

# Prestação de Contas

## Agosto

## 2021

## 2/2

Convênio nº 107/2017  
Termo aditivo nº 00002/2020

# Mirandópolis

Convênio nº 107/2017  
Fonte de Recurso Estadual  
Termo Aditivo nº 00002/2020  
Secretaria do Estado da Saúde  
UGE: 09019G - Hospital Estadual  
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis  
Tipo de Despesa: Custeio

[www.ahbb.org.br](http://www.ahbb.org.br)

[contato@ahbb.org.br](mailto:contato@ahbb.org.br)

14 3532 5198

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

05/09/2021 - BANCO DO BRASIL - 15:55:16  
679006790 0004

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO DO BRASIL

00190000090330884110900045027174387110000176875

BENEFICIARIO:

DUPATRI H C I EXPORTACAO LTDA

NOME FANTASIA:

DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IMPORTA

CNPJ: 04.027.894/0001-64

PAGADOR:

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEF DO BRAS

CNPJ: 45.349.461/0001-02

=====

NR. DOCUMENTO 80.911

NOSSO NUMERO 33088411000045027

CONVENIO 03308841

DATA DE VENCIMENTO 13/08/2021

DATA DO PAGAMENTO 09/08/2021

VALOR DO DOCUMENTO 1.768,75

VALOR COBRADO 1.768,75

=====

NR.AUTENTICACAO C.130.2DF.898.08C.177

=====

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

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

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

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

Convênio nº 107/2017  
Fonte de Recurso Estadual  
Termo Aditivo nº 00002/2020  
Secretaria do Estado da Saúde  
UGE: 090195 - Hospital Estadual  
Dr. Oswaldo Grandi Faria de Mirandópolis  
Tipo de Despesa: Custeio

N

**DUPATRI HOSPITALAR  
COMERCIO IMPORTACAO E  
EXPORTACAO LTDA**

DOCUMENTO AUXILIAR  
DA NOTA FISCAL  
ELETRONICA



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

0-ENTRADA  
1-SAIDA

1

Nº 193364  
SERIE 1  
FOLHA 1/1

CHAVE DE ACESSO  
135210704 0278 9400 0750 5500 1000 1933 6410 0116 8085

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e [www.nfe.fazenda.gov.br/portal](http://www.nfe.fazenda.gov.br/portal)  
ou no site da Sefaz Autorizadora

NATUREZA DA OPERAÇÃO  
VENDA MERC. ADQ. REC. TERCEIROS

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO  
135210795079455 14/07/2021 19:50:42

INSCRIÇÃO ESTADUAL  
671.392.680.115

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO

NPJ  
.027.894/0007-50

DESTINATÁRIO / REMETENTE

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

CNPJ/CPF  
45.349.461/0001-02

DATA DA EMISSÃO  
14/07/2021

ENDEREÇO  
AV JOSÉ ARIANO RODRIGUES, 303

BAIRRO/DISTRITO  
JARDIM ARIANO

CEP  
16400-400

DATA ENTRADA/SAÍDA  
14/07/2021

MUNICÍPIO  
LINS

FONE/FAX  
1435325198

UF  
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA  
19:26

FATURA / DUPLICATA

001	13/08/2021	1.768,75	002	12/09/2021	1.768,75
-----	------------	----------	-----	------------	----------

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
3.537,50	636,75	0,00	0,00	3.537,50
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI
0,00	0,00		0,00	0,00
				VALOR TOTAL DA NOTA
				3.537,50

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL  
PVN - RIBEIRAO PRETO (63)

FRETE POR CONTA  
D - DO EMITENTE

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ/CPF

ENDEREÇO  
RUA SÃO PAULO, 41

MUNICÍPIO  
SANTOS

UF  
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL  
633751854115

QUANTIDADE

ESPÉCIE

MARCA

NÚMERO

PESO BRUTO

PESO LÍQUIDO

1 CAIXAS

4,16

4,16

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇOS	NCM/CH	CST	CFOP	UND.	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL ICMS	AL IPI
52008	CISATRACURIO 10MG 10/5ML (I) - BLAU GEL (Lote: 210406XA, Qtde: 10, Dt Val: 05/- 04/2023 ,Data Fab: 06/04/2021)	30049069	300	5102	CX	10	353,7500	3.537,50	3.537,50	636,75		18,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

RECLAMAÇÕES DE MERCADORIAS COM NO MAXIMO DE 48HORAS APOS A ENTREGA  
MIRANOPOLIS - DUPATRI ENTREGAR DR RAUL DA CUNHA BUENO 585 JD SANTA ROSA MIRANOPOLIS  
SP/UTI MIRANOPOLIS CONV 0107/2017 AC/ LAIS  
ITEM 1 ALIQUOTA ZERO PIS/COFINS,CP.ART.2 DA LEI 10.147/00  
VALOR APROX. TRIBUTOS, R\$ 636,75, Federal, R\$ 0,00, Estadual, R\$ 636,75  
Pedido: 216789  
Representante: REGIAO SJRP - (VAGO)  
Representante: REGIAO SJRP - (VAGO)  
OS PRODUTOS CLASSIFICADOS COM: A-1 / A-2 / B-1 / B-2 / C-1 / C-2 / C-4 / C-5 / C-3  
ENQUADRAM-SE NA PORT. 344/98

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS

RECEBIDO 15/07/2021

ASS.

Convênio 0107/2017  
Fonte de Recurso Estadual  
Termo Aditivo nº 00002/2020  
Secretaria do Estado da Saúde  
UGE: 090155 - Hospital Estadual  
Dr. Cassilda Brandi Lima de Miranda  
Tipo de Despesa: Custeio

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
05/09/2021 - AUTOATENDIMENTO - 15.55.17  
6790306790 SEGUNDA VIA 0003

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA  
COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL

AGENCIA: 6790-3 CONTA: 211-9

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA

REMETENTE : ASSOCIACAO H B DO BRASIL

BANCO: 341 - ITAU UNIBANCO S.A.

AGENCIA: 0049-3 - SAO CARLOS SP

CONTA: 59.420-3

FAVORECIDO: TH ENGENHARIA CLINICA HOSPITALAR LT

CPF/CNPJ: 42.160.334/0001-72

VALOR: R\$ 3.630,83


DEBITO EM: 11/08/2021

=====

DOCUMENTO: 081101

AUTENTICACAO SISBB: 0.E2F.263.05B.5D8.07A

Convênio nº 107/2017  
Fonte de Recurso Estadual  
Termo Aditivo nº 0002/2020  
Secretaria do Estado da Saúde  
UGE: 090196 - Hospital Estadual  
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis  
Tipo de Despesa: Custeio

 <b>PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO</b> <b>SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA</b> <b>NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFS-e</b> 20210809u42160334000172	Número da Nota <b>0000059</b>			
	Data e Hora de Emissão <b>09/08/2021 14:58:18</b> Código de Verificação <b>E826-TK4L</b>			
<b>PRESTADOR DE SERVIÇOS</b>				
CPF/CNPJ: <b>42.160.334/0001-72</b> Nome/Razão Social: <b>TH ENGENHARIA CLINICA HOSPITALAR LTDA</b> Endereço: <b>AV PAULISTA 1766, ANDAR 7 - BELA VISTA - CEP: 01311-930</b> Município: <b>São Paulo</b>	Inscrição Municipal: <b>6.958.531-8</b> UF: <b>SP</b>			
<b>TOMADOR DE SERVIÇOS</b>				
Nome/Razão Social: <b>ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL</b> CPF/CNPJ: <b>45.349.461/0001-02</b> Endereço: <b>ES AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303, SALA 03 - JARDIM ARIANO - CEP: 16400-400</b> Município: <b>Lins</b>				
Inscrição Municipal: <b>----</b> UF: <b>SP</b> E-mail: <b>contabilidade@ahbb.org.br</b>				
<b>INTERMEDIÁRIO DE SERVIÇOS</b>				
CPF/CNPJ: <b>----</b> Nome/Razão Social: <b>----</b>				
<b>DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS</b>				
Serviços Prestados de Gerenciamento, operacionalização, montagem, reparo, manutenção e controle de máquinas e equipamentos hospitalar em 10 (dez) leitos de Unidade de Terapia Intensiva Geral Adulto Tipo II - Hospital Estadual "Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis.				
Termo Aditivo 0002/2020 ao Convênio 0107/2017.				
Período 01/07/2021 a 31/07/2021.				
<b>VALOR TOTAL DO SERVIÇO = R\$ 3.630,83</b>				
INSS (R\$)	IRRF (R\$)	CSLL (R\$)	COFINS (R\$)	PIS/PASEP (R\$)
-	-	-	-	-
Código do Serviço				
<b>07498 - Conserto, restauração, manutenção e conservação de máquinas, equipamentos, elevadores e congêneres.</b>				
Valor Total das Deduções (R\$)	Base de Cálculo (R\$)	Aliquota (%)	Valor do ISS (R\$)	Crédito (R\$)
<b>0,00</b>	*	*	*	<b>0,00</b>
Município da Prestação do Serviço		Número Inscrição da Obra	Valor Aproximado dos Tributos / Fonte	
-		-	-	
<b>OUTRAS INFORMAÇÕES</b>				
(1) Esta NFS-e foi emitida com respaldo na Lei nº 14.097/2005; (2) Documento emitido por ME ou EPP optante pelo Simples Nacional;				

11 p81  
211

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
05/09/2021 - AUTOATENDIMENTO - 15.55.17  
6790306790 SEGUNDA VIA 0005

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA  
COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL  
CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL  
AGENCIA: 6790-3 CONTA: 211-9

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA  
REMETENTE : ASSOCIACAO H B DO BRASIL  
BANCO: 077 - BANCO INTER  
AGENCIA: 0001-9 - MATRIZ  
CONTA: 5.493.384-6

FAVORECIDO: KATAOKA SERVICOS DE FISIOTERAPIA LT  
CPF/CNPJ: 33.433.450/0001-27  
VALOR: R\$ 28.000,00  
DEBITO EM: 11/08/2021

=====

DOCUMENTO: 081102  
AUTENTICACAO SISBB: E.FC1.0A6.0B2.766.380

11/08



**Prefeitura do Município de Jahu**  
Prefeitura do Município de Jahu  
**Nota Fiscal Eletrônica de Serviços - NF-e**

Número da Nota/Série  
81/NFE  
Data e Hora de Emissão  
05/08/2021 17:22:26  
Código de Verificação  
EB9059661913813D024D  
Página 1 / 1

**PRESTADOR ENQUADRADO NO REGIME DE ISS FIXO**

CNPJ : 33.433.450/0001-27 IE: IM: 56692  
Razão Social: KATAOKA E PEREZ SERVICOS DE FISIOTERAPIA LTDA ME  
Endereço : Rua Eletricista Manuel Martins - Num: 97  
Bairro : Jardim Novo Horizonte - CEP: 17.209-830  
Município : JAU - SP Celular: (14)99791-2301  
E-mail : fiscal@jrmartins.com.br

Dados da Nota

**TOMADOR**



CNPJ : 45.349.461/0001-02 IE: IM:  
Razão Social: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL  
Endereço : AVENIDA JOSE ARIANO RODRIGUES - Num: 303 - SALA 03  
Bairro : JARDIM ARIANO - CEP: 16.400-400  
Município : LINS - SP  
E-mail : contabilidade2@ahbb.org.br

**Local de Prestação de Serviço**

Endereço : AVENIDA DOUTOR RAUL DA CUNHA BUENO - Num: 585. Bairro: CENTRO - CEP: 16.800-000  
Município : MIRANDOPOLIS - SP

**Discriminação do Serviço**

SERVIÇOS DE FISIOTERAPIA PRESTADOS NO MÊS DE JULHO/2021.

**Dedução / Outras Informações**

**VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 28.000,00**

Código do Serviço: 04.08 - TERAPIA OCUPACIONAL, FISIOTERAPIA E FONOAUDIOLOGIA

Deduções (R\$)	Base de Cálculo (R\$)	Alíquota (%)	Valor do ISS (R\$)	ISS Retido na Fonte (R\$)
0,00	28.000,00	0,00	0,00	0,00

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

**Outras Informações**

- Contribuinte sujeito à tributação fixa do ISS
- Valor aproximado de Tributos: Federal:4.365,20 (15,59%)

Recebi(emos) de KATAOKA E PEREZ SERVICOS DE FISIOTERAPIA LTDA ME os serviços constantes na Nota Fiscal Eletrônica ao lado.

Data

Identificação do Recebedor

Dados que identificam a nota

Número da Nota  
81/NFE  
Emissão  
05/08/2021 17:22:26  
Código de verificação  
EB9059661913813D024D



Convênio nº 107/2017  
Fonte de Recurso Estadual  
Termo Aditivo nº 00002/2020  
Secretaria do Estado da Saúde  
UGE: 090196 - Hospital Estadual  
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis  
Tipo de Despesa: Custeio

11/08  
011

05/09/2021 - BANCO DO BRASIL - 15:55:17  
679006790 0002

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

ITAU UNIBANCO S.A.

34191090080370591055642336350006387130000400000

BENEFICIARIO:

ANBIOTON IMPORTADORA LTDA

NOME FANTASIA:

ANBIOTON IMPORTADORA LTDA

CNPJ: 11.260.846/0001-87

BENEFICIARIO FINAL:

ANBIOTON IMPORTADORA LTDA

CNPJ: 11.260.846/0001-87

PAGADOR:

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICE

CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO 81.601  
DATA DE VENCIMENTO 15/08/2021  
DATA DO PAGAMENTO 16/08/2021  
VALOR DO DOCUMENTO 4.000,00  
VALOR COBRADO 4.000,00

NR.AUTENTICACAO 3.DA6.2E3.82B.C2D.227

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

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

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

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



**Anbioton****Identificação do emitente**  
**ANBIOTON IMPORTADORA LTD**A  
AV AMANCIO GAIOLLI 426  
Complemento: GALPAO 2 - MODULO 2AGUA CHATA Cep:07251-250  
GUARULHOS/SP  
Fone: 55114372982**DANFE**DOCUMENTO AUXILIAR DA  
NOTA FISCAL ELETRÔNICA  
0-ENTRADA  
1-SAÍDAN. 000144858  
SÉRIE 1  
FOLHA 01/01**CHAVE DE ACESSO DA NF-E**  
3521 0711 2608 4600 0187 5500 1000 1448 5815 8040 1808Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e  
www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da SEFAZ AutorizadaNATUREZA DA OPERAÇÃO  
VENDAS DE MERC. ADQUIRIDAS E/OU RECEBIDAS DE TERCEIROSPROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO  
135210745543045 02/07/2021 17:46:36-03:00INSCRIÇÃO ESTADUAL  
336905878113

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIB.

CNPJ/CPF  
11.260.846/0001-87

DESTINATÁRIO-REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL  
ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL  
ENDEREÇO

AV JOSÉ ARIANO RODRIGUES, 303, SALA 03

MUNICÍPIO FONE/FAX  
LINS 1435325198BAIRRO/DISTRITO  
JARDIM ARIANOCEP  
16400-400

INSCRIÇÃO ESTADUAL

DATA DE EMISSÃO  
02/07/2021  
DATA ENTRADA/SAÍDA  
02/07/2021  
HORA ENTRADA/SAÍDA  
16:20:00

INFORMAÇÕES DO LOCAL DE ENTREGA

NOME/RAZÃO SOCIAL  
ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL  
ENDEREÇO

AV DR RAUL DA CUNHA BUENO, 585

MUNICÍPIO  
MIRANDÓPOLISBAIRRO/DISTRITO  
CENTROUF FONE/FAX  
SP 1435325198

FATURA

001 002 003  
31/07/2021 15/08/2021 30/08/2021  
4.000,00 4.000,00 4.000,00

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
12.000,00	1.440,00	0,00	0,00	17.000,00
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS				VALOR TOTAL DA NOTA
				12.000,00

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL  
QUALITY TRANSP. E ENTREGAS RAPIDAS LTDAENDEREÇO  
RUA JUA, 70FRETE POR CONTA  
0-REMETENTE

CÓDIGO ANTI

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ/CPF  
06.321.409/0001-96MUNICÍPIO  
SAO PAULOUF  
SPINSCRIÇÃO ESTADUAL  
148923420116

QUANTIDADE	ESPECIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
2	CAIXA(S)				9,824

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇO

CODIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PROD./SERV	NCM/SH	CST	CFOP	UN	QUANT.	UNITARIO	VTOTAL	BC/ICMS	VICMS	VIPI	A/ICMS	A/IPI
0217.6847	MIDAZOLAM (B1) 5MG/ML SOL INJ IM/IV/R/C X C/50 AMP 10ML - TEUTO GENERICO Lote - 68470086 / Valid. - 30/06/2024	30049069	000	5102	UN	8,00	1.500,000	12.000,00	12.000,00	1.440,00	0,00	12,00%	0,00%

PREZADO CLIENTE, FAVOR  
CONFIRMAR SUA MERCADORIA  
NO ATO DA ENTREGA  
NÃO ACEITAMOS DEVOLUÇÕES  
POSTERIORES POR AVARIA OU  
DESCONFORMIDADE COM O  
PRODUTO.

