001 Banco do Brasil S.A.
Data do pagamento 20/04/2022
Numero do Documento 07.01.22110.7652863-7
Valor Total 28.115,06

Modelo aprovado pelo Ato Declaratorio Executivo
Conjunto n° 01 de 31 de outubro de 2011

DOCUMENTO: 042003
AUTENTICACAO SISBB: 7.37A.73F.846.84F.9A6

Convênio Nº 0099/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE 090196
Conjunto Hospitalar do Mandaqui
Natureza de Despesa: Custeio



Receita Federal

Documento de Arrecadação
de Receitas Federais

CNPJ
45.349.461/0001-02

Razão Social
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

Período de Apuração
31/03/2022

Data de Vencimento
20/04/2022

Número do Documento
07.01.22110.7652863-7

Pagar este documento até

20/04/2022

Observações
Mandaqui

Valor Total do Documento

28.115,06

Sicalc Contribuinte - 6643 - SP

Composição do Documento de Arrecadação

Código	Denominação	Principal	Multa	Juros	Total
5952	RET DE CONTRIBUICOES PAGT PJ A PJ DE DIR PRIV	28.115,06			28.115,06
	07 CSLL/COFINS/PIS/PASEP - RETENÇÃO DE CONTRIBUIÇÕES SOBRE PAGAMENTOS DE PJ A PJ DE DIREITO PRIVADO				
	PA 03/2022 Vencimento 20/04/2022				
	Totais	28.115,06	0,00	0,00	28.115,06

Convênio Nº 0099/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE 090196
Conjunto Hospitalar do Mandaqui
Natureza de Despesa: Custeio

SENA (Versão:5.0.9)

Página: 1 / 1

20/04/2022 09:45:02

85830000281 8 15060385221 4 10070122110 7 76528637432 2

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Documento de Arrecadação de Receitas Federais

85830000281 8 15060385221 4 10070122110 7 76528637432 2



CNPJ: 45.349.461/0001-02
Número: 07.01.22110.7652863-7
Pagar até: 20/04/2022
Valor: 28.115,06

Pague com o PIX



28/04/2022 - BANCO DO BRASIL - 16:03:34
306203062 SEGUNDA VIA 0006
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: ASSOC HOSP B BRASIL
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.511-4
=====

DATA DA TRANSFERENCIA	28/04/2022
NR. DOCUMENTO	556.790.000.000.227
VALOR TOTAL	30.142,36

***** TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL
AGENCIA: 6790-3 CONTA: 227-5
NR. DOCUMENTO 553.062.000.036.511
=====

NR. AUTENTICACAO	D.11E.B6C.7AE.B56.6A2
------------------	-----------------------

Convênio Nº 0099/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE 090196
Conjunto Hospitalar do Mandaqui
Natureza de Despesa: Custeio



Receita Federal

Documento de Arrecadação
de Receitas Federais

CNPJ 45.349.461/0001-02	Razão Social ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		
Período de Apuração Novembro/2021	Data de Vencimento 20/12/2021	Número do Documento 07.16.22116.3706920-9	Pagar este documento até 29/04/2022
Observações Nº Recibo Declaração: 50000040155150			Valor Total do Documento 263.771,75

Composição do Documento de Arrecadação

Código	Denominação	Principal	Multa	Juros	Total
1082	CONTR PREV DESCONTA SEGURADO-EMPREGADO/AVULSO	213.718,81	42.743,76	7.309,18	263.771,75
	01 CP SEGURADOS - EMPREGADOS/AVULSO				
	PA:11/2021 Vencimento:20/12/2021				
	Totais	213.718,81	42.743,76	7.309,18	263.771,75

Convênio Nº 0099/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE 090196
Conjunto Hospitalar do Mandaqui
Natureza de Despesa: Custeio

SEDA (Versão:5.0.9)

Página: 1/1

26/04/2022 08:30:51

85850002637 0 71750385221 9 19071622116 2 37069209014 2

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Documento de Arrecadação de Receitas Federais

85850002637 0 71750385221 9 19071622116 2 37069209014 2



CNPJ: 45.349.461/0001-02
Número: 07.16.22116.3706920-9
Pagar até: 29/04/2022
Valor: 263.771,75

Pague com o PIX



28/04/2022
227

Erica Batista

De: Carla Lima Sato <clsato@ahbb.org.br>
Enviado em: segunda-feira, 21 de março de 2022 10:53
Para: 'Erica Batista'
Assunto: ENC: GUIA INSS COMP 11/2021
Anexos: GUIA INSS COMP 11-2021.pdf; DIFERENÇAS COMPETÊNCIA 11-2021.pdf; RECIBO DCTF WEB COMP 11-2021.pdf; DeclaracaoCompleta_45349461000102_112021_40_.pdf

AHBB | REDE
SANTA CASA

Carla Lima Sato
Financeiro
Rua Padre Teixeira, 2146
Centro, São Carlos/SP – 16.560-210
Fone: (16) 3374-8438 Cel.: 99777-4775

De: ger.rh@ahbb.org.br [mailto:ger.rh@ahbb.org.br]
Enviada em: sábado, 19 de março de 2022 20:15
Para: 'Juliana Valentim' <jvalentim@ahbb.org.br>; wgalenti@ahbb.org.br
Cc: 'CARLA SATO' <clsato@ahbb.org.br>
Assunto: GUIA INSS COMP 11/2021

Boa noite, segue a guia do INSS DA COMPETÊNCIA 11//2021 para pagamento até dia 24/03/2022, em anexo também considerações das diferenças referente a incidências da folha x e social.

Carla favor enviar para pagamento.

Juliana conforme validado não foi efetuado nenhum pagamento na competência 11 referente a INSS

Segue abaixo valores discriminados por unidade:

~~MANDAQUI~~ – 29.681,04 + 461,32 a mais de inss descontado no e social ~~30.142,36~~
~~FERRAZ~~ – 26.947,99
~~MOGI~~ – 29.043,90 + 210,64 a mais de inss descontado no e social ~~29.254,54~~
~~VILA PENTEADO~~ – 20.165,88
~~SÃO JOSÉ~~ – 142,96
~~PARNAIBA~~ – 13.902,78 + 433,57 a mais de inss descontado no e social ~~14.336,35~~
GARÇA UTI – 7.211,43
GARÇA UTI COVID – 3.918,23
GARÇA HSL – 20.781,48
GARÇA MÉDIA – 31.465,03
MIRANDOPOLIS UTI – 6.472,70
BILAC – 5.166,08
PROMISSÃO – 9.354,12
LEONOR – 6.713,58
SEDE – 1.646,08 ✓

213.719,81

Convênio Nº 0099/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE 090196
Conjunto Hospitalar do Mandaqui
Natureza de Despesa: Custeio

RESUMO

INSS FOLHA – 228.454,07 – 15.840,79 (Salário família e maternidade) = 212.613,28

28/04/2022 - BANCO DO BRASIL - 16:03:34
306203062 SEGUNDA VIA 0008
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: ASSOC HOSP B BRASIL
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.511-4
=====

DATA DA TRANSFERENCIA	28/04/2022
NR. DOCUMENTO	556.790.000.000.227
VALOR TOTAL	4.046,33

***** TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL	
AGENCIA: 6790-3	CONTA: 227-5
NR. DOCUMENTO	553.062.000.036.511

=====

NR. AUTENTICACAO	F.D12.84D.9D9.854.9EB
------------------	-----------------------

Convênio Nº 0099/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE 090196
Conjunto Hospitalar do Mandaqui
Natureza de Despesa: Custeio



Receita Federal

Documento de Arrecadação
de Receitas Federais

CNPJ
45.349.461/0001-02

Razão Social
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

Período de Apuração
2021

Data de Vencimento
20/12/2021

Número do Documento
07.16.22116.3720499-8

Pagar este documento até
29/04/2022

Observações
Nº Recibo Declaração: 50000040343157
13º salário

Valor Total do Documento
122.641,55

Composição do Documento de Arrecadação

Código	Denominação	Principal	Multa	Juros	Total
1082	CONTR PREV DESCONTA SEGURADO-EMPREGADO/AVULSO	99.369,28	19.873,85	3.398,42	122.641,55
	21 CP SEGURADOS - EMPREGADOS/AVULSOS - 13 SALÁRIO				
	PA:2021 Vencimento:20/12/2021				
	Totais	99.369,28	19.873,85	3.398,42	122.641,55

Convênio Nº 0099/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE 090196
Conjunto Hospitalar do Mandaqui
Natureza de Despesa: Custeio

SENA (Versão:5.0.9)

Página: 1/1

26/04/2022 08:37:12

85800001226 5 41550385221 3 19071622116 2 37204998892 8

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Documento de Arrecadação de Receitas Federais

85800001226 5 41550385221 3 19071622116 2 37204998892 8

CNPJ: 45.349.461/0001-02
Número: 07.16.22116.3720499-8
Pagar até: 29/04/2022
Valor: 122.641,55

Pague com o PIX



28/04/2022
227

Erica Batista

De: Carla Lima Sato <clsato@ahbb.org.br>
Enviado em: terça-feira, 22 de março de 2022 13:33
Para: 'Erica Batista'
Assunto: ENC: GUIA INSS COMPETÊNCIA 13º SALÁRIO 2021
Anexos: DeclaracaoCompleta_45349461000102_2021_41_.pdf; Recibo_45349461000102_2021_41_0000050000040343157.pdf; GUIA INSS 13º 2021.pdf

AHBB | REDE
SANTA CASA

Carla Lima Sato
Financeiro
Rua Padre Teixeira, 2146
Centro, São Carlos/SP – 16.560-210
Fone: (16) 3374-8438 Cel.: 99777-4775

De: ger.rh@ahbb.org.br [mailto:ger.rh@ahbb.org.br]
Enviada em: terça-feira, 22 de março de 2022 13:25
Para: 'Juliana Valentim' <jvalentim@ahbb.org.br>; wgalenti@ahbb.org.br; 'CARLA SATO' <clsato@ahbb.org.br>
Assunto: GUIA INSS COMPETÊNCIA 13º SALÁRIO 2021

Boa tarde, segue a guia de INSS da competência 13º salário de 2021 para pagamento até dia 25/03/2022, não tivemos nenhuma diferença entre folha x e-social, abaixo discriminado por projeto

Carla favor enviar para pagamento.

SEDE – 1040,24
LEONOR – 4383,03
PROMISSÃO – 5.666,95
BILAC – 3.967,78
MIRANDOPOLIS – 4.722,31
GARÇA HSL – 15.711,21
GARÇA MÉDIA – 25.641,83
GARÇA UTI BRANCA – 4.674,26
GARÇA COVID – 2.256,43
MOGI – 14.402,12
FERRAZ – 12.445,81
MANDAQUI – 4.046,33
VILA PENTEADO – 315,51
UTI COVID PROMISSÃO – 95,47

99.369,28

VALOR INSS 106.866,21 – Ded. Salário Maternidade 7.496,93 = VALOR DA GUIA 99.369,28

Atenciosamente!