CÁLCULO DO ISSQN

INSCRIÇÃO MUNICIPAL  
174488

VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS

BASE DE CÁLCULO DO ISSQN

VALOR DO ISSQN

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Protocolo: 135210745543045  
MEDICAMENTO PERTENCENTE A PORTARIA 344/98 LISTA B1  
PRODUTOS GENERICOS - ALIQ. ICMS 12% - LEI 16.005, DE 24 DE NOVEMBRO DE 2015  
PEDIDO INTERNO: 140645  
ENDEREÇO DE ENTREGA: AV DR RAUL DA CUNHA BUENO, 585  
- CENTRO  
MIRANDÓPOLIS - SP - 16800000

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS  
RECEBIDO 06/07/2021  
ASS. \_\_\_\_\_

powered by TOTVS

Convênio nº 107/2017  
Fonte de Recurso Estadual  
Termo Aditivo nº 00002/2020  
Secretaria do Estado da Saúde  
UGE: 090196 - Hospital Estadual  
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis  
Tipo de Despesa: Custeio

05/09/2021 - BANCO DO BRASIL - 15:55:17  
679006790 0007

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BCO BRADESCO S.A.

23790110069000000649507007252807487140000634632

BENEFICIARIO:

LABORATORIO SAO PAULO

NOME FANTASIA:

LABORATORIO SAO PAULO

CNPJ: 51.100.840/0001-67

BENEFICIARIO FINAL:

LABORATORIO SAO PAULO ANAL.CLINICAS

CNPJ: 51.100.840/0001-67

PAGADOR:

ASSOC. HOSPITALAR BENEFICIENTE DO B

CNPJ: 45.349.461/0001-02

-----

NR. DOCUMENTO	81.602
DATA DE VENCIMENTO	16/08/2021
DATA DO PAGAMENTO	16/08/2021
VALOR DO DOCUMENTO	6.346,32
VALOR COBRADO	6.346,32

-----

NR.AUTENTICACAO F.F9F.027.D77.E9F.FDD

-----

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

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

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

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

mirandopolis



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

Número da Nota 64907
Data de Emissão 27/07/2021
Data e Hora da Competência 27/07/2021 às 10:34:44
Código de Verificação 0000-0007-3478

PRESTADOR DE SERVIÇOS			
	CNPJ	51.100.840/0001-67	Cód. Mobiliário 1069
	Nome	LABORATORIO SAO PAULO ANALISES CLINICAS LTDA	
	Logradouro	RUA-TIRADENTES	Número 1086
	Bairro	VILA MENDONÇA	CEP 16015-020
	Município	ARAÇATUBA	UF SP
Situação	Não Optante do Simples Nacional		
Telefones	(18)3623-2649 ; (18)3117-7010		
E-Mail's	nfe@laboratoriosopaulo.com.br ; fernando@escritorionacional.com.br ; legalizacao@escritorionacional.com.br		



TOMADOR DE SERVIÇOS			
CPF/CNPJ	45.349.461/0001-02	RG/IE	ISENTO
Inscrição Mun.		Cód. Mobiliário	0
Nome	ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		
E-mail	acpinotti@gmail.com;	Telefone	
Inf. Comp.		Número	303
Logradouro	RUA-AVENIDA JOSE ARIANO RODRIGUES	CEP	16400-400
Bairro	JARDIM ARIANO	UF	SP
Município	LINS	País	BRASIL
Complemento	N.A.		

INFORMAÇÕES DA IMPORTAÇÃO			
Data e Hora	27/07/2021 às 10:33:27	Lote	73478
Número do RPS	0000-0007-3478	Sequência	73478

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS						
Serviço	Descrição	Vlr. Unitário	Qtde	Desconto	Aliq. Tributo (IBPT)	Total
1092	PRESTACAO DE SERVICOS DE MEDICINA E DIAGNOSE	6.762,1900	1,00	0,00	0,00	6.762,19
Valor Total dos Serviços - R\$6.762,19						

INFORMAÇÕES REFERENTES A DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS	
PRESTACAO DE SERVICOS DE MEDICINA E DIAGNOSE	

TRIBUTOS						
PIS (RS)	COFINS (RS)	INSS (RS)	IR (RS)	CSLL (RS)	Outras Retenções (RS)	Outros Tributos (RS)
43,95	202,87		101,43	67,62		
CIDE (RS)	IOF (RS)	IPI (RS)	ICMS (RS)			

VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 6.762,19				
Atividade 8640202-LABORATÓRIOS CLÍNICOS				
Operação	Dedução de Materiais/Equipamentos	Responsável pelo imposto		
Sem Lançamentos de Materiais/Equipamentos	Não	Prestador dos Serviços		
Situação da Nota Fiscal	Local do Serviço			
Normal	Dentro do Município			
Aliquota (%)	Base de Cálc. (RS)	Vlr. Total das Deduções (RS)	Vlr. Total Retido (RS)	Vlr. do ISS (RS)
3,0000	6.762,19	0,00	415,87	202,87
<b>VALOR LÍQUIDO DA NOTA = R\$ 6.346,32</b>				

OUTRAS INFORMAÇÕES (RESERVADO AO FISCO)  
- O crédito gerado estará disponível somente após o recolhimento do ISS desta NF-e.

<b>Recebi(emos) do Prestador: LABORATORIO SAO PAULO ANALISES CLINICAS LTDA CNPJ: 51.100.840/0001-67</b> Os serviços constantes da Nota Fiscal de Serviços Eletrônica n.º 64907 emitida em 27/07/2021 às 10:34:44 - Cód Verif 0000-0007-3478 Condições de Pagamento: <u>Vencimento: 27/07/2021</u> Valor Total R\$ 6.762,19 Valor Líquido R\$ 6.346,32 Ass: _____ em ____/____/____		Convênio nº 107/2017 Fonte de Recurso Estadual Termo Aditivo nº 00002/2020 Secretaria do Estado da Saúde UGE: 090196 - Hospital Estadual Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis Tipo de Despesa: Custeio
---	--	--

16/08/21  
211

**Laboratório** LABORATORIO SAO PAULO ANALISES CLINICAS LTDA - MAT  
**CNPJ** 51100840000167  
**Endereço** Rua Tiradentes, 1086 - Vila Mendonça,  
**Cidade** Araçatuba  
**Credenciado** ASSOCIACAO HOSP. BENEFIC. DO BRASIL  
**Conta de assist. médica período** 23/06/2021 - 21/07/2021  
**Data da fatura/Vencimento** 27/07/2021 - 30/07/2022  
**CNPJ** 45349461000102

Data	Cód. O.S	Paciente	Matrícula	Guia	Procedimento	Valor
12/07/2021	023-65937-516	ANDRE RICARDO DA SILV			CULTURA DE VIGILANCIA	26,20
12/07/2021	023-65937-516	ANDRE RICARDO DA SILV			ANTIBIOGRAMA, VIGILANC	31,19
12/07/2021	023-65937-516	ANDRE RICARDO DA SILV			CULTURA DE VIGILANCIA	26,20
12/07/2021	023-65937-516	ANDRE RICARDO DA SILV			ANTIBIOGRAMA, VIGILANC	31,19
12/07/2021	023-65937-516	ANDRE RICARDO DA SILV			CULTURA DE VIGILANCIA	26,20
12/07/2021	023-65937-516	ANDRE RICARDO DA SILV			ANTIBIOGRAMA, VIGILANC	31,19
<b>Sub-total</b>						<b>172,17</b>
05/07/2021	023-65930-471	CARLOS HENRIQUE RIBEI			HEMOCULTURA AUTOMATIZA	41,00
05/07/2021	023-65930-471	CARLOS HENRIQUE RIBEI			HEMOCULTURA AUTOMATIZA	41,00
05/07/2021	023-65930-471	CARLOS HENRIQUE RIBEI			CULTURA DE URINA	23,04
05/07/2021	023-65930-471	CARLOS HENRIQUE RIBEI			ANTIBIOGRAMA, URINA	31,19
<b>Sub-total</b>						<b>136,23</b>
19/07/2021	023-65944-435	CELIA MARIA FELIX DA			CULTURA DE VIGILANCIA	26,20
19/07/2021	023-65944-435	CELIA MARIA FELIX DA			ANTIBIOGRAMA, VIGILANC	31,19
19/07/2021	023-65944-435	CELIA MARIA FELIX DA			CULTURA DE VIGILANCIA	26,20
19/07/2021	023-65944-435	CELIA MARIA FELIX DA			ANTIBIOGRAMA, VIGILANC	31,19
19/07/2021	023-65944-435	CELIA MARIA FELIX DA			CULTURA DE VIGILANCIA	26,20
19/07/2021	023-65944-435	CELIA MARIA FELIX DA			ANTIBIOGRAMA, VIGILANC	31,19
<b>Sub-total</b>						<b>172,17</b>
28/06/2021	023-65923-519	CELSO HENRIQUE JAVARE			CULTURA DE VIGILANCIA	26,20
28/06/2021	023-65923-519	CELSO HENRIQUE JAVARE			CULTURA DE VIGILANCIA	26,20
28/06/2021	023-65923-519	CELSO HENRIQUE JAVARE			ANTIBIOGRAMA, VIGILANC	31,19
28/06/2021	023-65923-519	CELSO HENRIQUE JAVARE			CULTURA DE VIGILANCIA	26,20
28/06/2021	023-65923-519	CELSO HENRIQUE JAVARE			ANTIBIOGRAMA, VIGILANC	31,19
<b>Sub-total</b>						<b>140,98</b>
05/07/2021	023-65930-461	CELSO HENRIQUE JAVARE			HEMOCULTURA AUTOMATIZA	41,00
05/07/2021	023-65930-461	CELSO HENRIQUE JAVARE			HEMOCULTURA AUTOMATIZA	41,00
05/07/2021	023-65930-461	CELSO HENRIQUE JAVARE			CULTURA DE URINA	23,04
05/07/2021	023-65930-461	CELSO HENRIQUE JAVARE			SECRECAO PULMONAR, QUA	49,50
05/07/2021	023-65930-461	CELSO HENRIQUE JAVARE			ANTIBIOGRAMA, SECRECOE	31,19
<b>Sub-total</b>						<b>185,73</b>
23/06/2021	023-65918-447	CESAR AUGUSTO RIBERIO			HEMOCULTURA AUTOMATIZA	41,00
23/06/2021	023-65918-447	CESAR AUGUSTO RIBERIO			HEMOCULTURA AUTOMATIZA	41,00
<b>Sub-total</b>						<b>82,00</b>
19/07/2021	023-65944-462	CICERO MARQUES RIBEIR			HEMOCULTURA AUTOMATIZA	41,00
19/07/2021	023-65944-462	CICERO MARQUES RIBEIR			HEMOCULTURA AUTOMATIZA	41,00
19/07/2021	023-65944-462	CICERO MARQUES RIBEIR			ANTIBIOGRAMA AUTOMATIZ	31,19
<b>Sub-total</b>						<b>113,19</b>
28/06/2021	023-65923-516	CLEIDE CRISTINA RIGUE			CULTURA DE VIGILANCIA	26,20
28/06/2021	023-65923-516	CLEIDE CRISTINA RIGUE			ANTIBIOGRAMA, VIGILANC	31,19
28/06/2021	023-65923-516	CLEIDE CRISTINA RIGUE			CULTURA DE VIGILANCIA	26,20
28/06/2021	023-65923-516	CLEIDE CRISTINA RIGUE			ANTIBIOGRAMA, VIGILANC	31,19
28/06/2021	023-65923-516	CLEIDE CRISTINA RIGUE			CULTURA DE VIGILANCIA	26,20
28/06/2021	023-65923-516	CLEIDE CRISTINA RIGUE			ANTIBIOGRAMA, VIGILANC	31,19
<b>Sub-total</b>						<b>172,17</b>
05/07/2021	023-65930-534	CLOVIS LUIZ DE ALMEID			CULTURA DE VIGILANCIA	26,20

(\*) Antibiograma não realizado

Convênio nº 107/2017  
 Fonte de Recurso Estadual  
 Termo Aditivo nº 00002/2020  
 Secretaria de Estado da Saúde  
 UGE: 090196 - Hospital Estadual  
 Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis  
 Tipo de Despesa: Custeio

05/07/2021	023-65930-534	CLOVIS LUIZ DE ALMEID	ANTIBIOGRAMA, VIGILANC	31,19
05/07/2021	023-65930-534	CLOVIS LUIZ DE ALMEID	CULTURA DE VIGILANCIA	26,20
05/07/2021	023-65930-534	CLOVIS LUIZ DE ALMEID	ANTIBIOGRAMA, VIGILANC	31,19
05/07/2021	023-65930-534	CLOVIS LUIZ DE ALMEID	CULTURA DE VIGILANCIA	26,20
05/07/2021	023-65930-534	CLOVIS LUIZ DE ALMEID	ANTIBIOGRAMA, VIGILANC	31,19
<b>Sub-total</b>				<b>172,17</b>
12/07/2021	023-65937-528	CLOVIS LUIZ DE ALMEID	CULTURA DE VIGILANCIA	26,20
12/07/2021	023-65937-528	CLOVIS LUIZ DE ALMEID	ANTIBIOGRAMA, VIGILANC	31,19
12/07/2021	023-65937-528	CLOVIS LUIZ DE ALMEID	CULTURA DE VIGILANCIA	26,20
12/07/2021	023-65937-528	CLOVIS LUIZ DE ALMEID	ANTIBIOGRAMA, VIGILANC	31,19
12/07/2021	023-65937-528	CLOVIS LUIZ DE ALMEID	CULTURA DE VIGILANCIA	26,20
12/07/2021	023-65937-528	CLOVIS LUIZ DE ALMEID	ANTIBIOGRAMA, VIGILANC	31,19
12/07/2021	023-65937-528	CLOVIS LUIZ DE ALMEID	CULTURA DE VIGILANCIA	26,20
12/07/2021	023-65937-528	CLOVIS LUIZ DE ALMEID	ANTIBIOGRAMA, VIGILANC	31,19
<b>Sub-total</b>				<b>229,56</b>
14/07/2021	023-65939-526	CLOVIS LUIZ DE ALMEID	SECRECAO PULMONAR, QUA	49,50
14/07/2021	023-65939-526	CLOVIS LUIZ DE ALMEID	ANTIBIOGRAMA, SECRECOE	31,19
<b>Sub-total</b>				<b>80,69</b>
12/07/2021	023-65937-520	DORENILSON NERES DE S	CULTURA DE VIGILANCIA	26,20
12/07/2021	023-65937-520	DORENILSON NERES DE S	ANTIBIOGRAMA, VIGILANC	31,19
12/07/2021	023-65937-520	DORENILSON NERES DE S	CULTURA DE VIGILANCIA	26,20
12/07/2021	023-65937-520	DORENILSON NERES DE S	ANTIBIOGRAMA, VIGILANC	31,19
12/07/2021	023-65937-520	DORENILSON NERES DE S	CULTURA DE VIGILANCIA	26,20
12/07/2021	023-65937-520	DORENILSON NERES DE S	ANTIBIOGRAMA, VIGILANC	31,19
<b>Sub-total</b>				<b>172,17</b>
19/07/2021	023-65944-432	DORENILSON NERES DE S	CULTURA DE VIGILANCIA	26,20
19/07/2021	023-65944-432	DORENILSON NERES DE S	ANTIBIOGRAMA, VIGILANC	31,19
19/07/2021	023-65944-432	DORENILSON NERES DE S	CULTURA DE VIGILANCIA	26,20
19/07/2021	023-65944-432	DORENILSON NERES DE S	ANTIBIOGRAMA, VIGILANC	31,19
19/07/2021	023-65944-432	DORENILSON NERES DE S	CULTURA DE VIGILANCIA	26,20
19/07/2021	023-65944-432	DORENILSON NERES DE S	ANTIBIOGRAMA, VIGILANC	31,19
19/07/2021	023-65944-432	DORENILSON NERES DE S	HEMOCULTURA AUTOMATIZA	41,00
19/07/2021	023-65944-432	DORENILSON NERES DE S	ANTIBIOGRAMA AUTOMATIZ	31,19
19/07/2021	023-65944-432	DORENILSON NERES DE S	HEMOCULTURA AUTOMATIZA	41,00
19/07/2021	023-65944-432	DORENILSON NERES DE S	CULTURA DE VIGILANCIA	26,20
19/07/2021	023-65944-432	DORENILSON NERES DE S	ANTIBIOGRAMA, VIGILANC	31,19
19/07/2021	023-65944-432	DORENILSON NERES DE S	CULTURA DE VIGILANCIA	26,20
19/07/2021	023-65944-432	DORENILSON NERES DE S	ANTIBIOGRAMA, VIGILANC	31,19
<b>Sub-total</b>				<b>400,14</b>
12/07/2021	023-65937-524	GILBERTO SILVA DOS SA	CULTURA DE VIGILANCIA	26,20
12/07/2021	023-65937-524	GILBERTO SILVA DOS SA	ANTIBIOGRAMA, VIGILANC	31,19
12/07/2021	023-65937-524	GILBERTO SILVA DOS SA	CULTURA DE VIGILANCIA	26,20
12/07/2021	023-65937-524	GILBERTO SILVA DOS SA	ANTIBIOGRAMA, VIGILANC	31,19
12/07/2021	023-65937-524	GILBERTO SILVA DOS SA	CULTURA DE VIGILANCIA	26,20
12/07/2021	023-65937-524	GILBERTO SILVA DOS SA	ANTIBIOGRAMA, VIGILANC	31,19
<b>Sub-total</b>				<b>172,17</b>
14/07/2021	023-65939-527	GILBERTO SILVA DOS SA	HEMOCULTURA AUTOMATIZA	41,00
14/07/2021	023-65939-527	GILBERTO SILVA DOS SA	ANTIBIOGRAMA AUTOMATIZ	31,19
14/07/2021	023-65939-527	GILBERTO SILVA DOS SA	HEMOCULTURA AUTOMATIZA	41,00
14/07/2021	023-65939-527	GILBERTO SILVA DOS SA	ANTIBIOGRAMA AUTOMATIZ	31,19
14/07/2021	023-65939-527	GILBERTO SILVA DOS SA	CULTURA DE URINA	23,04
14/07/2021	023-65939-527	GILBERTO SILVA DOS SA	ANTIBIOGRAMA, URINA	31,19
14/07/2021	023-65939-527	GILBERTO SILVA DOS SA	SECRECAO PULMONAR, QUA	49,50
14/07/2021	023-65939-527	GILBERTO SILVA DOS SA	ANTIBIOGRAMA, SECRECOE	31,19
<b>Sub-total</b>				<b>279,30</b>
19/07/2021	023-65944-431	GILBERTO SILVA DOS SA	CULTURA DE VIGILANCIA	26,20
19/07/2021	023-65944-431	GILBERTO SILVA DOS SA	ANTIBIOGRAMA, VIGILANC	31,19
19/07/2021	023-65944-431	GILBERTO SILVA DOS SA	CULTURA DE VIGILANCIA	26,20

(\*) Antibiograma não realizado

Convênio nº 107/2017  
 Fonte de Recurso Estadual  
 Termo Aditivo nº 00002/2020  
 Secretaria do Estado da Saúde  
 UGE: 090196 - Hospital Estadual  
 Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandaopolis  
 Tipo de Despesa: Custeio

19/07/2021	023-65944-431	GILBERTO SILVA DOS SA	ANTIBIOGRAMA, VIGILANC	31,19
19/07/2021	023-65944-431	GILBERTO SILVA DOS SA	CULTURA DE VIGILANCIA	26,20
19/07/2021	023-65944-431	GILBERTO SILVA DOS SA	ANTIBIOGRAMA, VIGILANC	31,19
19/07/2021	023-65944-431	GILBERTO SILVA DOS SA	CULTURA DE VIGILANCIA	26,20
19/07/2021	023-65944-431	GILBERTO SILVA DOS SA	ANTIBIOGRAMA, VIGILANC	31,19
19/07/2021	023-65944-431	GILBERTO SILVA DOS SA	ANTIBIOGRAMA, COMPLEME	31,19
<b>Sub-total</b>				<b>260,75</b>
12/07/2021	023-65937-530	INES APARECIDA RIGUET	CULTURA DE VIGILANCIA	26,20
12/07/2021	023-65937-530	INES APARECIDA RIGUET	ANTIBIOGRAMA, VIGILANC	31,19
12/07/2021	023-65937-530	INES APARECIDA RIGUET	CULTURA DE VIGILANCIA	26,20
12/07/2021	023-65937-530	INES APARECIDA RIGUET	ANTIBIOGRAMA, VIGILANC	31,19
12/07/2021	023-65937-530	INES APARECIDA RIGUET	CULTURA DE VIGILANCIA	26,20
12/07/2021	023-65937-530	INES APARECIDA RIGUET	ANTIBIOGRAMA, VIGILANC	31,19
12/07/2021	023-65937-530	INES APARECIDA RIGUET	CULTURA DE VIGILANCIA	26,20
12/07/2021	023-65937-530	INES APARECIDA RIGUET	ANTIBIOGRAMA, VIGILANC	31,19
12/07/2021	023-65937-530	INES APARECIDA RIGUET	CULTURA DE VIGILANCIA	26,20
12/07/2021	023-65937-530	INES APARECIDA RIGUET	ANTIBIOGRAMA, VIGILANC	31,19
12/07/2021	023-65937-530	INES APARECIDA RIGUET	ANTIBIOGRAMA, COMPLEME	31,19
<b>Sub-total</b>				<b>318,14</b>
16/07/2021	023-65941-543	INES APARECIDA RIGUET	HEMOCULTURA AUTOMATIZA	41,00
16/07/2021	023-65941-543	INES APARECIDA RIGUET	HEMOCULTURA AUTOMATIZA	41,00
16/07/2021	023-65941-543	INES APARECIDA RIGUET	ANTIBIOGRAMA AUTOMATIZ	31,19
16/07/2021	023-65941-543	INES APARECIDA RIGUET	CULTURA DE URINA	23,04
16/07/2021	023-65941-543	INES APARECIDA RIGUET	SECRECAO PULMONAR, QUA	49,50
16/07/2021	023-65941-543	INES APARECIDA RIGUET	ANTIBIOGRAMA, SECRECOE	31,19
16/07/2021	023-65941-543	INES APARECIDA RIGUET	ANTIBIOGRAMA, COMPLEME	31,19
<b>Sub-total</b>				<b>248,11</b>
19/07/2021	023-65944-461	JOSE GERALDO DE OLIVE	HEMOCULTURA AUTOMATIZA	41,00
19/07/2021	023-65944-461	JOSE GERALDO DE OLIVE	HEMOCULTURA AUTOMATIZA	41,00
19/07/2021	023-65944-461	JOSE GERALDO DE OLIVE	SECRECAO PULMONAR, QUA	49,50
19/07/2021	023-65944-461	JOSE GERALDO DE OLIVE	ANTIBIOGRAMA, SECRECOE	31,19
19/07/2021	023-65944-461	JOSE GERALDO DE OLIVE	CULTURA DE URINA	23,04
19/07/2021	023-65944-461	JOSE GERALDO DE OLIVE	ANTIBIOGRAMA, URINA	31,19
19/07/2021	023-65944-461	JOSE GERALDO DE OLIVE	ANTIBIOGRAMA, COMPLEME	31,19
<b>Sub-total</b>				<b>248,11</b>
12/07/2021	023-65937-534	JOSISLAINE DA FONSECA	HEMOCULTURA AUTOMATIZA	41,00
12/07/2021	023-65937-534	JOSISLAINE DA FONSECA	ANTIBIOGRAMA AUTOMATIZ	31,19
12/07/2021	023-65937-534	JOSISLAINE DA FONSECA	HEMOCULTURA AUTOMATIZA	41,00
12/07/2021	023-65937-534	JOSISLAINE DA FONSECA	CULTURA DE URINA	23,04
12/07/2021	023-65937-534	JOSISLAINE DA FONSECA	ANTIBIOGRAMA, URINA	31,19
12/07/2021	023-65937-534	JOSISLAINE DA FONSECA	SECRECAO PULMONAR, QUA	49,50
12/07/2021	023-65937-534	JOSISLAINE DA FONSECA	ANTIBIOGRAMA, SECRECOE	31,19
12/07/2021	023-65937-534	JOSISLAINE DA FONSECA	ANTIBIOGRAMA, COMPLEME	31,19
<b>Sub-total</b>				<b>279,30</b>
12/07/2021	023-65937-518	LUIZ ROGERIO ROSSINI	CULTURA DE VIGILANCIA	26,20
12/07/2021	023-65937-518	LUIZ ROGERIO ROSSINI	ANTIBIOGRAMA, VIGILANC	31,19
12/07/2021	023-65937-518	LUIZ ROGERIO ROSSINI	CULTURA DE VIGILANCIA	26,20
12/07/2021	023-65937-518	LUIZ ROGERIO ROSSINI	ANTIBIOGRAMA, VIGILANC	31,19
12/07/2021	023-65937-518	LUIZ ROGERIO ROSSINI	CULTURA DE VIGILANCIA	26,20
12/07/2021	023-65937-518	LUIZ ROGERIO ROSSINI	ANTIBIOGRAMA, VIGILANC	31,19
12/07/2021	023-65937-518	LUIZ ROGERIO ROSSINI	CULTURA DE VIGILANCIA	26,20
12/07/2021	023-65937-518	LUIZ ROGERIO ROSSINI	ANTIBIOGRAMA, VIGILANC	31,19
<b>Sub-total</b>				<b>229,56</b>
05/07/2021	023-65930-466	MARIA DE LOURDES PERE	CULTURA DE VIGILANCIA	26,20
05/07/2021	023-65930-466	MARIA DE LOURDES PERE	ANTIBIOGRAMA, VIGILANC	31,19
05/07/2021	023-65930-466	MARIA DE LOURDES PERE	CULTURA DE VIGILANCIA	26,20
05/07/2021	023-65930-466	MARIA DE LOURDES PERE	ANTIBIOGRAMA, VIGILANC	31,19
05/07/2021	023-65930-466	MARIA DE LOURDES PERE	CULTURA DE VIGILANCIA	26,20

(\*) Antibiograma não realizado

Convênio nº 107/2017  
 Fonte de Recurso Estadual  
 Termo Aditivo nº 00002/2020  
 Secretaria do Estado da Saúde  
 UGE: 090196 - Hospital Estadual  
 Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis  
 Tipo de Despesa: Custeio

05/07/2021	023-65930-466	MARIA DE LOURDES PERE	ANTIBIOGRAMA, VIGILANC	31,19
05/07/2021	023-65930-466	MARIA DE LOURDES PERE	CULTURA DE VIGILANCIA	26,20
05/07/2021	023-65930-466	MARIA DE LOURDES PERE	ANTIBIOGRAMA, VIGILANC	31,19
<b>Sub-total</b>				<b>229,56</b>
28/06/2021	023-65923-522	MARIA JOSE PEREIRA DA	CULTURA DE VIGILANCIA	26,20
28/06/2021	023-65923-522	MARIA JOSE PEREIRA DA	ANTIBIOGRAMA, VIGILANC	31,19
28/06/2021	023-65923-522	MARIA JOSE PEREIRA DA	CULTURA DE VIGILANCIA	26,20
28/06/2021	023-65923-522	MARIA JOSE PEREIRA DA	CULTURA DE VIGILANCIA	26,20
28/06/2021	023-65923-522	MARIA JOSE PEREIRA DA	ANTIBIOGRAMA, VIGILANC	31,19
<b>Sub-total</b>				<b>140,98</b>
05/07/2021	023-65930-457	MOACYR NOGUEIRA DE PA	CULTURA DE VIGILANCIA	26,20
05/07/2021	023-65930-457	MOACYR NOGUEIRA DE PA	ANTIBIOGRAMA, VIGILANC	31,19
05/07/2021	023-65930-457	MOACYR NOGUEIRA DE PA	CULTURA DE VIGILANCIA	26,20
05/07/2021	023-65930-457	MOACYR NOGUEIRA DE PA	ANTIBIOGRAMA, VIGILANC	31,19
05/07/2021	023-65930-457	MOACYR NOGUEIRA DE PA	CULTURA DE VIGILANCIA	26,20
05/07/2021	023-65930-457	MOACYR NOGUEIRA DE PA	ANTIBIOGRAMA, VIGILANC	31,19
05/07/2021	023-65930-457	MOACYR NOGUEIRA DE PA	ANTIBIOGRAMA, COMPLEME	31,19
<b>Sub-total</b>				<b>203,36</b>
19/07/2021	023-65944-457	NATHALIA DAS DORES DO	CULTURA DE VIGILANCIA	26,20
19/07/2021	023-65944-457	NATHALIA DAS DORES DO	ANTIBIOGRAMA, VIGILANC	31,19
19/07/2021	023-65944-457	NATHALIA DAS DORES DO	CULTURA DE VIGILANCIA	26,20
19/07/2021	023-65944-457	NATHALIA DAS DORES DO	ANTIBIOGRAMA, VIGILANC	31,19
19/07/2021	023-65944-457	NATHALIA DAS DORES DO	CULTURA DE VIGILANCIA	26,20
19/07/2021	023-65944-457	NATHALIA DAS DORES DO	ANTIBIOGRAMA, VIGILANC	31,19
<b>Sub-total</b>				<b>172,17</b>
21/07/2021	023-65946-418	NILZA APARECIDA LUQUE	HEMOCULTURA AUTOMATIZA	41,00
21/07/2021	023-65946-418	NILZA APARECIDA LUQUE	HEMOCULTURA AUTOMATIZA	41,00
<b>Sub-total</b>				<b>82,00</b>
12/07/2021	023-65937-519	RAIMUNDO FERREIRA DE	CULTURA DE VIGILANCIA	26,20
12/07/2021	023-65937-519	RAIMUNDO FERREIRA DE	ANTIBIOGRAMA, VIGILANC	31,19
12/07/2021	023-65937-519	RAIMUNDO FERREIRA DE	CULTURA DE VIGILANCIA	26,20
12/07/2021	023-65937-519	RAIMUNDO FERREIRA DE	ANTIBIOGRAMA, VIGILANC	31,19
12/07/2021	023-65937-519	RAIMUNDO FERREIRA DE	CULTURA DE VIGILANCIA	26,20
12/07/2021	023-65937-519	RAIMUNDO FERREIRA DE	ANTIBIOGRAMA, VIGILANC	31,19
12/07/2021	023-65937-519	RAIMUNDO FERREIRA DE	CULTURA DE VIGILANCIA	26,20
12/07/2021	023-65937-519	RAIMUNDO FERREIRA DE	ANTIBIOGRAMA, VIGILANC	31,19
<b>Sub-total</b>				<b>229,56</b>
05/07/2021	023-65930-460	ROSEMARY PINHEIRO DIA	HEMOCULTURA AUTOMATIZA	41,00
05/07/2021	023-65930-460	ROSEMARY PINHEIRO DIA	HEMOCULTURA AUTOMATIZA	41,00
05/07/2021	023-65930-460	ROSEMARY PINHEIRO DIA	CULTURA DE URINA	23,04
05/07/2021	023-65930-460	ROSEMARY PINHEIRO DIA	SECRECAO PULMONAR, QUA	49,50
05/07/2021	023-65930-460	ROSEMARY PINHEIRO DIA	ANTIBIOGRAMA, SECRECOE	31,19
<b>Sub-total</b>				<b>185,73</b>
28/06/2021	023-65923-517	ROSIMARY PINHEIRO DIA	CULTURA DE VIGILANCIA	26,20
28/06/2021	023-65923-517	ROSIMARY PINHEIRO DIA	CULTURA DE VIGILANCIA	26,20
28/06/2021	023-65923-517	ROSIMARY PINHEIRO DIA	ANTIBIOGRAMA, VIGILANC	31,19
28/06/2021	023-65923-517	ROSIMARY PINHEIRO DIA	CULTURA DE VIGILANCIA	26,20
28/06/2021	023-65923-517	ROSIMARY PINHEIRO DIA	ANTIBIOGRAMA, VIGILANC	31,19
<b>Sub-total</b>				<b>140,98</b>
28/06/2021	023-65923-518	SANDRO DA SILVA FERNA	CULTURA DE VIGILANCIA	26,20
28/06/2021	023-65923-518	SANDRO DA SILVA FERNA	ANTIBIOGRAMA, VIGILANC	31,19
28/06/2021	023-65923-518	SANDRO DA SILVA FERNA	CULTURA DE VIGILANCIA	26,20
28/06/2021	023-65923-518	SANDRO DA SILVA FERNA	ANTIBIOGRAMA, VIGILANC	31,19
28/06/2021	023-65923-518	SANDRO DA SILVA FERNA	CULTURA DE VIGILANCIA	26,20
28/06/2021	023-65923-518	SANDRO DA SILVA FERNA	ANTIBIOGRAMA, VIGILANC	31,19
28/06/2021	023-65923-518	SANDRO DA SILVA FERNA	CULTURA DE VIGILANCIA	26,20
28/06/2021	023-65923-518	SANDRO DA SILVA FERNA	ANTIBIOGRAMA, VIGILANC	31,19
28/06/2021	023-65923-518	SANDRO DA SILVA FERNA	ANTIBIOGRAMA, COMPLEME	31,19

(\*) Antibiograma não realizado

Convênio nº 107/2017  
 Fonte de Recurso Estadual  
 Termo Aditivo nº 00002/2020  
 Secretaria do Estado da Saúde  
 UGE: 090196 - Hospital Estadual  
 Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis  
 Tipo de Despesa: Custeio