Marcela Garcia

Gerente de Recursos Humanos

AHBB | REDE
SANTA CASA

www.ahbb.org.br

(16) 99628-2273

Convênio Nº 0099/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE 090196
Conjunto Hospitalar do Mandaqui
Natureza de Despesa: Custeio

RELAÇÃO DE BASES DO INSS

Código	Nome do empregado	Base cálculo	Excedente	Ded.sal.mat.13	Deduções	Taxa	Valor
EMPREGADOS							
5313	AGUINALDO ALVES DA COSTA	433,09	0,00	0,00	0,00	7,50	32,48
5429	ALINE DA SILVA OLIVEIRA	378,25	0,00	0,00	0,00	7,50	28,36
5314	ALYSON SILVA GOMES	692,16	0,00	0,00	0,00	7,50	51,91
5470	AMANDA DA COSTA KIMURA	189,20	0,00	0,00	0,00	7,50	14,19
5315	ANA CLEIDE DOS SANTOS	692,16	0,00	0,00	0,00	7,50	51,91
5469	ANA LUCIA RIBEIRO CAVALCANTE	346,08	0,00	0,00	0,00	7,50	25,95
5492	ANDREA GONÇALVES DOS SANTOS	189,20	0,00	0,00	0,00	7,50	14,19
5319	ASHLEY CRISTINA ALMEIDA MARQUES	378,41	0,00	0,00	0,00	7,50	28,38
5320	AURELINA DE JESUS ARAUJO BATISTA	436,20	0,00	0,00	0,00	7,50	32,71
5321	BRUNO PIMENTEL MARCOLINO DOS SANTOS	433,09	0,00	0,00	0,00	7,50	32,48
5322	CAMILA OLIVEIRA AMORIM DOS SANTOS	433,09	0,00	0,00	0,00	7,50	32,48
5323	CARLA CRISTINA DE PAULA MARCIANO	378,41	0,00	0,00	0,00	7,50	28,38
5326	CLAUDIA CRISTINA DO PRADO CARANICOLOV	692,16	0,00	0,00	0,00	7,50	51,91
5440	CLAUDIA REGINA RIBEIRO	433,09	0,00	0,00	0,00	7,50	32,48
5328	CLAUDIANE DOS SANTOS PEREIRA	378,41	0,00	0,00	0,00	7,50	28,38
5441	CRISTINA ANDRADE BONFIM	692,16	0,00	0,00	0,00	7,50	51,91
5329	CRISTINA MACHADO DE BRITO	378,41	0,00	0,00	0,00	7,50	28,38
5330	DAIANE GONCALVES MARTINS	378,41	0,00	0,00	0,00	7,50	28,38
5331	DANIEL DE SOUZA FERNANDES	378,41	0,00	0,00	0,00	7,50	28,38
5332	DANIELA LEANDRO	777,97	0,00	0,00	0,00	7,50	58,34
5333	DANIEVERTON SOUZA COLOMBO	378,41	0,00	0,00	0,00	7,50	28,38
5449	DAVID FELIX DA SILVA	378,41	0,00	0,00	0,00	7,50	28,38
5334	DEBORA ESTER CARRIEL MENDES NUNES	797,04	0,00	0,00	0,00	7,50	59,77
5505	DENISE DE SOUZA PEREIRA	189,20	0,00	0,00	0,00	7,50	14,19
5335	DIEGO ROBERTO MACHADO	797,04	0,00	0,00	0,00	7,50	59,77
5499	DIEGO SOUSA PINTO DE ALMEIDA	189,20	0,00	0,00	0,00	7,50	14,19
5336	DIVANIA ROCHA DOS SANYOS MENEZES	378,41	0,00	0,00	0,00	7,50	28,38
5337	DOUGLAS ROBERTO SILVA DOS SANTOS	387,73	0,00	0,00	0,00	7,50	29,07
5338	DUCILEIDE LOPO DA SILVA	378,41	0,00	0,00	0,00	7,50	28,38
5339	EDERSON ALVES DE SOUZA	434,95	0,00	0,00	0,00	7,50	32,62
5491	EDNA SANTOS DE SOUZA	346,08	0,00	0,00	0,00	7,50	25,95