<b>Sub-total</b>				<b>260,75</b>
05/07/2021	023-65930-458	SANDRO DA SILVA FERNA	HEMOCULTURA AUTOMATIZA	41,00
05/07/2021	023-65930-458	SANDRO DA SILVA FERNA	HEMOCULTURA AUTOMATIZA	41,00
05/07/2021	023-65930-458	SANDRO DA SILVA FERNA	CULTURA DE URINA	23,04
05/07/2021	023-65930-458	SANDRO DA SILVA FERNA	ANTIBIOGRAMA, URINA	31,19
05/07/2021	023-65930-458	SANDRO DA SILVA FERNA	SECRECAO PULMONAR, QUA	49,50
05/07/2021	023-65930-458	SANDRO DA SILVA FERNA	ANTIBIOGRAMA, SECRECOE	31,19
<b>Sub-total</b>				<b>216,92</b>
01/07/2021	023-65926-304	SEBASTIANA DA SILVA F	HEMOCULTURA AUTOMATIZA	41,00
01/07/2021	023-65926-304	SEBASTIANA DA SILVA F	HEMOCULTURA AUTOMATIZA	41,00
01/07/2021	023-65926-304	SEBASTIANA DA SILVA F	CULTURA DE URINA	23,04
01/07/2021	023-65926-304	SEBASTIANA DA SILVA F	ANTIBIOGRAMA, URINA	31,19
01/07/2021	023-65926-304	SEBASTIANA DA SILVA F	SECRECAO PULMONAR, QUA	49,50
01/07/2021	023-65926-304	SEBASTIANA DA SILVA F	ANTIBIOGRAMA, SECRECOE	31,19
01/07/2021	023-65926-304	SEBASTIANA DA SILVA F	CULTURA [GERAL]	26,20
01/07/2021	023-65926-304	SEBASTIANA DA SILVA F	ANTIBIOGRAMA, GERAL	31,19
<b>Sub-total</b>				<b>274,31</b>
19/07/2021	023-65944-527	TIAGO FAZOLO	SECRECAO PULMONAR, QUA	49,50
<b>Sub-total</b>				<b>49,50</b>
21/07/2021	023-65946-415	TIAGO FAZOLO	HEMOCULTURA AUTOMATIZA	41,00
21/07/2021	023-65946-415	TIAGO FAZOLO	HEMOCULTURA AUTOMATIZA	41,00
<b>Sub-total</b>				<b>82,00</b>
28/06/2021	023-65923-521	VANDERLEI BARQUIERI	CULTURA DE VIGILANCIA	26,20
28/06/2021	023-65923-521	VANDERLEI BARQUIERI	ANTIBIOGRAMA, VIGILANC	31,19
28/06/2021	023-65923-521	VANDERLEI BARQUIERI	CULTURA DE VIGILANCIA	26,20
28/06/2021	023-65923-521	VANDERLEI BARQUIERI	ANTIBIOGRAMA, VIGILANC	31,19
28/06/2021	023-65923-521	VANDERLEI BARQUIERI	CULTURA DE VIGILANCIA	26,20
28/06/2021	023-65923-521	VANDERLEI BARQUIERI	ANTIBIOGRAMA, VIGILANC	31,19
28/06/2021	023-65923-521	VANDERLEI BARQUIERI	CULTURA DE VIGILANCIA	26,20
28/06/2021	023-65923-521	VANDERLEI BARQUIERI	ANTIBIOGRAMA, VIGILANC	31,19
<b>Sub-total</b>				<b>229,56</b>

Quantidade de O.S.	35
Quantidade de procedimentos	216
Valor total bruto	6.762,19
Valor total desconto	0,00
Valor total líquido	6.762,19

(\* ) Antibiograma não realizado

Convênio nº 107/2017  
 Fonte de Recurso Estadual  
 Termo Aditivo nº 00002/2020  
 Secretaria do Estado da Saúde  
 UGE: 090196 - Hospital Estadual  
 Dr. Oswaldo Brandt Faria de Mirandópolis  
 Tipo de Despesa: Custeio



05/09/2021 - BANCO DO BRASIL - 15:55:17  
679006790 0004

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO DO BRASIL

00190000090171153600100935606178287150000164359

BENEFICIARIO:

COMERCIAL C RIOCLARENSE LTDA

NOME FANTASIA:

COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTD

CNPJ: 67.729.178/0004-91

PAGADOR:

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE D

CNPJ: 45.349.461/0001-02

=====

NR. DOCUMENTO 81.603

NOSSO NUMERO 17115360000935606

CONVENIO 01711536

DATA DE VENCIMENTO 17/08/2021

DATA DO PAGAMENTO 16/08/2021

VALOR DO DOCUMENTO 1.643,59

VALOR COBRADO 1.643,59

=====

NR.AUTENTICACAO E.A61.888.3CE.778.3FE

=====

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

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

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

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

**DANFE**

DOCUMENTO AUXILIAR DA  
NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA  
1 - SAÍDA

1

Nº. 1463682 FL 1 / 2  
SÉRIE 1



CHAVE DE ACESSO  
3521 0767 7291 7800 0491 5500 1001 4636 8214 9075 8635

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

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO  
135210820543675 20/07/2021 19:12:20

Identificação do emitente

**COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA**  
PC EMILIO MARCONATO 1000 - NUCLEO RESIDENCIAL, DQ TOR JOAO ALDO NASSIF -  
JAGUARIUNA - SP  
CEP 13916-074 - 1935225800

NATUREZA DA OPERAÇÃO  
**VENDA DENTRO ESTADO**

INSCRIÇÃO ESTADUAL: 395060142110 INSCR. EST. SUBS. TRIBUTÁRIO: CNPJ: 67.729.178/0004-91

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL: **ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL** CNPJ / CPF: 45.349.461/0001-02 DATA DA EMISSÃO: 20/07/2021

ENDEREÇO: **AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303** BAIRRO / DISTRITO: **JARDIM ARIANO** CEP: 16400-400 DATA DA ENTRADA/SAÍDA: 20/07/2021

MUNICÍPIO: **LINS** FONE / FAX: 1836591243 UF: SP INSCRIÇÃO ESTADUAL: HORA DE SAÍDA:

FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR
1463682/1	17/08/2021	1.643,59	1463682/2	03/09/2021	1.643,58			

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUTO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
3.035,54	506,41	0,00	0,00	3.287,17
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	VALOR DO DESCONTO	OUTRAS DESPESAS	VALOR DO IPI
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
				VALOR TOTAL DA NOTA
				3.287,17

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL: **NIKKEY RIO PRETO LOG. E TRANSP.** FRETE POR CONTA: 0 - Por conta do emitente CÓDIGO ANTT: PLACA DO VEICULO: UF: CNPJ: 15.066.184/0001-60

ENDEREÇO: **R MARIA CERON VOLPE 2260** MUNICÍPIO: **SÃO JOSE DO RIO PRETO** UF: SP INSCRIÇÃO ESTADUAL: 647598751114

QUANTIDADE: 5,00 ESPÉCIE: **VOLUME(S)** MARCA: NUMERO: 0,13698 PESO BRUTO: 52,175 PESO LÍQUIDO: 52,175

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / SH	CST	CFOP	UN	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	B.CALC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTAS ICMS	ALÍQUOTAS IPI
030366	TIRAS REAGENTES N/INDIV (MEDLEVENSOHN) L: 1290888 Q: 800,0000 F: 05/12/20 V: 04/12/2022	38220090	700	5102	TI	800,00	0,5209	416,72	416,72	75,01	0,00	18,00	0,00
023163	SONDA ALIMENTACAO ENTERAL C/GUIA No12 (SOLUMED ) L: 5833 Q: 30,0000 F: 01/06/21 V: 30/06/2024 *Isenção conf. Anexo I, Art. 14, RICMS/2000-SP (Conv.01/99)	90183921	040	5102	PC	30,00	8,3878	251,63	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
021528	SERINGA DESC 1ML SEM AGULHA INSUL L.SLIP (BD) L: 132360 Q: 1.400,0000 F: 30/06/21 V: 30/05/2026, nFCI: C59001F1-44D7-44B3-B60A-4F1E237B8CBB	90183111	500	5102	PC	1.400,00	0,2566	359,24	359,24	64,66	0,00	18,00	0,00
032541	BROMOPRIDA 10MG/2ML (FRESENIUS KABI) (ITEM GENE RICO) L: 78QB0890 Q: 250,0000 F: 28/02/21 V: 28/02/2023	30039055	000	5102	AP	250,00	1,29	322,50	322,50	38,70	0,00	12,00	0,00
021310	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 250ML S.FECHADO (FRESENIUS KABI) L: 74QB0731 Q: 144,0000 F: 28/02/21 V: 30/01/2023, nFCI: 07B41233-AC27-410B-A50B-355F9A61856F	30049099	500	5102	FR	144,00	3,0492	439,08	439,08	58,40	0,00	13,30	0,00
031307	METILPREDNISOLONA 125MG, SUCCINATO SODICO (BLA U) L: 21061160 Q: 25,0000 F: 30/05/21 V: 30/04/2023	30049099	000	5102	AP	25,00	13,52	338,00	338,00	60,84	0,00	18,00	0,00

CÁLCULO DO ISSQN

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

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES  
LOCAL DE ENTREGA: 46374500001247-AV. DR RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Município: MIRANDOPOLIS CEP: 16800000 UF: SP País: BRASIL. UNID.NEGOC.: 002 PREZADO CLIENTE, FAVOR CONFERIR NO ATO DA ENTREGA - NAO ACEITAREMOS RECLAMACOES APOS 48hs DO RECEBIMENTO. Mirandopolis DATA ENTREGA: 21/07/2021 Pedido: 1984140 Autorizacao de Compra(Pedido Cliente): 1984140 \*\*\* O pagamento devera ser realizado através do boleto anexo a nota fiscal, caso nao receba entre em contato através do e-mail boletos@rioclarense.com.br ou no telefone (19)3522-5800, Setor de Cobrança Privado. AFE: 1.04397-7 \*\* AE: 1.22375-2 \*\* ASS: 1302/16 Validade: 23/04/2021 MODAL. RODOVIARIO / TIPO ENTREGA: EXPRESSA Aliquota ICMS 13,30% cf. art.54, Inc XVII, RICMS/SP Dec 45490/00 LOCAL DE ENTREGA: Endereço: AV. DR RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Município: MIRANDOPOLIS CEP: 16800000 UF: SP País: BRASIL(Código Interno Emitente: 4768 Nome Fantasia: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL) LOCAL DE ENTREGA: AV. DR RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Município: MIRANDOPOLIS UF: SP País: BRASIL.

RESERVADO AO FISCO

Convênio nº 107/2017  
Fonte de Recurso Estadual  
Termo Aditivo nº 00002/2020  
Secretaria do Estado da Saúde  
UGE: 090196 - Hospital Estadual  
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis  
Tipo de Despesa: Custeio

**AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS**  
**RECEBIDO** 21/07/2021  
ASS. **MAURO CELSO CHIAVELLI**  
Farmacêutico  
CRF/SP 96390

Identificação do emitente



COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA  
 PC EMILIO MARCONATO 1000 - NUCLEO RESIDENCIAL DO PTOR JOAO ALDO NASSIF -  
 JAGUARIUNA - SP  
 CEP: 13916-074 - 1935225800

**DANFE**

DOCUMENTO AUXILIAR DA  
 NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA  
 1 - SAÍDA 1  
 Nº. 1463682 FL 2 / 2  
 SÉRIE 1



CHAVE DE ACESSO  
**3521 0767 7291 7800 0491 5500 1001 4636 8214 9075 8635**

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e  
[www.nfe.fazenda.gov.br/portal](http://www.nfe.fazenda.gov.br/portal) ou no site da Sefaz Autorizadora

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO  
 135210820543675 20/07/2021 19:12:20

NATUREZA DA OPERAÇÃO  
**VENDA DENTRO ESTADO**

INSCRIÇÃO ESTADUAL  
**395060142110**

INSCR. EST. SUBS. TRIBUTARIO

CNPJ  
**67.729.178/0004-91**

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / SH	CST	CFOP	UN	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	B.CALC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALIQUOTAS	
												ICMS	IPI
019054	OMEPRAZOL 40MG F-A (BLAU) L: 21031132 Q: 40,0000 F: 30/03/21 V: 02/03/2023, nFCI: AA556F42-9696-482D-B59C-863E171AF5FD	30049069	500	5102	FA	40,00	29,00	1.160,00	1.160,00	208,80	0,00	18,00	0,00

Convênio nº 107/2017  
 Fonte de Recurso Estadual  
 Termo Aditivo nº 00002/2020  
 Secretaria do Estado da Saúde  
 UGE: 090196 - Hospital Estadual  
 Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis  
 Tipo de Despesa: Custeio

05/09/2021 - BANCO DO BRASIL - 15:55:17  
679006790 0007

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

=====

03399484570130000006276327801049187160000223243

BENEFICIARIO:

BANCO SOFISA S/A

NOME FANTASIA:

BANCO SOFISA S/A

CNPJ: 60.889.128/0001-80

BENEFICIARIO FINAL:

SUPERMED COMERCIO E IMPORTACAO DE

CNPJ: 11.206.099/0001-07

PAGADOR:

ASSOC. HOSP. BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

=====

NR. DOCUMENTO 81.604

DATA DE VENCIMENTO 18/08/2021

DATA DO PAGAMENTO 16/08/2021

VALOR DO DOCUMENTO 2.232,43

VALOR COBRADO 2.232,43

=====

NR.AUTENTICACAO D.AA5.BF5.163.608.788

=====

Central de Atendimento BB

4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas

0800 729 0001 Demais localidades.

Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB

0800 729 0722

Informacoes, reclamacoes, cancelamento de  
produtos e servicos.

Ouvidoria

0800 729 5678

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

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala

0800 729 0088

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

02  
31/07/21



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

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

**DANFE**

DOCUMENTO AUXILIAR  
DA NOTA FISCAL  
ELETRÔNICA



0-ENTRADA 1  
1-SAIDA

CHAVE DE ACESSO  
3521 0711 2060 9900 0441 5500 1000 2368 2210 0078 5817

Nº 236822  
SERIE 1  
FOLHA 1/3

Ita de autenticidade no portal nacional da NF-e [www.nfe.fazenda.gov.br/portal](http://www.nfe.fazenda.gov.br/portal)  
no site da Sefaz Autorizadora

NATUREZA DA OPERAÇÃO: Venda de Merc. Adq. de Terc. / Venda de Merc. Adq. de Terc. ST  
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 188.070.970.117  
DESTINATÁRIO / REMETENTE: ASSOC. HOSP. BENEFICENTE DO BRASIL (3467)  
INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO: 11.206.099/0004-41  
PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO: 135210823690403 21/07/2021 11:48:37  
NPJ: 11.206.099/0004-41

Form fields: NOME / RAZÃO SOCIAL (ASSOC. HOSP. BENEFICENTE DO BRASIL (3467)), ENDEREÇO (AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03), MUNICÍPIO (LINS), FONE/FAX (1435325198), UF (SP), INSCRIÇÃO ESTADUAL, DATA DA EMISSÃO (21/07/2021), DATA DE ENTREGA (21 JUL 2021), CNPJ/CPF (45.349.461/0001-02), CEP (16400-400), BAIRRO/DISTRITO (JARDIM ARIANO), HORA DA SAIDA

FATURA / DUPLICATA table with columns: Fatura, Data, Valor. Rows: 001 (18/08/2021, 2.232,43), 002 (01/09/2021, 2.232,42)

CÁLCULO DO IMPOSTO table with columns: Base de cálculo, Valor do ICMS, Base de cálculo do ICMS ST, Valor do ICMS substituição, Valor total dos produtos, Valor do frete, Valor do seguro, Desconto, Outras despesas acessórias, Valor total do IPI, Valor total da nota. Totals: 4.464,85

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS table with columns: Nome/Razão Social (ATIVA DISTRIBUICAO E LOGISTICA LTDA), Endereço (RUA SALVADOR RODRIGUES PRADO, 200), Município (SAO PAULO), Quantidade (9), Espécie (CAIXA), Marca, Número, Peso Bruto (81,63), Peso Líquido (81,63)

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS table with columns: Código, Descrição dos produtos/serviços, NCM/SH, CST, CFOP, UND, Quant., V. Unit., V. Total, BC ICMS, V. ICMS, V. IPI, AL ICMS, AL IPI. Rows include items like AG.DESC.13 X 4,5 C/100-SR LT 256P4 (8) 01/2026, AG.DESC.25 X 07 C/100-SR LT 2715P4 (10) 05/2026, CANULA P/TRAQUEOSTOMIA C/B N.7,0 PC-SOLIDOR LT 39220081 (1) 08/2025, CANULA P/TRAQUEOSTOMIA C/B N.7,5 PC-SOLIDOR LT 39320111 (1) 11/2025, AG.DESC.40 X 1,2 C/100-DESCARPACK LT SAGAAA107C (9) 05/2025

DADOS ADICIONAIS  
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES  
#R2V2R5V711  
ITEM 11 Imposto Recolhido por Substituicao Tributaria  
ITEM 11 ICMS-ST retido por operação anterior base: 89,36 valor: 8,50  
Pedido: 235975  
End. Entrega: AV.DR.RAUL DA CUNHA BUENO,585 , 585 - MIRANDOPOLIS - 16800-000, MIRANDOPOLIS-SP - Horário : COMERCIAL  
Empresa credenciada no Regime Especial de Distribuidor Hospitalar 036035/2018 nos termos da Portaria CAT 116/2017  
Setor de Cobrança: (11)4934-1669 / 4934-1673 / 4934-1671  
QUALQUER INCONFORMIDADE NA ENTREGA, ENTRE IMEDIATAMENTE EM CONTATO COM NOSSO PÓS-VENDAS NO NÚMERO (11) 4934-1703  
Subs.Trib.RICMS Art.313-G - Item 11  
Rota.....: 2 Cubagem: 0,73

RESERVADO AO FISCO  
AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS  
RECEBIDO 23/07/2021  
ASS. MAURO CELSO CHIAVELLI  
Farmacêutico  
CRF/SP 96390  
Convênio nº 107/2017

MERCADORIA AVARIADAS E/OU  
TALIS SÃO SERAO REPOSTAS SE  
FOREM RELACIONADAS NO  
CONHECIMENTO DE TRANSPORTE.