5341	ELENI MARCIA SANTOS CARDIM	378,41	0,00	0,00	0,00	7,50	28,38
5342	ELIELMA CARVALHO LIMA	438,06	0,00	0,00	0,00	7,50	32,85
5343	ELISABETH DE SOUZA FELINTO	433,09	0,00	0,00	0,00	7,50	32,48
5344	ELISANGELA DE FATIMA SANTOS AMORIM DO BONFIM	692,16	0,00	0,00	0,00	7,50	51,91
5347	ESTER KETLYN DA SILVA GOMES DA CONCEICAO	378,41	0,00	0,00	0,00	7,50	28,38
5506	FABIANA DE AZEVEDO GARCIA DOS SANTOS	189,20	0,00	0,00	0,00	7,50	14,19
5450	FERNANDA DOS SANTOS SOARES DEVAI	378,41	0,00	0,00	0,00	7,50	28,38
5471	FLAVIA CRISTINA DA SILVA	189,20	0,00	0,00	0,00	7,50	14,19
5348	FRANCIVALDA DE SOUSA SILVEIRA	378,41	0,00	0,00	0,00	7,50	28,38
5349	GABRIEL LIMA DE JESUS CARVALHO	378,41	0,00	0,00	0,00	7,50	28,38
5350	GERALDO FREITAS NASCIMENTO FILHO	438,06	0,00	0,00	0,00	7,50	32,85
5351	GICELI MEDINA RODRIGUES	787,51	0,00	0,00	0,00	7,50	59,06
5468	GILCELIO PEREIRA DA SILVA	189,20	0,00	0,00	0,00	7,50	14,19
5458	GIOVANA VIVIANE DUARTE	328,91	0,00	0,00	0,00	7,50	24,66
5353	GISELE CRISTINA TEOBALDINO DOS SANTOS	378,41	0,00	0,00	0,00	7,50	28,38
5354	GRAZIELA CINTIA CARVALHO DOS REIS	378,41	0,00	0,00	0,00	7,50	28,38
5355	GRAZIELLA SOARES DUARTE	427,06	0,00	0,00	0,00	7,50	32,02
5504	GUSTAVO MORI BENEVIDES	346,08	0,00	0,00	0,00	7,50	25,95
5472	HELEN KARINA GALDINO CORREA	189,20	0,00	0,00	0,00	7,50	14,19
5382	HIRIS FINAMOR	378,41	0,00	0,00	0,00	7,50	28,38
5356	HUMBERTO GOMES MICHELLE	438,06	0,00	0,00	0,00	7,50	32,85
5357	IARA APARECIDA RODRIGUES	433,09	0,00	0,00	0,00	7,50	32,48
5359	IRANI CARVALHO VENTURA	438,06	0,00	0,00	0,00	7,50	32,85
5360	ISA REIS LIMA	378,41	0,00	0,00	0,00	7,50	28,38
5361	ISABELLY RIBEIRO DE SOUZA	426,88	0,00	0,00	0,00	7,50	32,01
5473	JAQUELINE FERNANDES DIAS	346,08	0,00	0,00	0,00	7,50	25,95
5363	JENIFER SANTOS MARCOS RODRIGUES	378,41	0,00	0,00	0,00	7,50	28,38
5364	JESSICA ARANIBAR FIGUEROA	378,41	0,00	0,00	0,00	7,50	28,38
5366	JOAO CARLOS DA COSTA	378,41	0,00	0,00	0,00	7,50	28,38
5515	JOAO PAULO MARSOLA	189,20	0,00	0,00	0,00	7,50	14,19
5368	JOEL MATEUS DA CONCEIÇÃO SILVA	378,41	0,00	0,00	0,00	7,50	28,38
5370	JOSE RAIMUNDO DOS SANTOS	433,09	0,00	0,00	0,00	7,50	32,48
5438	JOSE SERAFIM ARAUJO NETO	378,41	0,00	0,00	0,00	7,50	28,38
5474	JUCINEIDE SANTOS GONÇALVES	189,20	0,00	0,00	0,00	7,50	14,19
5372	JULIANA BARBOSA CAMPOS	797,04	0,00	0,00	0,00	7,50	59,77
5497	JULIANA MARIA TAVARES SIMOES	189,20	0,00	0,00	0,00	7,50	14,19
5485	JULIANA ROCHA SANTOS	346,08	0,00	0,00	0,00	7,50	25,95