Termo Aditivo nº 00002/2020  
Secretaria do Estado da Saúde  
UGE: 090196 - Hospital Estadual  
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis  
Tipo de Despesa: Custeio



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

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

**DANFE**

DOCUMENTO AUXILIAR  
DA NOTA FISCAL  
ELETRÔNICA



0-ENTRADA  
1-SAIDA

1

CHAVE DE ACESSO  
**3521 0711 2060 9900 0441 5500 1000 2368 2210 0078 5817**

Nº 236822  
SERIE 1  
FOLHA 2/3

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e [www.nfe.fazenda.gov.br/portal](http://www.nfe.fazenda.gov.br/portal)  
ou no site da Sefaz Autorizadora

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

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO  
**135210823690403 21/07/2021 11:48:37**

INSCRIÇÃO ESTADUAL  
188.070.970.117

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO

CNPJ  
11.206.099/0004-41

**DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS**

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UND.	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL ICMS	AL IPI
29178	FILTRO BACT. VIRAL ELETROSTATICO - SCAV LT 10570 (10) 04/2024 \ LT 10586 (30) 04/2024 (Fornecedor: 2426, Lote: 10570, Qtde: 10 ,Data Fab: 01/04/2021, Data Val: 30/04/20-24 / Fornecedor: 2426, Lote: 10586, Qtde: 30 ,Data Fab: 01/04/2021, Data Val: 30/04/2024)	90192010	000	5102	UND	40	8,7200	348,80	348,80	62,78		18,00	
15513	EQ.MAC.FL.IL.F/A+P LL 1,5MT C/25-L.IMPOR LT 30062020 (2) 06/2023 (Fornecedor: 2080, Lote: 30062020, Qtde: 2 ,Data Fab: 01/07/-2020, Data Val: 30/06/2023)	90189010	200	5102	PCT	2	24,1600	48,32	48,32	8,70		18,00	
29285	SONDA FOLEY 2V N.16 05CC C/1-0-DESCARPACK LT SSFAAA0004 (2) 10/2025 (Fornecedor: 918, Lote: SSFAAA0004, Qtde: 2 ,Data Fab: 01/11/2020, Data Val: 31/10/-2025)	90183921	700	5102	PCT	2	25,5000	51,00	51,00	9,18		18,00	
28212	FILME TRANSP S/COMPR.06X07 PC - VITAMEDI LT 20200302 (1) 03/2023 (Fornecedor: 2300, Lote: 20200302, Qtde: 1 ,Data Fab: 16/03/-2020, Data Val: 15/03/2023)	30051090	200	5102	CX	1	91,0000	91,00	91,00	16,38		18,00	
26568	LANCETA DE SEGURANCA 28G C/100-DESCARPACK LT SLAKAA014C (6) 10/2025 (Fornecedor: 91-8, Lote: SLAKAA014C, Qtde: 6 ,Data Fab: 01/11/2020, Data Val: 31/10/2025)	90183999	200	5102	CX	6	20,0000	120,00	120,00	21,60		18,00	
25489	FRALDA AD.EXTRA GDE.10PCT C/07-SLIM GERI LT 320001001 (1) 04/2024 (Fornecedor: 798-3, Lote: 320001001, Qtde: 1 ,Data Fab: 02/04/2021, Data Val: 02/04/2024)	96190000	060	5405	FD	1	91,0000	91,00					
26110	ELETRODO AD. C/ESP.C/GEL C/5-0-DESCARPACK LT SECDA0022 (15) 11/2023 (Fornecedor: 918, Lote: SECDA0022, Qtde: 15 ,Data Fab: 01/12/2020, Data Val: 30/11/2023)	90181100	200	5102	PCT	15	14,5000	217,50	217,50	39,15		18,00	
13684	CATETER IV 20G C/100-DESCARPACK LT SCTPAA-039L (1) 09/2025 (Fornecedor: 918, Lote: SCTPAA039L, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/10/2020, Data Val: 30/09/2025)	90183929	200	5102	CX	1	76,0000	76,00	76,00	13,68		18,00	
13499	CANULA P/TRAQUEOSTOMIA C/B N.6,5 PC-SOLIDOR LT 39120081 (1) 08/2025 (Fornecedor: 2080, Lote: 39120081, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/08/2020, Data Val: 31/08/2025)	90183929	200	5102	PC	1	16,6900	16,69	16,69	3,00		18,00	
29067	C.G.7,5 X 7,5 13P EST C/10 CX 400-NOBRE LT 010/20 (1) 10/2023 (Fornecedor: 1887, Lote: 010/20, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/10/2020, Data Val: 31/10/2023)	30059090	000	5102	CX	1	198,4600	198,46	198,46	35,72		18,00	
16233	EQ.DIETA ENTERAL FLEX.S/FIL.ESCA-LON-MEDS LT 60847 (50) 05/2025 (Fornecedor: 9657, Lote: 60847, Qtde: 50 ,Data Fab: 01/05/2021, Data Val: 31/05/2025)	90183999	500	5102	PC	50	1,1100	55,50	55,50	9,99		18,00	
27486	TAMPA LUER MACHO/FEMEA C/100-BIOBASE LT 20201120 (1) 11/2025 (Fornecedor: 2414, Lote: 20201120, Qtde: 1 ,Data Fab: 20/11/-2020, Data Val: 20/11/2025)	90183999	200	5102	CX	1	20,0000	20,00	20,00	3,60		18,00	
11614	SERINGA DESC.10ML SLIP C/100-DESCARPACK LT SSSLAA0542 (20) 04/2025 \ LT SSSLAA0605 (5) 11/2025 (Fornecedor: 918, Lote: SSSLAA0542, Qtde: 20 ,Data Fab: 01/05/202-0, Data Val: 30/04/2025 / Fornecedor: 918, Lote: SSSLAA0605, Qtde: 5 ,Data Fab: 01/1-2/2020, Data Val: 30/11/2025)	90183119	200	5102	CX	25	34,0000	850,00	850,00	113,05		13,30	
28318	FILTRO BAC.VIR. C/TRAQ.AD.HMEF.C/50-SCAV LT 10552 (1) 03/2024 (Fornecedor: 2426, Lote: 10552, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/03/202-1, Data Val: 31/03/2024)	90192010	000	5102	CX	1	290,0000	290,00	290,00	52,20		18,00	

Convênio nº 107/2017  
Fonte de Recurso Estadual  
Termo Aditivo nº 00002/2020  
Secretaria do Estado da Saúde  
UGE: 090196 - Hospital Estadual  
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis  
Tipo de Despesa: Custeio



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

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

**DANFE**

DOCUMENTO AUXILIAR  
DA NOTA FISCAL  
ELETRÔNICA



0-ENTRADA  
1-SAIDA

1

CHAVE DE ACESSO

3521 0711 2060 9900 0441 5500 1000 2368 2210 0078 5817

Nº 236822  
SERIE 1  
FOLHA 3/3

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e [www.nfe.fazenda.gov.br/portal](http://www.nfe.fazenda.gov.br/portal)  
ou no site da Sefaz Autorizadora

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

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO  
135210823690403 21/07/2021 11:48:37

INSCRIÇÃO ESTADUAL  
188.070.970.117

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO

CNPJ  
11.206.099/0004-41

**DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS**

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UND.	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL ICMS	AL IPI
28319	FILTRO BAC.VIRAL C/TRAQ.ADULTO HMEF-SCAV LT 10697 (10) 05/2024 (Fornecedor: 2426, Lote: 10697, Qtde: 10 ,Data Fab: 01/05/20- 21, Data Val: 31/05/2024)	90192010	000	5102	UND	10	5,8000	58,00	58,00	10,44		18,00	
13584	CATETER IV 24G C/100-DESCARPACK LT SCTPAA- 044J (1) 12/2025 (Fornecedor: 918, Lote: SCTPAA044J, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/01/2021, Data Val: 31/12/2025)	90183929	200	5102	CX	1	85,0000	85,00	85,00	15,30		18,00	
23053	C.G.7,5 X 7,5 11F N.ESTERIL-CLEAN LT 2602- 03/21 (12) 03/2025 (Fornecedor: 1886, Lo- te: 260203/21, Qtde: 12 ,Data Fab: 01/03/- 2021, Data Val: 31/03/2025)	58030010	000	5102	PCT	12	6,9600	83,52	83,52	15,03		18,00	
24139	SONDA ASPIRACAO C/ VALV.N.14 C/200-MARK LT 17195 (2) 07/2025 (Fornecedor: 164, Lote: 17195, Qtde: 2 ,Data Fab: 01/07/2021, Data Val: 31/07/2025)	90183929	000	5102	CX	2	166,0000	332,00	332,00	59,77		18,00	
11615	SERINGA DESC.20ML SLIP C/50-DESCARPACK LT SSSLAA0610 (24) 12/2025 \ LT SSSLAA0626 (16) 12/2025 (Fornecedor: 918, Lote: SSSLAA0610, Qtde: 24 ,Data Fab: 01/01/202- 1, Data Val: 31/12/2025 / Fornecedor: 918, Lote: SSSLAA0626, Qtde: 16 ,Data Fab: 01/- 01/2021, Data Val: 31/12/2025)	90183119	200	5102	CX	40	27,0000	1.080,00	1.080,00	143,64		13,30	
22992	CATETER IV 22G 0,9X25MM C/100-TKL LT 0120- 7/585 (1) 01/2026 (Fornecedor: 2598, Lote: 01207/585, Qtde: 1 ,Data Fab: 28/02/2021, Data Val: 30/01/2026)	90183929	200	5102	CX	1	75,0000	75,00	75,00	13,51		18,00	

Convênio nº 107/2017  
Fonte de Recurso Estadual  
Termo Aditivo nº 0002/2020  
Secretaria do Estado da Saúde  
UGE: 090196 - Hospital Estadual  
Dr. Osvaldo Brandão Faria de Miranda  
Tipo de Despesa: Custeio

05/09/2021 - BANCO DO BRASIL - 15:55:17  
679006790 0004

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

-----  
BCO SANTANDER (BRASIL) S.A.  
-----

03399484570130000006276329401046387160000165370

BENEFICIARIO:

BANCO SOFISA S/A

NOME FANTASIA:

BANCO SOFISA S/A

CNPJ: 60.889.128/0001-80

BENEFICIARIO FINAL:

SUPERMED COMERCIO E IMPORTACAO DE

CNPJ: 11.206.099/0001-07

PAGADOR:

ASSOC. HOSP. BENEFICENTE DO BRASIL

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

NR. DOCUMENTO 81.605

DATA DE VENCIMENTO 18/08/2021

DATA DO PAGAMENTO 16/08/2021

VALOR DO DOCUMENTO 1.653,70

VALOR COBRADO 1.653,70  
-----

NR.AUTENTICACAO C.51B.FFE.DE5.1E8.C7D  
-----

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

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

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

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





DANFE

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

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRONICA



Rua Projetada, s/n, Itaim - CÂMBUI, MG, CEP:37600000, Fone:11-4934-1700

0-ENTRADA 1-SAIDA 1

CHAVE DE ACESSO 3121 0711 2060 9900 0107 5500 1000 5298 2210 0062 6811

Nº 529822 SERIE 1 FOLHA 1/2

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO Venda a não contribuinte INSCRIÇÃO ESTADUAL 001.771.1480296 DESTINATÁRIO / REMETENTE

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO 813.020.011.119

CNPJ 11.206.099/0001-07

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO 131214255432011 21/07/2021 14:02:41

Form fields: NOME / RAZÃO SOCIAL ASSOC. HOSP. BENEFICENTE DO BRASIL (3467), ENDEREÇO AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03, MUNICÍPIO LINS, FONE/FAX 1435325198, CNPJ/CPF 45.349.461/0001-02, DATA DA EMISSÃO 21/07/2021, CEP 16400-400, DATA ENTRADA 21 JUL 2021, UF SP, INSCRIÇÃO ESTADUAL, HORA DA SAIDA

FATURA / DUPLICATA table with columns for invoice number, date, and value.

CÁLCULO DO IMPOSTO table with columns for base of calculation, ICMS value, and total product value.

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS table with columns for name, address, quantity, species, and weight.

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS table with columns for code, description, NCM/SH, CST, CFOP, UND, QUANT., V.UNIT., V.TOTAL, BC ICMS, V.ICMS, V.IPI, AL ICMS, AL IPI.

DADOS ADICIONAIS: INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES #B2V1 B4V2 B19V1|| ITEM 9 Produto Isento de ICMS Conf.Conv.01/99. ITEM 2 e 3 Aliquota para produtos importados (Resol ucao 13/2012 do Senado Federal. Emenda Constitucional 87 de 2015: Valor da partilha para UF de Destino: R\$ 212,56 Pedido: 497547 End. Entrega: AV.DR.RAUL DA CUNHA BUENO,585 . 585 - MIRANDOPOLIS - 16800-000. MIRANDOPOLIS-SP - Horário : COMERCIAL Empresa Enquadrada como Dist. Hospitalar nos termos do Inc. XVII do art. 222 do RICMS/MG Setor de Cobrança: (11)4934-1669 / 4934-1673 / 4934-1671 QUALQUER INCONFIRMIDADE NA ENTREGA, ENTRE IMEDIATAMENTE EM CONTATO COM NOSSO PÓS-VENDAS NO NÚMERO (11) 4934-1703 Rota....: 6 Cubagem: 0,06

RESERVADO AO FISCO. AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS RECEBIDO 23/07/2021 ASS. MAURO CELSO CHIAVELLI Farmacêutico CRF/SP 96390

PERECÍVEL URGENTE

Mercadoria avariada, ou falhas só serão repostas se forem relacionadas ao conhecimentos do transportes.