Convênio N.º 0099/2021
 de Financiamento: 0,00
 Secretaria de Estado de Saúde - UGE 0106
 Conjunto Hospitalar do Manduca
 Natureza de Despesa: Custeio

PJ: 45.349.461/0015-08
Código: 13o Integral
Competência: 12/2021

Emissão: 08/06/2022
Horas: 14:21:04

RELAÇÃO DE BASES DO INSS

Código	Nome do empregado	Base cálculo	Excedente	Ded.sal.mat.13	Deduções	Taxa	Valor
PREGADOS							
5456	JUNIOR MOURISQUI DA SILVA	328,91	0,00	0,00	0,00	7,50	24,66
5374	KAIQUE STINGLIN OLIVEIRA	378,41	0,00	0,00	0,00	7,50	28,38
5375	KARLA JEANNE DA SILVA ALENCAR	378,41	0,00	0,00	0,00	7,50	28,38
5376	KETLYN EMELY RAMOS DOMICIANO	378,41	0,00	0,00	0,00	7,50	28,38
5377	LAIS FERNANDES ESCOBAR DE ALMEIDA	378,41	0,00	0,00	0,00	7,50	28,38
5379	LARISSA DA SILVA MORAIS	378,41	0,00	0,00	0,00	7,50	28,38
5502	LEANDRO AUGUSTO DE SOUZA SILVA	170,87	0,00	0,00	0,00	7,50	12,81
5365	LEANDRO GOMES DE LIMA	378,41	0,00	0,00	0,00	7,50	28,38
5380	LETÍCIA SILVA RIBEIRO	692,16	0,00	0,00	0,00	7,50	51,91
5383	LUCIANA CORREA	378,41	0,00	0,00	0,00	7,50	28,38
5387	MAICON FLAVIO RIVEIRA	421,91	0,00	0,00	0,00	7,50	31,64
5389	MANUELA MARILIA DA SILVA OLIVEIRA	430,60	0,00	0,00	0,00	7,50	32,29
5378	MARCOS FERNANDES DA SILVA	1.286,67	0,00	0,00	0,00	7,72	99,30
5390	MARIA ANA DA SILVA	436,30	0,00	0,00	0,00	7,50	32,72
5498	MARIA JOSE BEZERRA SANTOS	189,20	0,00	0,00	0,00	7,50	14,19
5392	MARIA JOSE CARDOSO DA SILVA	428,84	0,00	0,00	0,00	7,50	32,16
5394	MARLENE APARECIDA SERCL EVARISTO	806,57	0,00	0,00	0,00	7,50	60,49
5395	MAURO DA SILVA GOMES	430,60	0,00	0,00	0,00	7,50	32,29
5475	MAYARA CRISTINA SILVA GUEDES	189,20	0,00	0,00	0,00	7,50	14,19
5500	MIKAELLA RAYANE DE SOUZA RAMOS	189,20	0,00	0,00	0,00	7,50	14,19
5436	NATALIA DE LIMA SILVA	378,41	0,00	0,00	0,00	7,50	28,38
5398	NATHALIA FERNANDA PRADO BOLE	378,41	0,00	0,00	0,00	7,50	28,38
5399	NICOLAS APOLLO SANTOS ARAUJO	428,12	0,00	0,00	0,00	7,50	32,10
5400	PABLO DAMIAO CICERO DE LIMA	430,60	0,00	0,00	0,00	7,50	32,29
5437	PALOMA DA SILVA PEREIRA	428,12	0,00	0,00	0,00	7,50	32,10
5401	PEDRO PAULO DE JESUS MACEDO	692,16	0,00	0,00	0,00	7,50	51,91
5340	RAIZA RODRIGUES DA SILVA	378,41	0,00	0,00	0,00	7,50	28,38
5381	RANDAL FAQUINI ALVES	438,06	0,00	0,00	0,00	7,50	32,85
5402	RAQUEL SANTOS MARCOS GONSAGA	378,41	0,00	0,00	0,00	7,50	28,38
5403	RENATA BATISTA LEAL	378,41	0,00	0,00	0,00	7,50	28,38
5466	RENATA CARLA SIQUEIRA	346,08	0,00	0,00	0,00	7,50	25,95
5404	RENATA CRISTINA DUARTE	378,41	0,00	0,00	0,00	7,50	28,38
5432	RENATA TELES DOS SANTOS	328,91	0,00	0,00	0,00	7,50	24,66
5405	RICARDO LUIZ DO ESPIRITO SANTO DOS SANTOS	378,41	0,00	0,00	0,00	7,50	28,38
5393	RITA DE CASSIA SOUZA	428,12	0,00	0,00	0,00	7,50	32,10
5442	RITA SAMARA DE ARAUJO ALVES	378,41	0,00	0,00	0,00	7,50	28,38
5406	RITCHIE RENATO JUVÊNCIO TEIXEIRA	692,16	0,00	0,00	0,00	7,50	51,91
5407	ROGÉRIO LUIZ DA SILVA	378,41	0,00	0,00	0,00	7,50	28,38
5433	ROSANA DE JESUS CARMO	328,91	0,00	0,00	0,00	7,50	24,66
5409	ROSENILDA GOMES DE CARVALHO SILVA	433,09	0,00	0,00	0,00	7,50	32,48
5411	ROSENILDE APARECIDA DALECIO	433,09	0,00	0,00	0,00	7,50	32,48
5412	SAMANTA GREGORIO UCHAIME	430,70	0,00	0,00	0,00	7,50	32,30
5413	SANDRA ROSA JORGE DOS SANTOS	433,09	0,00	0,00	0,00	7,50	32,48
5414	SHEYLA NOBRES DOS SANTOS VIANA	692,16	0,00	0,00	0,00	7,50	51,91
5415	SUELEN SILVA DOS SANTOS	433,09	0,00	0,00	0,00	7,50	32,48
5416	SUELLEN TAMIRES DA ROCHA CORREIA	378,41	0,00	0,00	0,00	7,50	28,38
5439	TATIANE DIAS DA ROCHA	433,09	0,00	0,00	0,00	7,50	32,48
5417	TATIANE RENATA DOS SANTOS TAVARES	438,06	0,00	0,00	0,00	7,50	32,85
5457	THAYOHANNA BEATRIZ MONTEIRO GUEDES	328,91	0,00	0,00	0,00	7,50	24,66
5419	TIAGO DA SILVA PINHO	432,47	0,00	0,00	0,00	7,50	32,43
5420	TOBIAS BENJAMIN GUEDES	378,41	0,00	0,00	0,00	7,50	28,38
5421	VAGNER GONÇALVES DOS SANTOS	433,09	0,00	0,00	0,00	7,50	32,48
5514	VALDINEIA CABRAL DE SOUSA	189,20	0,00	0,00	0,00	7,50	14,19
5422	VALDIRA DE LIMA DA HORA SILVA	378,41	0,00	0,00	0,00	7,50	28,38
5501	VALÉRIA ALEXANDRA DA PENHA RODRIGUES	189,20	0,00	0,00	0,00	7,50	14,19
5423	VALERIA NASCIMENTO DE MENEZES COSTA	378,41	0,00	0,00	0,00	7,50	28,38
5424	VANESSA DE CASSIA MATIAS CORREA SANTOS	378,41	0,00	0,00	0,00	7,50	28,38
5425	VANESSA LIMA DOS SANTOS FRANCO	433,09	0,00	0,00	0,00	7,50	32,48
5426	VERONICA OLIVEIRA FARIAS	430,60	0,00	0,00	0,00	7,50	32,29
5477	VITORIA RUFINO SERAFIAN	346,08	0,00	0,00	0,00	7,50	25,95
5427	VIVIANE GRACES DA SILVA MENDES	378,41	0,00	0,00	0,00	7,50	28,38
5428	VLADIMIR SILVA DE ALMEIDA	438,06	0,00	0,00	0,00	7,50	32,85
5478	WAGNER APARECIDO DA SILVA	189,20	0,00	0,00	0,00	7,50	14,19
Empregados: 131 Total: 53.918,25 0,00 0,00 0,00 4.046,33							
Contribuintes: 0 Total: 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00							
Total: 131 Total: 53.918,25 0,00 0,00 0,00 4.046,33							

Comprov. N° 0099/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE 00196
Conjunto Hospitalar do Mandacari
Natureza de Despesa: Custeio

RELAÇÃO DE BASES DO INSS

Código	Nome do empregado	Base cálculo	Excedente	Ded.sal.mat.13	Deduções	Taxa	Valor			
Resumo Geral das bases de INSS										
Total		Base cálculo	Excedente	Segurados	Contribuintes	RAT	Empresa	Deduções	Terceiros	Total
		53.918,25	0,00	4.046,33	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	4.046,33

28/04/2022 - BANCO DO BRASIL - 16:03:34
306203062 SEGUNDA VIA 0025
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: ASSOC HOSP B BRASIL
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.511-4
=====

DATA DA TRANSFERENCIA	28/04/2022
NR. DOCUMENTO	556.790.000.000.227
VALOR TOTAL	32.733,90

***** TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL	
AGENCIA: 6790-3	CONTA: 227-5
NR. DOCUMENTO	553.062.000.036.511

=====

NR. AUTENTICACAO	7.EA3.36B.4A3.38B.954
------------------	-----------------------

Convênio Nº 0099/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE 090196
Conjunto Hospitalar do Mandaqui
Natureza de Despesa: Custeio

**Receita Federal****Documento de Arrecadação
de Receitas Federais**CNPJ
45.349.461/0001-02Razão Social
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASILPeríodo de Apuração
Dezembro/2021Data de Vencimento
20/01/2022Número do Documento
07.16.22116.3711778-5

Pagar este documento até

29/04/2022Observações
Nº Recibo Declaração: 50000040312685

Valor Total do Documento

251.275,01**Composição do Documento de Arrecadação**

Código	Denominação	Principal	Multa	Juros	Total
1082	CONTR PREV DESCONTA SEGURADO-EMPREGADO/AVULSO	204.804,41	40.960,88	5.509,23	251.274,52
	01 CP SEGURADOS - EMPREGADOS/AVULSO				
	PA:12/2021 Vencimento:20/01/2022				
1099	CP SEGURADOS - CONTRIBUINTES INDIVIDUAIS - 20	0,40	0,08	0,01	0,49
	02 CP SEGURADOS - CONTRIBUINTES INDIVIDUAIS - 20%				
	PA:12/2021 Vencimento:20/01/2022				
	Totais	204.804,81	40.960,96	5.509,24	251.275,01

Convênio Nº 0099/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE 090196
Conjunto Hospitalar do Mandaqui
Natureza de Despesa: Custeio

SENDA (Versão:5.0.9)

Página: 1/1

26/04/2022 08:33:12

85880002512 4 75010385221 3 19071622116 2 37117785623 6

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA**Documento de Arrecadação de Receitas Federais**

85880002512 4 75010385221 3 19071622116 2 37117785623 6



CNPJ: 45.349.461/0001-02
Número: 07.16.22116.3711778-5
Pagar até: 29/04/2022
Valor: 251.275,01

Pague com o PIX



281041
227

Erica Batista

De: Carla Lima Sato <clsato@ahbb.org.br>
Enviado em: terça-feira, 22 de março de 2022 12:12
Para: 'Erica Batista'
Assunto: ENC: INSS COMPETÊNCIA 12/2021
Anexos: DIFERENÇAS INSS 12-2021.pdf; DeclaracaoCompleta_45349461000102_122021_40_.pdf; Recibo_45349461000102_122021_40_0000050000040312685.pdf; GUIA INSS COMP 12-2021.pdf

AHBB | REDE
SANTA CASA

Carla Lima Sato
Financeiro
Rua Padre Teixeira, 2146
Centro, São Carlos/SP – 16.560-210
Fone: (16) 3374-8438 Cel.: 99777-4775

De: ger.rh@ahbb.org.br [mailto:ger.rh@ahbb.org.br]
Enviada em: terça-feira, 22 de março de 2022 10:38
Para: 'Juliana Valentim' <jvalentim@ahbb.org.br>; wgalenti@ahbb.org.br; 'CARLA SATO' <clsato@ahbb.org.br>
Assunto: INSS COMPETÊNCIA 12/2021

Bom dia,

Segue a guia do INSS DA COMPETÊNCIA 12/2021 para pagamento até dia 24/03/2022, em anexo também considerações das diferenças referente a incidências da folha x e social.

Carla favor enviar para pagamento.