Convenio nº 107/2017 Fonte de Recurso Estadual Termo Aditivo nº 00002/2020 Secretaria do Estado da Saúde UGE: 090196 - Hospital Estadual Dr. Osvaldo Brandi Faria de Mirandópolis Tipo de Despesa: Custeio



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

Rua Projetada, s/n, Itaim - CÂMBUI, MG,  
CEP:37600000, Fone:11-4934-1700

**DANFE**

DOCUMENTO AUXILIAR  
DA NOTA FISCAL  
ELETRÔNICA



0-ENTRADA  1  
1-SAIDA

CHAVE DE ACESSO  
**3121 0711 2060 9900 0107 5500 1000 5298 2210 0062 6811**

Nº 529822  
SERIE 1  
FOLHA 2/2

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e [www.nfe.fazenda.gov.br/portal](http://www.nfe.fazenda.gov.br/portal)  
ou no site da Sefaz Autorizadora

NATUREZA DA OPERAÇÃO  
Venda a não contribuinte

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO  
**131214255432011 21/07/2021 14:02:41**

INSCRIÇÃO ESTADUAL  
001.771.1480296

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO  
813.020.011.119

CNPJ  
11.206.099/0001-07

**DADOS DOS PRODUTOS/SERVIÇOS**

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UND.	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL ICMS	AL IPI
28418	NISTATINA+OX.ZINCO POM TB 60G GEN-CIMED LT 2014067 (8) 07/2022 (Fornecedor: 1666, Lote: 2014067, Qtde: 8, Data Fab: 14/07/2020, Data Val: 14/07/2022)	30049099	000	6108	TB	8	4,9225	39,38	39,38	4,73		12,00	
14585	ENOXALOW 40MG 10SER.PREENC.0,4ML-BLAU LT 21061356 (2) 06/2023 (Fornecedor: 47, Lote: 21061356, Qtde: 2, Data Fab: 01/06/2021, Data Val: 30/06/2023)	30049099	500	6108	CX	2	477,6800	955,36	955,36	114,64		12,00	
20928	ALCOOL 70% 1LT TRANS CX C/12-DESINF-JALLES MACHADO LT 21.176-70 (1) 06/2024 (Fornecedor: 1793, Lote: 21.176-70, Qtde: 1, Data Fab: 01/06/2021, Data Val: 30/06/2024)	38089429	000	6108	CX	1	83,1900	83,19	83,19	9,98		12,00	
22094	COL SECRECAO BRONQUINHO 120ML-BIOTEC LT 21/A01518 (20) 05/2024 (Fornecedor: 77-10, Lote: 21/A01518, Qtde: 20, Data Fab: 01/05/2021, Data Val: 31/05/2024)	90183929	040	6108	UND	20	6,4745	129,49					

Convênio nº 107/2017  
Fonte de Recurso Estadual  
Termo Aditivo nº 00002/2020  
Secretaria do Estado da Saúde  
UGE: 090196 - Hospital Estadual  
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis  
Tipo de Despesa: Custeio

05/09/2021 - BANCO DO BRASIL - 15:55:17  
679006790 0003

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

=====

03399484570130000006276326001047887160000103785

BENEFICIARIO:

BANCO SOFISA S/A

NOME FANTASIA:

BANCO SOFISA S/A

CNPJ: 60.889.128/0001-80

BENEFICIARIO FINAL:

SUPERMED COMERCIO E IMPORTACAO DE

CNPJ: 11.206.099/0001-07

PAGADOR:

ASSOC. HOSP. BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

=====

NR. DOCUMENTO	81.606
DATA DE VENCIMENTO	18/08/2021
DATA DO PAGAMENTO	16/08/2021
VALOR DO DOCUMENTO	1.037,85
VALOR COBRADO	1.037,85

=====

NR.AUTENTICACAO A.457.CFE.908.C54.2AE

=====

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

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

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

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

012  
31/07/2021



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

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

**DANFE**

DOCUMENTO AUXILIAR  
DA NOTA FISCAL  
ELETRÔNICA

0-ENTRADA 1  
1-SAIDA

Nº 236802  
SERIE 1  
FOLHA 1/2



CHAVE DE ACESSO  
**3521 0711 2060 9900 0441 5500 1000 2368 0210 0010 2814**

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e [www.nfe.fazenda.gov.br/portal](http://www.nfe.fazenda.gov.br/portal)  
ou no site da Sefaz Autorizadora

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

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO  
**135210823336040 21/07/2021 10:57:16**

INSCRIÇÃO ESTADUAL  
188.070.970.117

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO

CNPJ  
11.206.099/0004-41

**DESTINATÁRIO / REMETENTE**

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

CNPJ/CPF  
45.349.461/0001-02

DATA DA EMISSÃO  
21/07/2021

ENDEREÇO  
AV JOSÉ ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03

BAIRRO/DISTRITO  
JARDIM ARIANO

CEP  
16400-400

DATA ENTRADA/SAIDA  
21 JUL 2021

MUNICÍPIO  
LINS

FONE/FAIX  
1435325198

UF  
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAIDA

**FATURA / DUPLICATA**

001 18/08/2021 1.037,85 002 01/09/2021 1.037,84

**CÁLCULO DO IMPOSTO**

BASE DE CÁLCULO DO ICMS 2.075,69	VALOR DO ICMS 291,35	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST 0,00	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO 0,00	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 2.075,69
VALOR DO FRETE 0,00	VALOR DO SEGURO 0,00	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS 0,00	VALOR TOTAL DO IPI 0,00
				VALOR TOTAL DA NOTA 2.075,69

**TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS**

NOME / RAZÃO SOCIAL ATIVA DISTRIBUICAO E LOGISTICA LTDA	FRETE POR CONTA 0 - DO EMITENTE	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF 01125797000701
ENDEREÇO RUA SALVADOR RODRIGUES PRADO, 200	MUNICÍPIO SAO PAULO	UF SP	INSCRIÇÃO ESTADUAL 149529966118		
QUANTIDADE 30	ESPÉCIE CAIXA	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO 303,68	PESO LÍQUIDO 303,68

**DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS**

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UND.	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V ICMS	V IPI	AL ICMS	AL IPI
7234	BICARBONATO SODIO 8,4% 20- OAMP 10ML PL-SAMTEC LT BIV (2) 05/2023 (Fornecedor: 15842, Lote: BIV, Qtde: 2 ,Data Fab: 01/06/2021, Data Val: 31/05/20- 23)	30049099	000	5102	CX	2	132,1000	264,20	264,20	47,56		18,00	
29644	HYFREN 1MG/ML 100AMP 1ML -HYPOFARMA LT 21- 051016 (1) 05/2023 (Fornecedor: 131, Lote: 21051016, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/06/2021, Data Val: 31/05/2023)	30039099	000	5102	CX	1	122,8400	122,84	122,84	22,11		18,00	
23773	FUROSEMIDA 20MG 100AMP 2ML GEN-SANTISA LT 20201221 (2) 03/2023 (Fornecedor: 931, Lo- te: 20201221, Qtde: 2 ,Data Fab: 01/03/20- 21, Data Val: 31/03/2023)	30039099	500	5102	CX	2	112,0000	224,00	224,00	26,88		12,00	
11484	SOL.DE GLICOSE 25% 200AMP 10ML PL-SAMTEC LT LXV (1) 11/2022 (Fornecedor: 15842, Lo- te: LXV, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/12/2020, Data Val: 30/11/2022)	30049099	500	5102	CX	1	75,2500	75,25	75,25	10,01		13,30	

**DADOS ADICIONAIS**

**INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**

#R1V1R7V2911  
Pedido: 235972  
End. Entrega: AV.DR.RAUL DA CUNHA BUENO,585 , 585 - MIRANDOPOLIS - 16800-000,  
MIRANDOPOLIS-SP - Horário : COMERCIAL  
Empresa credenciada no Regime Especial de Distribuidor Hospitalar 036035/2018 nos  
termos da Portaria CAT 116/2017  
Setor de Cobrança: (11)4934-1669 / 4934-1673 / 4934-1671  
QUALQUER INCONFIRMIDADE NA ENTREGA, ENTRE IMEDIATAMENTE EM CONTATO COM NOSSO  
PÓS-VENDAS NO NÚMERO (11) 4934-1703  
Rota....: 2 Cubagem: 0,58

RESERVADO AO FISCO

**AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS**  
**RECEBIDO 23/07/2021**  
ASS. *MAURO*

**MAURO CELSO CHIAVELLI**  
Farmacêutico  
CRF/SP 96390

Forma Aditiva n. 00002/2020  
Secretaria do Estado da Saúde  
UGE: 090196 - Hospital Estadual  
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis  
Tipo de Despesa: Custeio

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





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

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

**DANFE**

DOCUMENTO AUXILIAR  
DA NOTA FISCAL  
ELETRÔNICA



0-ENTRADA  
1-SAIDA

1

CHAVE DE ACESSO

3521 0711 2060 9900 0441 5500 1000 2368 0210 0010 2814

Nº 236802  
SERIE 1  
FOLHA 2/2

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e [www.nfe.fazenda.gov.br/portal](http://www.nfe.fazenda.gov.br/portal)  
ou no site da Sefaz Autorizadora

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

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO

135210823336040 21/07/2021 10:57:16

INSCRIÇÃO ESTADUAL  
188.070.970.117

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO

CNPJ

11.206.099/0004-41

**DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS**

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UND.	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL ICMS	AL IPI
29579	SOL.DE GLICOSE 5% 1000ML 10FR-ECOFAC BR LT 20521293C2 (25) 12/2023 \ LT 211235- 09D2 (1) 03/2024 (Fornecedor: 2975, Lote: 20521293C2, Qtde: 25 ,Data Fab: 01/12/202- 0, Data Val: 31/12/2023 / Fornecedor: 297- 5, Lote: 21123509D2, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/03/2021, Data Val: 31/03/2024)	30049099	500	5102	CX	26	53,4385	1.389,40	1.389,40	184,79		13,30	

Convênio nº 107/2017  
Fonte de Recurso Estadual  
Termo Aditivo nº 00002/2020  
Secretaria do Estado da Saúde  
UGE: 090196 - Hospital Estadual  
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis  
Tipo de Despesa: Custeio

05/09/2021 - BANCO DO BRASIL - 15:55:17  
679006790 0004

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BCO BRADESCO S.A.  
=====

23790014039000001212169011554107687160000070800

BENEFICIARIO:

BIRIPEL EMBALAGENS LTDA

NOME FANTASIA:

BIRIPEL EMBALAGENS LTDA

CNPJ: 03.748.769/0001-80

BENEFICIARIO FINAL:

BIRIPEL EMBALAGENS LTDA

CNPJ: 03.748.769/0001-80

PAGADOR:

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE D

CNPJ: 45.349.461/0001-02

=====

NR. DOCUMENTO	81.607
DATA DE VENCIMENTO	18/08/2021
DATA DO PAGAMENTO	16/08/2021
VALOR DO DOCUMENTO	708,00
VALOR COBRADO	708,00

=====

NR.AUTENTICACAO 2.F29.0F7.066.860.F74

=====

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

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

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

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

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE <b>BIRIPEL EMBALAGENS LTDA</b> RUA WAGIH RAHAL, 70 CENTRO - CENTRO - CEP:16200-242 BIRIGUI - SP TEL. (18)3642-4390		<b>DANFE</b> DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA 0 - ENTRADA 1 - SAÍDA <b>Nº 000169779 fl. 1 / 1</b> SÉRIE 001			
NATUREZA DE OPERAÇÃO <b>VENDA</b>		CHAVE DE ACESSO 3521 0703 7487 6900 0180 5500 1000 1697 7915 0459 0307		Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora	
INSCRIÇÃO ESTADUAL 214073629113		INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIB.		PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 135210826058942 21/07/2021 18:12:29	
CNPJ / CPF 03.748.769/0001-80					

DESTINATÁRIO / REMETENTE			NOME / RAZÃO SOCIAL <b>ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL</b>		CNPJ / CPF 45.349.461/0001-02	DATA DA EMISSÃO 21/07/2021
ENDEREÇO RUA SETE SETEMBRO, 529			BAIRRO / DISTRITO CENTRO		CEP 16210-000	DATA SAÍDA / ENTRADA 21/07/2021
MUNICÍPIO BILAC		FONE / FAX (18)3659-1411	UF SP	INSCRIÇÃO ESTADUAL		HORA DA SAÍDA 18:12:18

Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR	Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR	Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR	Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR
001	18/08/2021	708,00									

DADOS DA FATURA	NÚMERO	VALOR ORIGINAL	VALOR DESCONTO	VALOR LÍQUIDO
	169779	708,00	0,00	708,00

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE CÁLC. ICMS SUBST.	VALOR DO ICMS SUBST.	VALOR APROX. DOS TRIBUTOS	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	287,02	708,00
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESP. ACESS.	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	708,00

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

CÓDIGO DO PROD. / SERV.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / SH	CST	CFOP	UNID.	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR DESCONTO	VALOR LÍQUIDO	BASE CALC. ICMS	VALOR I.C.M.S.	VALOR I.P.I.	ALÍQUOTAS ICMS	ALÍQUOTAS IPI
0000000003746	COPO PLAST. KEROPOPO 50 ML BRANCO CX C/5000	39241000	060	5405	cx	3,000	118,00	0,00	354,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0000000004931	COPO PLAST. KEROPOPO 180 ML TRANSP. PS CX C/2500	39241000	060	5405	cx	3,000	118,00	0,00	354,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS		RESERVADO AO FISCO	
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES IMPOSTOS: Valor Aproximado dos Tributos RS: 159,58 Federal, 127,44 Estadual e 0,00 Municipal - Fonte: IBPT/empresometro.com.br (1!AEAD).		<p style="text-align: right;">Convênio nº 107/2017 Fonte de Recurso Estadual Termo Aditivo nº 00002/2020 Secretaria do Estado da Saúde UGE: 090196 - Hospital Estadual Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis Tipo de Despesa: Custeio</p> <p style="text-align: center;"><b>AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS</b> <b>RECEBIDO</b> 22/07/2021 MAURO ASS. MAURO CELSO CHIAVELLI Farmacêutico CRF/SP 96390</p>	

05/09/2021 - BANCO DO BRASIL - 15:55:17  
679006790 0011

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO DO BRASIL

00190000090313677300300097247175687160000142000

BENEFICIARIO:

MEDICAMENTAL HOSPITALAR LTDA

NOME FANTASIA:

MEDICAMENTAL HOSPITALAR LTDA

CNPJ: 31.378.288/0001-66

PAGADOR:

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE D

CNPJ: 45.349.461/0001-02

=====

NR. DOCUMENTO 81.608

NOSSO NUMERO 31367730000097247

CONVENIO 03136773

DATA DE VENCIMENTO 18/08/2021

DATA DO PAGAMENTO 16/08/2021

VALOR DO DOCUMENTO 1.420,00

VALOR COBRADO 1.420,00

=====

NR.AUTENTICACAO 9.F3E.F21.503.FBB.BF0

=====

Central de Atendimento BB

4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas

0800 729 0001 Demais localidades.

Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB

0800 729 0722

Informacoes, reclamacoes, cancelamento de  
produtos e servicos.

Ouvidoria

0800 729 5678

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

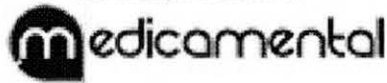
Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala

0800 729 0088

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

Convênio nº 107/2017  
Fonte de Recurso Estadual  
Termo Aditivo nº 00002/2020  
Secretaria do Estado da Saúde  
UGE: 090196 - Hospital Estadual  
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis  
Tipo de Despesa: Custeio




**MEDICAMENTAL HOSPITALAR LTDA**

 VIA ANHANGUERA, S/N - KM 307 950M GP2  
 CANDIDO PORTINARI - 14093-500  
 RIBEIRAO PRETO - SP Fone/Fax: 1635054900  
 www.medicamental.com.br

**DANFE**  
 Documento Auxiliar da Nota  
 Fiscal Eletrônica

 0 - ENTRADA  
 1 - SAÍDA

1

 Nº. 000.088.776  
 Série 001  
 Folha 1/1


CHAVE DE ACESSO

3521 0731 3782 8800 0166 5500 1000 0887 7611 2985 1020

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO

**VENDA DE MERCADORIA**

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

135210815321648 - 19/07/2021 20:54:26

INSCRIÇÃO ESTADUAL

797409146110

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.