Juliana conforme validado não foi efetuado nenhum pagamento na competência 12 referente a INSS

Segue abaixo valores discriminados por unidade:

~~MANDAQUI – 32.523,67 + Diferença de 210,23 a mais no e-social~~ 32.733,90

~~FERRAZ – 27.221,59~~ 27.331,34

~~MOGI – 27.487,59 + Diferença de 204,34 a mais no e-social~~ 27.691,93

~~VILA PENTEADO – 657,03~~

~~PARNAIBA – 754,29~~

~~GARÇA UTI – 7.188,66~~

~~GARÇA UTI COVID – 3.388,72 + Diferença de 128,34 a mais no e-social~~ 3.517,06

~~GARÇA HSL – 24.560,81 + Diferença de 413,29 a mais no e-social~~ 24.974,10

~~GARÇA MÉDIA – 34.274,51 + Diferença de 276,49 a mais no e-social~~ 34.551,00

~~MIRANDOPOLIS – 7.159,30 (Descontamos 38,86 a mais de colaborador)~~ 7.120,44

~~BILAC – 4.971,21~~

~~PROMISSÃO – 8.894,34 (Descontamos 164,29 a mais de colaborador)~~ 8.730,05

~~LEONOR – 5.639,87~~

~~SEDE – 1.555,94~~

~~COMPLEMENTAR GARÇA – 17.417,78~~

~~COMPLEMENTAR FERRAZ – 109,75~~

RESUMO

29/04/2022 - BANCO DO BRASIL - 15:16:58
306203062 SEGUNDA VIA 0012
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: ASSOC HOSP B BRASIL
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.511-4
=====

DATA DA TRANSFERENCIA	29/04/2022
NR. DOCUMENTO	553.062.007.004.231
VALOR TOTAL	925.077,94

***** TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL	
AGENCIA: 3062-7	CONTA: 7.004.231-4
NR. DOCUMENTO	553.062.000.036.511

=====

NR. AUTENTICACAO	B.EE3.64F.FBC.7AE.CA8
------------------	-----------------------

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

Convênio Nº 0099/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE 090196
Conjunto Hospitalar do Mandaqui
Natureza de Despesa: Custeio

29/04/2022 - BANCO DO BRASIL - 14:40:04
306203062 SEGUNDA VIA 0004
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: ASSOC HOSP B BRASIL
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.511-4

=====

DATA DA TRANSFERENCIA	29/04/2022
NR. DOCUMENTO	556.790.000.000.227
VALOR TOTAL	33.093,72

***** TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL
AGENCIA: 6790-3 CONTA: 227-5

NR. DOCUMENTO 553.062.000.036.511
=====

NR. AUTENTICACAO 0.99B.D70.95E.0B5.0ED

Convênio Nº 0099/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE 090196
Conjunto Hospitalar do Mandaqui
Natureza de Despesa: Custeio



Receita Federal

Documento de Arrecadação de Receitas Federais

CNPJ
45.349.461/0001-02

Razão Social
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

Período de Apuração
Janeiro/2022

Data de Vencimento
18/02/2022

Número do Documento
07.16.22116.3714664-5

Pagar este documento até

29/04/2022

Observações

Nº Recibo Declaração: 50000040576334

Valor Total do Documento

188.494,20

Composição do Documento de Arrecadação

Código	Denominação	Principal	Multa	Juros	Total
1082	CONTR PREV DESCONTA SEGURADO-EMPREGADO/AVULSO	154.591,75	30.918,35	2.983,62	188.493,72
	01 CP SEGURADOS - EMPREGADOS/AVULSO				
	PA:01/2022 Vencimento:18/02/2022				
1099	CP SEGURADOS - CONTRIBUINTES INDIVIDUAIS - 20	0,40	0,08		0,48
	02 CP SEGURADOS - CONTRIBUINTES INDIVIDUAIS - 20%				
	PA:01/2022 Vencimento:18/02/2022				
Totais		154.592,15	30.918,43	2.983,62	188.494,20

29/04/2022
225

SENA (Versão:5.0.9)

Página: 1 / 1

26/04/2022 08:34:34

85800001884 0 94200385221 3 19071622116 2 37146645103 0

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Documento de Arrecadação de Receitas Federais

85800001884 0 94200385221 3 19071622116 2 37146645103 0



CNPJ: 45.349.461/0001-02
Número: 07.16.22116.3714664-5
Pagar até: 29/04/2022
Valor: 188.494,20

Pague com o PIX



Convênio Nº 0099/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE 090196
Conjunto Hospitalar do Mandaqui
Natureza de Despesa: Custeio

Erica Batista

De: Carla Lima Sato <clsato@ahbb.org.br>
Enviado em: quinta-feira, 24 de março de 2022 11:48
Para: 'Erica Batista'
Assunto: ENC: GUIA INSS COMPETENCIA 01/2022
Anexos: DeclaracaoCompleta_45349461000102_012022_40_.pdf; Recibo_45349461000102_012022_40_0000050000040576334.pdf; GUIA INSS COMP 01-2022.pdf; DIFERENÇAS INSS 01-2022.pdf

AHBB | REDE
SANTA CASA

Carla Lima Sato
Financeiro
Rua Padre Teixeira, 2146
Centro, São Carlos/SP – 16.560-210
Fone: (16) 3374-8438 Cel.: 99777-4775

De: ger.rh@ahbb.org.br [mailto:ger.rh@ahbb.org.br]
Enviada em: quarta-feira, 23 de março de 2022 21:50
Para: 'Juliana Valentim' <jvalentim@ahbb.org.br>; 'Wagner Galenti - AHBB' <wgalenti@ahbb.org.br>; 'Carla Lima Sato' <clsato@ahbb.org.br>
Assunto: GUIA INSS COMPETENCIA 01/2022

Boa noite, segue a Guia de Inss da competência 01/2022 para pagamento até 28/03/2022

As únicas diferenças que tivemos na folha foi desconto maior na folha para dois colaboradores, porém a edição da Darf não me permitiu recolher valor maior que o e-social gerou.
Carla favor enviar para pagamento

Segue valores por projeto:

~~BAURU – 2.437,87~~
~~GUAÍÇARA – 234,27~~
~~SEDE – 1.442,90~~
~~LEONOR – 5.983,17~~
~~PROMISSÃO – 9.157,92~~
~~BILAC – 5.455,29 – (Dedução salário maternidade 312,39) = 5.142,90~~
~~MIRANDÓPOLIS – 7.695,67 – (Dedução salário maternidade 338,82) = 7.356,85~~
~~GARÇA HSL – 26.347,50 – (Dedução salário maternidade 2.070,71) = 24.276,79~~
~~GARÇA MÉDIA – 34.951,97 – (Dedução salário maternidade 1.601,20) = 33.350,77~~
~~GARÇA UTI – 6.631,60~~
~~PARNAIBA – 38,74~~
~~PROMISSÃO COVID – 86,15~~
~~FERRAZ – 25.821,32~~ 3000,90
~~MANDAQUI – 33.155,65 – (Dedução salário maternidade 61,93) = 33.093,72~~

155.054,97

RESUMO

INSS FOLHA 159.439,82 – Dedução de 4.385,05
INSS E-SOCIAL 158.977,20 – Dedução de 4.385,05

Convênio N° 0099/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE 090136
Conjunto Hospitalar do Mandaqui
Natureza de Despesa: Custeio

29/04/2022 - BANCO DO BRASIL - 14:40:04
306203062 SEGUNDA VIA 0010
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: ASSOC HOSP B BRASIL
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.511-4
=====

DATA DA TRANSFERENCIA	29/04/2022
NR. DOCUMENTO	556.790.000.000.227
VALOR TOTAL	32.319,21

***** TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL
AGENCIA: 6790-3 CONTA: 227-5
NR. DOCUMENTO 553.062.000.036.511
=====

NR. AUTENTICACAO	E.668.C4B.EB6.F8C.7F6
------------------	-----------------------

Convênio Nº 0099/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE 090196
Conjunto Hospitalar do Mandaqui
Natureza de Despesa: Custeio

CNPJ
45.349.461/0001-02Razão Social
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASILPeríodo de Apuração
Fevereiro/2022Data de Vencimento
18/03/2022Número do Documento
07.16.22116.3716975-0Pagar este documento até
29/04/2022Observações
Nº Recibo-Declaração: 50000040767696Valor Total do Documento
213.149,96**Composição do Documento de Arrecadação**

Código	Denominação	Principal	Multa	Juros	Total
1082	CONTR PREV DESCONTA SEGURADO-EMPREGADO/AVULSO	186.622,21	24.634,13	1.866,22	213.122,56
	01 CP SEGURADOS - EMPREGADOS/AVULSO				
	PA:02/2022 Vencimento:18/03/2022				
1099	CP SEGURADOS - CONTRIBUINTES INDIVIDUAIS - 20	24,00	3,16	0,24	27,40
	02 CP SEGURADOS - CONTRIBUINTES INDIVIDUAIS - 20%				
	PA:02/2022 Vencimento:18/03/2022				
Totais		186.646,21	24.637,29	1.866,46	213.149,96

29/04/2022
925

Documento de Arrecadação de Receitas Federais

85860002131 1 49960385221 6 19071622116 2 37169750326 5

CNPJ: 45.349.461/0001-02

Número: 07.16.22116.3716975-0

Pagar até: 29/04/2022

Valor: 213.149,96

Pague com o PIX



Convênio Nº 0099/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE 090196
Conjunto Hospitalar do Mandaqui
Natureza de Despesa: Custeio

Carla Lima Sato

De: ger.rh@ahbb.org.br
Enviado em: quinta-feira, 31 de março de 2022 11:53
Para: 'Carla Lima Sato'
Cc: 'Wagner Galenti - AHBB'
Assunto: GUIA INSS COMPT 02/2022
Anexos: GUIA INSS 02-2022.pdf

Bom dia Carla segue valor de INSS a pagar de Fevereiro de 2022 discriminados conforme abaixo por projeto

~~MANDAQUI - 32.319,21~~ 965
~~FERRAZ - 25.882,30~~ 956
GARÇA HSL - 25.998,94
GARÇA MÉDIA - 32.068,99
GARÇA UTI BRANCA - 7.233,49
~~MIRANDOPOLIS - 7.172,02~~ 902
~~BILAC - 5.594,22~~
~~PROMISSÃO - 8.988,13~~ 302
~~LEONOR - 6.038,59~~ 401
* SEDE - 1218,10
~~GUAICARA - 780,75~~ 340
~~CAMPINAS - 6.712,97~~ 217
~~BAURU - 26.615,00~~ 315

186.622,71

Atenciosamente!

Marcela Garcia
Gerente de Recursos Humanos

AHBB | REDE
SANTA CASA

www.ahbb.org.br

(16) 99628-2273

Rua Padre Teixeira, 2146
Centro - São Carlos - SP