CNPJ / CPF

31.378.288/0001-66

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL

**ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL**

CNPJ / CPF

45.349.461/0001-02

DATA DA EMISSÃO

19/07/2021

ENDEREÇO

**AVENIDA JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 - SALA 03 303**

BAIRRO / DISTRITO

**JARDIM ARIANO**

CEP

16400-400

DATA DA SAÍDA/ENTRADA

19/07/2021

MUNICÍPIO

**LINS**

UF

**SP**

FONE / FAX

14997820047

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA/ENTRADA

21:54:00

INFORMAÇÕES DO LOCAL DE ENTREGA

NOME / RAZÃO SOCIAL

**SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE**

CNPJ / CPF

46.374.500/0012-47

INSCRIÇÃO ESTADUAL

ENDEREÇO

**AV DR RAUL DA CUNHA BUENO, 585**

BAIRRO / DISTRITO

**CENTRO**

CEP

16800-000

MUNICÍPIO

**MIRANDOPOLIS**

UF

**SP**

FONE / FAX

FATURA / DUPLICATA

Num.	001	Num.	002
Venc.	18/08/2021	Venc.	17/09/2021
Valor	RS 1.420,00	Valor	RS 1.420,00

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE CÁLC.ICMS	VALOR DO ICMS	VALOR DO ICMS-FCP	BASE CÁLC.ICMS S.T.	VALOR ICMS S.T.	VALOR ICMS S.T-FCP	TOTAL PRODUTOS
2.840,00	511,20	0,00	0,00	0,00	0,00	2.840,00
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS	VALOR TOTAL IPI	VALOR IMPORTAÇÃO	TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2.840,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL

**NIKKEY RIO PRETO LOGISTICA E TRANSPORTE - EIREL**

FRETE POR CONTA

**0-Remetente**

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ / CPF

15.066.184/0001-60

ENDEREÇO

**RUA MARIA CERON VOLPE,2260**

MUNICÍPIO

**SAO JOSE DO RIO PRETO**

UF

**SP**

INSCRIÇÃO ESTADUAL

647598751114

QUANTIDADE

1

ESPECIE

**Volumes**

MARCA

NUMERAÇÃO

PESO BRUTO

4,100

PESO LIQUIDO

4,100

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CODIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	O/CST	CFOP	UN	QUANT	VALOR UNIT	VALOR TOTAL	B.CÁLC ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	VALOR ST+FCP	ALIQ. ICMS	ALIQ. IPI
32300	PROPOTIL 10MG/ML CX CT 5 AMP 20ML***/MIDFARMA HOSP/C1 S# Lote: 21PF20065 Qtd: 20 Val: 01/03/2023	30049095	700	5102	UN	20	142,0000	2.840,00	2.840,00	511,20			18,00	

 Convênio nº 107/2017  
 Fonte de Recurso Estadual  
 Termo Aditivo nº 0002/2020  
 Secretaria do Estado da Saúde  
 UGE: 090196 - Hospital Estadual  
 Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis  
 Tipo de Despesa: Custeio

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

 Inf. Contribuinte: PEDIDO CONFIRMADO COM ANDERSON  
 Ore 12984800 Fichas 1/1 1 vols  
 ATENDIMENTO 16 3505-4900 R: 1605 hospitalar@medicamental.com.br  
 AFE: AUTORIZ/MS: 1.18507.0  
 AE: AUTORIZ/MS: 1.18508.3  
 AFE 1.18.507-0- AE 1.18.508-3 Email do Destinatário: xml@portaldentrega.com.br  
 Inf. fisco: Valor Aprox Tributos Federal: R\$ 438,78 Estadual: R\$ 340,80 Municipal: R\$ 0,00 Fonte: IBPT  
 MERCADORIA ENTREGUE CONFORME ARTIGO 125, o 7o DO RICMS-SP/2000 - ENTREGA DE MERCADORIA DE NAO  
 CONTRIBUINTE DE IMPOSTO A OUTRA PESSOA NAO CONTRIBUINTE DE IMPOSTO.  
 Regime Especial - 035738-2018 - Portaria CAT no 116/2017  
 ROTA: CD MARILIA - R 40 - INT

RESERVADO AO FISCO

**AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS**
**RECEBIDO 20/07/2021**
**ASS. MAURO**
**MAURO CELSO CHIAVELLI**  
 Farmacêutico  
 CRF/SP 96390

05/09/2021 - BANCO DO BRASIL - 15:55:17  
679006790 0006

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO DO BRASIL

00190000090313677300300097558175187170000081602

BENEFICIARIO:

MEDICAMENTAL HOSPITALAR LTDA

NOME FANTASIA:

MEDICAMENTAL HOSPITALAR LTDA

CNPJ: 31.378.288/0001-66

PAGADOR:

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE D

CNPJ: 45.349.461/0001-02

=====

NR. DOCUMENTO 81.609

NOSSO NUMERO 31367730000097558

CONVENIO 03136773

DATA DE VENCIMENTO 19/08/2021

DATA DO PAGAMENTO 16/08/2021

VALOR DO DOCUMENTO 816,02

VALOR COBRADO 816,02

=====

NR.AUTENTICACAO 1.09C.361.36D.AB5.C91

=====

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

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

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

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

RECEBEMOS DE MEDICAMENTAL HOSPITALAR LTDA OS PRODUTOS E/OU SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA INDICADA ABAIXO. EMISSÃO: 20/07/2021 VALOR TOTAL: R\$ 1.632,03 DESTINATÁRIO: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL - AVENIDA JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 - SALA 03 303 JARDIM ARIANO LINS-SP



NFe N°. 000.089.058  
Série 001

DATA DE RECEBIMENTO IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

<b>IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE</b>  <b>MEDICAMENTAL HOSPITALAR LTDA</b> VIA ANHANGUERA, S/N - KM 307 950M GP2 CANDIDO PORTINARI - 14093-500 RIBEIRAO PRETO - SP Fone/Fax: 1635054900 www.medicamental.com.br		<b>DANFE</b> Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica 0 - ENTRADA 1 - SAÍDA <b>Nº. 000.089.058</b> <b>Série 001</b> Folha 1/1	 CHAVE DE ACESSO <b>3521 0731 3782 8800 0166 5500 1000 0890 5811 2989 1462</b> Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora
NATUREZA DA OPERAÇÃO <b>VENDA DE MERCADORIA</b>		PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO <b>135210821110391 - 20/07/2021 21:57:14</b>	
INSCRIÇÃO ESTADUAL <b>797409146110</b>	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.	CNPJ / CPF <b>31.378.288/0001-66</b>	

<b>DESTINATÁRIO / REMETENTE</b> NOME / RAZÃO SOCIAL <b>ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL</b> ENDEREÇO <b>AVENIDA JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 - SALA 03 303</b> MUNICÍPIO <b>LINS</b>		BAIRRO / DISTRITO <b>JARDIM ARIANO</b> UF <b>SP</b>	CNPJ / CPF <b>45.349.461/0001-02</b>	CEP <b>16400-400</b>	DATA DA EMISSÃO <b>20/07/2021</b>	DATA DA SAÍDA/ENTRADA <b>20/07/2021</b>	HORA DA SAÍDA/ENTRADA <b>22:57:00</b>
---	--	--	---	-------------------------	--------------------------------------	--	--

<b>INFORMAÇÕES DO LOCAL DE ENTREGA</b> NOME / RAZÃO SOCIAL <b>SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE</b> ENDEREÇO <b>AV DR RAUL DA CUNHA BUENO, 585</b> MUNICÍPIO <b>MIRANDOPOLIS</b>		BAIRRO / DISTRITO <b>CENTRO</b> UF <b>SP</b>	CNPJ / CPF <b>46.374.500/0012-47</b>	CEP <b>16800-000</b>	INSCRIÇÃO ESTADUAL	FONE / FAX
--	--	---	---	-------------------------	--------------------	------------

<b>FATURA / DUPLICATA</b>	
Num. <b>001</b>	Num. <b>002</b>
Venc. <b>19/08/2021</b>	Venc. <b>18/09/2021</b>
Valor <b>RS 816,02</b>	Valor <b>RS 816,01</b>

BASE CALC.ICMS	VALOR DO ICMS	VALOR DO ICMS-FCP	BASE CÂLC.ICMS S.T.	VALOR ICMS S.T.	VALOR ICMS S.T-FCP	TOTAL PRODUTOS
<b>1.632,03</b>	<b>221,83</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>1.632,03</b>
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS	VALOR TOTAL IPI	VALOR IMPORTAÇÃO	TOTAL DA NOTA
<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>1.632,03</b>

<b>TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS</b> NOME / RAZÃO SOCIAL <b>NIKKEY RIO PRETO LOGISTICA E TRANSPORTE - EIREL</b> ENDEREÇO <b>RUA MARIA CERON VOLPE,2260</b> QUANTIDADE <b>15</b>		FRETE POR CONTA <b>0-Remetente</b>	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ / CPF <b>15.066.184/0001-60</b>	INSCRIÇÃO ESTADUAL <b>647598751114</b>	PESO BRUTO <b>36,086</b>	PESO LÍQUIDO <b>36,086</b>
MUNICÍPIO <b>SAO JOSE DO RIO PRETO</b>		UF <b>SP</b>	NUMERAÇÃO	MARCA	ESPECIE <b>Volumes</b>				

CODIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	O/CST	CFOP	UN	QUANT	VALOR UNIT	VALOR TOTAL	B.CÂLC ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	VALOR ST+FCP	ALIQ ICMS	ALIQ IPI
15787	AGUA P/ INJECAO 10ML C/200AMP/ISOFARMA HOSP O+ Lote: 1060141 Qtd: 11 Val: 08/06/2024	30049099	000	5102	CX	11	84,0000	924,00	924,00	122,89			13,30	
34943	ATADURA CREPE N/EST 15CM 13F 1,8M EUROPA C/12/POLAR FIX HOSP Lote: 48950 Qtd: 13 Val: 19/05/2026 FCE:A5DD1F6B-72BC-41AD-A303-B19CB8DBAA4E	30059090	500	5102	PT	13	8,0485	104,63	104,63	18,83			18,00	
30247	DERMAEX OLEO CICATRIZANTE CURATIVO 200ML/NUTRIMASIS HOSP Lote: 21050101 Qtd: 24 Val: 30/05/2023	15121919	000	5102	UN	24	5,3500	128,40	128,40	23,11			18,00	
15729	VANCOMICINA 500MG C/ 50 FA/TEUTO HOSP/AM G+ Lote: 1935460 Qtd: 2 Val: 02/06/2023	30042071	000	5102	CX	2	237,5000	475,00	475,00	57,00			12,00	

Convênio nº 107/2017  
Fonte de Recurso Estadual  
Termo Aditivo nº 0002/2020  
Secretaria do Estado da Saúde  
UGE: 090196 - Hospital Estadual  
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis  
Tipo de Despesa: Custeio

<b>DADOS ADICIONAIS</b> <b>INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES</b> Inf. Contribuinte: PEDIDO 11882 CONTATO ANDERSON Orc 12988917 Fichas 1/2 1 vols, 2/2 14 vols ATENDIMENTO 16 3505-4900 R: 1605 hospitalar@medicamental.com.br AFE: AUTORIZ/MS: 1.18507.0 AE: AUTORIZ/MS: 1.18508.3 AFE 1.18.507-0- AE 1.18.508-3 Email do Destinatário: xml@portaldentrega.com.br Inf. fisco: Valor Aprox Tributos Federal: R\$ 219,51 Estadual: R\$ 221,83 Municipal: R\$ 0,00 Fonte: IBPT MERCADORIA ENTREGUE CONFORME ARTIGO 125, o 7o DO RICMS-SP/2000 - ENTREGA DE MERCADORIA DE NAO CONTRIBUINTE DE IMPOSTO A OUTRA PESSOA NAO CONTRIBUINTE DE IMPOSTO. (A) Aliquota de ICMS conforme Artigo 54, inciso XVII, do RICMS/SP Regime Especial - 035738/2018 - Portaria CAT no 116/2017 ROTA: CD MARILIA - R 40 - INT
---

RESERVADO AO FISCO
<b>AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS</b>
<b>RECEBIDO</b> 21/07/2021
<b>ASS.</b> MAURO CELSO CHIAVELLI Farmacêutico CRF/SP 96390 www.goweb.com.br

05/09/2021 - BANCO DO BRASIL - 15:55:17  
679006790 0007

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BCO COOPERATIVO SICREDI S.A.

=====

74891116207163543021902213581073687180000018990

BENEFICIARIO:

F B BABETO ME

NOME FANTASIA:

F B BABETO ME

CNPJ: 14.508.613/0001-49

BENEFICIARIO FINAL:

F B BABETO ME

CNPJ: 14.508.613/0001-49

PAGADOR:

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE D

CNPJ: 45.349.461/0001-02

=====

NR. DOCUMENTO	81.610
DATA DE VENCIMENTO	20/08/2021
DATA DO PAGAMENTO	16/08/2021
VALOR DO DOCUMENTO	189,90
DESCONTO/ABATIMENTO	10,00
VALOR COBRADO	179,90

=====

NR.AUTENTICACAO 6.6D6.08A.DA3.D17.FBC

=====

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

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

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

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

Convênio nº 107/2017  
Fonte de Recurso Estadual  
Termo Aditivo nº 00002/2020  
Secretaria do Estado da Saúde  
UGE: 090196 - Hospital Estadual  
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis  
Tipo de Despesa: Custeio

**F NET TELECON LTDA**

RUA NOVE DE JULHO, 784 - CEP:16800-000-Mirandópolis(SP)

IE : 449019473114

CNPJ 14.508.613/0001-49

Nota Fiscal de Serviço de

Modelo 21 - Série 100

Nº 000000022

Emissão: 02/08/2021

Tomador dos serviços/Destinatário das mercadorias

**ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO**

RUA DR RAUL DA CUNHA BUENO, 585

16800-000 CENTRO Mirandópolis SP

Nº de Referencia:

02825

CNPJ/CPF:

45349461000102

Inscrição Estadual

ISENTO

Base do Cálculo do ICMS	ICMS	Isenta e Não Tributada	Outros	Valor Total
0,00	0,00	189,90	0,00	189,90

Chave de Codificação Digital	Situação do documento fiscal
f7aa.cec2.ef06.37fa.ddc9.1101.f356.e45b	

SEQ.	DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS / PRODUTOS	VALOR TOTAL	BASE DE CÁLCULO ICMS	ALÍQUOTA ICMS
1	FNET FIBRA EMPRESARIAL 600 (DW400/UP200)	189,90	0,00	0,00

Convênio nº 107/2017  
Fonte de Recurso Estadual  
Termo Aditivo nº 00002/2020  
Secretaria do Estado da Saúde  
UGE: 090196 - Hospital Estadual  
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis  
Tipo de Despesa: Custeio

05/09/2021 - BANCO DO BRASIL - 15:55:17  
679006790 0003

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO DO BRASIL

00190000090130484000001125122174887180000450000

BENEFICIARIO:

COMERCIAL C RIOCLARENSE LTDA

NOME FANTASIA:

COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTD

CNPJ: 67.729.178/0002-20

PAGADOR:

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE D

CNPJ: 45.349.461/0001-02

=====

NR. DOCUMENTO 81.611

NOSSO NUMERO 13048400001125122

CONVENIO 01304840

DATA DE VENCIMENTO 20/08/2021

DATA DO PAGAMENTO 16/08/2021

VALOR DO DOCUMENTO 4.500,00

VALOR COBRADO 4.500,00

=====

NR.AUTENTICACAO 9.F89.F84.C7A.B21.F49

=====

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

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

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

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

Identificação do emitente



COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA

RUA PAULO COSTA 140 - DISTRITO INDUSTRIAL JARDIM PIEMONT SUL - BETIM - MG  
CEP 32669-712 - 3134394300

**A F E**  
DOCUMENTO AUXILIAR DA  
NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA  
1 - SAÍDA

1

Nº. 0609800 FL 1 / 1  
SÉRIE 1

CHAVE DE ACESSO

3121 0767 7291 7800 0220 5500 1000 6098 0016 2471 5341

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

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

131214259612351 23/07/2021 18:55:09

NATUREZA DA OPERAÇÃO

VENDA DE MERC ADQ E REC DE TERC, DEST A NAO

INSCRIÇÃO ESTADUAL

0629965800021

INSCR EST SUBS TRIBUTARIO

813016120116

CNPJ

67.729.178/0002-20

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ / CPF

45.349.461/0001-02

DATA DA EMISSÃO

23/07/2021

ENDEREÇO

AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303

BAIRRO / DISTRITO

JARDIM ARIANO

CEP

16400-400

DATA DA ENTRADA/SAÍDA

23/07/2021

MUNICÍPIO

LINS

FONE / FAX

1836591243

UF

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DE SAÍDA

FATURA/DUPLICATA

FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR
0609800/1	20/08/2021	4.500,00	0609800/2	17/09/2021	4.500,00			

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUTO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS	
9.000,00	1.080,00	0,00	0,00	9.000,00	
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	VALOR DO DESCONTO	OUTRAS DESPESAS	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	9.000,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL

ATIVA DISTR E LOGISTICA LTDA

FRETE POR CONTA

0 - Por conta do emitente

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ

01.125.797/0008-92

ENDEREÇO

AV APIO CARDOSO 3115

MUNICÍPIO

CONTAGEM

UF

MG

INSCRIÇÃO ESTADUAL

0620929840177

QUANTIDADE

2,00

ESPÉCIE

VOLUME(S)

MARCA

NUMERO

0,00005

PESO BRUTO

5,310

PESO LÍQUIDO

5,310

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / SH	CST	CFOP	UN	QUANT.	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL	B CALC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALIQUOTAS ICMS	ALIQUOTAS IPI
032595	MIDAZOLAM 50MG (HYPOFARMA) (ITEM GENERICO) L: 2 1071313 Q: 300,0000 F: 01/07/21 V: 30/11/2021 *** Portaria 344/ 98 B1	30049069	000	6108	AP	300,00	30,00	9.000,00	9.000,00	1.080,00	0,00	12,00	0,00

CÁLCULO DO ISSQN

INSCRIÇÃO MUNICIPAL	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	BASE DE CÁLCULO DO ISSQN	VALOR DO ISSQN
1282010014	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

LOCAL DE ENTREGA: 46374500001247-AV DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Municipio: MIRANDOPOLIS CEP: 16800000 UF: SP País: BRASIL UNID.NEGOC: 002 PREZADO CLIENTE, FAVOR CONFERIR NO ATO DA ENTREGA - NAO ACEITAREMOS RECLAMACOES APOS 48hs DO RECEBIMENTO. DATA ENTREGA: 26/07/2021 Pedido: 1987712 Autorizacao de Compra(Pedido Cliente): 1987712 \*\*\* O pagamento devera ser realizado atraves do boleto anexo a nota fiscal, caso nao receba entre em contato atraves do e-mail boletos@rioclarense.com.br ou no telefone (19)3522-5800, Setor de Cobranca Privado. AFE: 1.043977 \*\* AE: 1.217151 \*\* AAS: 0342/2019 Validade: 18/06/2021 MODAL: RODOVIARIO / TIPO ENTREGA: EXPRESSA LOCAL DE ENTREGA: Endereço: AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Municipio: MIRANDOPOLIS CEP: 16800000 UF: SP País: BRASIL(Codigo Interno Emitente: 4768 Nome Fantasia: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL) LOCAL DE ENTREGA: AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Municipio: MIRANDOPOLIS UF: SP País: BRASIL

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS

RECEBIDO 28/07/2021

ASS.

MAURO CELSO CHIAVELLI

Farmacêutico

CRF/SP 96990

Registro nº 107/2017

Fonte de Recurso Estadual

Termo Aditivo nº 00002/2020

Secretaria do Estado da Saúde

UGE: 090196 - Hospital Estadual

Dr. Osvaldo Brandi Faria de Mirandópolis

Tipo de Despesa: Custeio

05/09/2021 - BANCO DO BRASIL - 15:55:17  
679006790 0007

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

ITAU UNIBANCO S.A.

34191090080376317055642336350006687180000136230

BENEFICIARIO:

ANBIOTON IMPORTADORA LTDA

NOME FANTASIA:

ANBIOTON IMPORTADORA LTDA

CNPJ: 11.260.846/0001-87

BENEFICIARIO FINAL:

ANBIOTON IMPORTADORA LTDA

CNPJ: 11.260.846/0001-87

PAGADOR:

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICE

CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO 81.612  
DATA DE VENCIMENTO 20/08/2021  
DATA DO PAGAMENTO 16/08/2021  
VALOR DO DOCUMENTO 1.362,30  
VALOR COBRADO 1.362,30

NR.AUTENTICACAO 3.433.C9A.F2B.062.418

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

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

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

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



Identificação do emitente

**ANBIOTON IMPORTADORA LTD A**

AV. AMANCIO GAIOLLI, 426  
Complemento: GALPAO 2 - MODULO 2

AGUA CHATA Cep:07251-250  
GUARULHOS/SP  
Fone: 551143729982

**DA**  
DOCUMENTO AUXILIAR DA  
NOTA FISCAL ELETRÔNICA  
0-ENTRADA  
1-SAÍDA

N. 000146027  
SÉRIE 1  
FOLHA 01/01



**CHAVE DE ACESSO DA NF-E**  
3521 0711 2608 4600 0187 5500 1000 1460 2714 9035 3609

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO: VENDAS DE MERC. ADQUIRIDAS E/OU RECEBIDAS DE TERCEIROS  
PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO: 135210823762057 21/07/2021 11:59:45-03:00

INSCRIÇÃO ESTADUAL: 336905878113  
INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIB.:  
CNPJ/CPF: 11.260.846/0001-87

DESTINATARIO/REMETENTE  
NOME/RAZÃO SOCIAL: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL  
CNPJ/CPF: 45.349.461/0001-02  
DATA DE EMISSÃO: 21/07/2021  
ENDEREÇO: AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303, SALA 03  
BAIRRO/DISTRITO: JARDIM ARIANO  
CEP: 16400-400  
DATA ENTRADA/SAÍDA: 21/07/2021  
MUNICIPIO: LINS  
FONE/FAX: 1435325198  
UF: SP  
INSCRIÇÃO ESTADUAL:  
HORA ENTRADA/SAÍDA: 11:56:00

FATURA	001	002							
20/08/2021	19/09/2021								
1.362,30	1.362,30								

CALCULO DO IMPOSTO					
BASE DE CALCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CALCULO DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS	
2.724,60	449,63	0,00	0,00	2.724,60	
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2.724,60

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS  
RAZÃO SOCIAL: QUALITY TRANSP. E ENTREGAS RAPIDAS LTDA  
FRETE POR CONTA: 0-REMETENTE  
CÓDIGO ANTT:  
PLACA DO VEÍCULO:  
UF:  
CNPJ/CPF: 06.321.409/0001-96  
ENDEREÇO: RUA JUA, 70  
MUNICIPIO: SAO PAULO  
UF: SP  
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 148923420116  
QUANTIDADE: 2  
ESPECIE: CAIXA(S)  
MARCA:  
NUMERAÇÃO:  
PESO BRUTO: 0,002  
PESO LIQUIDO: 4,986

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇO														
CODIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PROD./SERV.	NCM/SH	CST	CFOP	UN	QUANT.	VUNITARIO	VTOTAL	BC.ICMS	VICMS	VIPI	A.ICMS	A.IPI	
0327.1211	VASOPRESSINA 20 U/ ML CX C/ 10 AMP - BIO LAB ENCRISE Lote - 1063245 / Valid. - 31/05/2023	30043999	500	5102	UN	1,00	235,0000	235,00	235,00	42,30	0,00	18,00%	0,00%	
0085.406502	POLIELSTIRENOSSULFONATO CALCIO 900MG/G PO SUSP ORAL CX C/60ENV 30G - EUROFARMA CAL NATE Lote - 735315 / Valid. - 30/05/2024	30049099	000	5102	UN	1,00	1.315,8000	1.315,80	1.315,80	236,84	0,00	18,00%	0,00%	
0224.1000925	RISPERIDONA (C1) 1MG CX C/30 CPR - UNIAO QUIMICA VIVERDAL Lote - 2107562 / Valid. - 28/02/2023	30049069	500	5102	UN	7,00	5,4000	37,80	37,80	6,81	0,00	18,00%	0,00%	
0224.1000358	METILPREDNISOLONA ACETATO 40MG/ML SUS IN J CX C/ 1FA 2ML - UNIAO QUIMICA PREDI-ME DROL Lote - 2112429 / Valid. - 31/03/2023	30043290	500	5102	UN	30,00	15,2000	456,00	456,00	82,08	0,00	18,00%	0,00%	
0032.846	CEFTRIAXONA 1G CX C/ 50 FA - ABL. GENERICO Lote - 100662S / Valid. - 31/12/2022	30042059	500	5102	UN	2,00	340,0000	680,00	680,00	81,60	0,00	12,00%	0,00%	

CALCULO DO ISSQN			
INSCRIÇÃO MUNICIPAL: 174488	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS:	BASE DE CÁLCULO DO ISSQN:	VALOR DO ISSQN:

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES  
Protocolo: 135210823762057  
PEDIDO 11884  
PEDIDO INTERNO: 141789  
PRODUTOS GENERICOS - ALIQ. ICMS 12% - LEI 16.005, DE 24 DE NOVEMBRO DE 2015

**PREZADO CLIENTE, FAVOR  
CONFERIR SUA MERCADORIA  
NO ATO DA ENTREGA  
NÃO ACEITAMOS DEVOLUÇÕES  
POSTERIORES POR AVARIA OU  
DESCONFORMIDADE COM O  
PEDIDO**

RESERVADO AO FISCO

Convênio nº 107/2017  
Fonte de Recurso Estadual  
Termo Aditivo nº 00902/2020  
Secretaria do Estado da Saúde  
UGE: 090196 - Hospital Estadual  
Desenvolvimento Farmacológico de Mirandópolis

**AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS**  
**RECEBIDO 23/07/2021**  
**ASS. MAURO**  
**MAURO CELSO CHIAVELLI**  
Farmacêutico  
CRF/SP 96390

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
05/09/2021 - AUTOATENDIMENTO - 15.55.17  
6790306790 SEGUNDA VIA 0005

COMPROVANTE DE PAGAMENTO

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


=====

AG. ARRECADADOR	
CNC 001 - 6790 - BILAC	SP
CODIGO DE BARRAS	85690000007 58980064123 21453494610 00105611212
DATA DO PAGAMENTO	16/08/2021
PERIODO DE APURACAO	-----
NUMERO DO CPF	-----
CODIGO DA RECEITA	-----
NUMERO DE REFERENCIA	-----
DATA DO VENCIMENTO	-----
RECEITA BRUTA ACUMULADA	-----
PERCENTUAL	-----
VALOR DO PRINCIPAL	-----
VALOR DA MULTA	-----
VALOR DOS JUROS	-----
VALOR TOTAL	758,98

-----


DOCUMENTO: 081613  
AUTENTICACAO SISBB: 9.185.21B.007.74F.6E4

Convênio nº 107/2017  
Fonte de Recurso Estadual  
Termo Aditivo nº 00002/2020  
Secretaria do Estado da Saúde  
UGE: 090196 - Hospital Estadual  
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis  
Tipo de Despesa: Custeio

 <b>MINISTÉRIO DA FAZENDA</b> <b>SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL</b> Documento de Arrecadação de Receitas Federais  <b>DARF</b>	<b>02</b> PERÍODO DE APURAÇÃO	31/07/2021
	<b>03</b> NÚMERO DO CPF OU CNPJ	45.349.461/0001-02
	<b>04</b> CÓDIGO DA RECEITA	0561
	<b>05</b> NÚMERO DE REFERÊNCIA	
	<b>06</b> DATA DE VENCIMENTO	20/08/2021
<b>01</b> NOME / TELEFONE ASSOC HOSP BENEF DO BRASIL 1633748438	<b>07</b> VALOR DO PRINCIPAL	758,98
DARF IRRF 07 2021 UTI MIRANDOPOLIS	<b>08</b> VALOR DA MULTA	0,00
<b>DARF válido para pagamento até 20/08/2021</b> Domicílio tributário do contribuinte: <b>LINS</b> <b>NÃO RECEBER COM RASURAS</b> Auto Atendimento Versão 5.70.72.6643 - opção 1 - DLL versão 1.4	<b>09</b> VALOR DOS JUROS E / OU ENCARGOS DL - 1.025/69	0,00
	<b>10</b> VALOR TOTAL	758,98

8569000007-1 58980064123-7 21453494610-5 00105611212-9 **11** AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1ª e 2ª vias)

cortar nesta linha

 <b>MINISTÉRIO DA FAZENDA</b> <b>SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL</b> Documento de Arrecadação de Receitas Federais  <b>DARF</b>	<b>02</b> PERÍODO DE APURAÇÃO	31/07/2021
	<b>03</b> NÚMERO DO CPF OU CNPJ	45.349.461/0001-02
	<b>04</b> CÓDIGO DA RECEITA	0561
	<b>05</b> NÚMERO DE REFERÊNCIA	
	<b>06</b> DATA DE VENCIMENTO	20/08/2021
<b>01</b> NOME / TELEFONE ASSOC HOSP BENEF DO BRASIL 1633748438	<b>07</b> VALOR DO PRINCIPAL	758,98
DARF IRRF 07 2021 UTI MIRANDOPOLIS	<b>08</b> VALOR DA MULTA	0,00
<b>DARF válido para pagamento até 20/08/2021</b> Domicílio tributário do contribuinte: <b>LINS</b> <b>NÃO RECEBER COM RASURAS</b> Auto Atendimento Versão 5.70.72.6643 - opção 1 - DLL versão 1.4	<b>09</b> VALOR DOS JUROS E / OU ENCARGOS DL - 1.025/69	0,00
	<b>10</b> VALOR TOTAL	758,98

8569000007-1 58980064123-7 21453494610-5 00105611212-9 **11** AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1ª e 2ª vias)

cortar nesta linha

DARF emitido em duas vias. Recorte nas linhas pontilhadas e efetue o pagamento na rede bancária autorizada.

Convênio nº 107/2017  
 Fonte de Recurso Estadual  
 Termo Aditivo nº 00002/2020  
 Secretaria do Estado da Saúde  
 UGE: 090196 - Hospital Estadual  
 Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis  
 Tipo de Despesa: Custeio

RELAÇÃO DAS BASES DO IRRF

Código	Nome do empregado	Tipo	Base cálculo	Abatimentos	Dependentes	ND	Taxa	Dedução	Valor IRRF
Período: 01/07/2021 a 31/07/2021									
EMPREGADOS									
3908	ALESSANDRA APARECIDA DOS SANTOS	Mensal 06/21	1.671,45	133,93	0,00	0	0,00	0,00	0,00
2163	ALESSANDRA DE CASSIA MARDEGAN	Mensal 06/21	2.990,82	276,29	0,00	0	7,50	142,80	60,79
2122	ANA AUGUSTA FELICIANI NOGUEIRA	Mensal 06/21	1.617,71	129,09	379,18	2	0,00	0,00	0,00
2123	ANA PAULA AZEVEDO ZANATTA	Mensal 06/21	1.902,33	154,70	0,00	0	0,00	0,00	0,00
4233	ANA PAULA PERUSSI	Mensal 06/21	1.222,76	93,54	0,00	0	0,00	0,00	0,00
4233	ANA PAULA PERUSSI	13o 06/21	91,71	6,87	0,00	0	0,00	0,00	0,00
2336	BIANCA CAETANO COSTA	Mensal 06/21	2.768,41	249,60	189,59	1	7,50	142,80	31,89
2977	BRUNA BERALDO FERRANTE	Mensal 06/21	3.250,30	307,42	0,00	0	15,00	354,80	86,63
2125	CATIA FERNANDA FERRAZ	Mensal 06/21	1.861,67	151,05	189,59	1	0,00	0,00	0,00
4155	CRISTIANE DIAS DA SILVA	Mensal 06/21	1.274,64	98,21	0,00	0	0,00	0,00	0,00
4155	CRISTIANE DIAS DA SILVA	13o 06/21	95,60	7,17	0,00	0	0,00	0,00	0,00
2752	CRISTIANE PASCOALETO VENDRAME	Mensal 06/21	1.617,71	129,09	189,59	1	0,00	0,00	0,00
2772	DANIELA DOS SANTOS DE OLIVEIRA	Mensal 06/21	1.861,69	151,05	0,00	0	0,00	0,00	0,00
2126	DEBORA CRISTINA LOCHE	Mensal 06/21	1.602,13	127,69	0,00	0	0,00	0,00	0,00
2132	DENISE PRISCILA ANCILOTTO LISBOA DE	Mensal 06/21	1.841,34	149,22	379,18	2	0,00	0,00	0,00
2134	EDILAINE MUNHOZ MAQUEA	Mensal 06/21	155,57	16,03	0,00	0	0,00	0,00	0,00
2135	EDILENE MANOEL	Mensal 06/21	1.617,71	129,09	189,59	1	0,00	0,00	0,00
2136	ELAINE CRISTINA DIAS BORGES	Mensal 06/21	1.617,71	129,09	0,00	0	0,00	0,00	0,00
2992	ELIANA CRISTINA RODRIGUES	Mensal 06/21	53,93	4,23	189,59	1	0,00	0,00	0,00
4322	ELOISA TERCIOOTTI DE MATOS SANCHES	Mensal 06/21	2.812,82	254,93	0,00	0	7,50	142,80	49,04
4322	ELOISA TERCIOOTTI DE MATOS SANCHES	13o 06/21	210,96	15,82	0,00	0	0,00	0,00	0,00
4240	FERNANDA DA SILVA GIMENEZ	Mensal 06/21	1.637,20	130,84	0,00	0	0,00	0,00	0,00
4240	FERNANDA DA SILVA GIMENEZ	13o 06/21	122,79	9,20	0,00	0	0,00	0,00	0,00
2130	IZABEL CRISTINA DE SOUZA	Mensal 06/21	1.498,14	118,33	0,00	0	0,00	0,00	0,00
4946	JAQUELINE CRISTINA OSWALDO	Mensal 06/21	1.479,90	116,69	0,00	0	0,00	0,00	0,00
4946	JAQUELINE CRISTINA OSWALDO	13o 06/21	110,99	8,32	0,00	0	0,00	0,00	0,00
2146	KELLY CRISTINA RAMOS ROCHA	Mensal 06/21	1.638,04	130,92	0,00	0	0,00	0,00	0,00
2147	LETICIA MAIARA DOS SANTOS FERRAZ	Mensal 06/21	1.617,71	129,09	0,00	0	0,00	0,00	0,00
2148	LUCAS CARVALHO DOS SANTOS	Mensal 06/21	1.882,00	152,88	0,00	0	0,00	0,00	0,00
2129	MARCIA MAIARA POSSENTI	Mensal 06/21	3.002,20	277,65	0,00	0	7,50	142,80	61,54
4531	MARIA EDUARDA ODONI BOMTEMPO	Mensal 06/21	1.428,82	112,09	0,00	0	0,00	0,00	0,00
3021	MAURO CELSO CHIAVELLI	Mensal 06/21	3.268,41	309,60	0,00	0	15,00	354,80	89,02
2721	NATALIA PAZINATO DA SILVA	Mensal 06/21	1.617,71	129,09	0,00	0	0,00	0,00	0,00
2154	NATALIA XAVIER NASCIMENTO OLIVEIRA	Mensal 06/21	3.250,29	307,42	0,00	0	15,00	354,80	86,63
2153	PATRICIA ADRIANA FERREIRA	Mensal 06/21	1.922,66	156,53	0,00	0	0,00	0,00	0,00
2164	PATRICIA MICHELE DE ALMEIDA	Mensal 06/21	1.617,71	129,09	189,59	1	0,00	0,00	0,00
2128	REGINA LEIA PARRO RODRIGUES DE SOL	Mensal 06/21	1.780,35	143,73	189,59	1	0,00	0,00	0,00
2157	RICARDO DE CARVALHO	Mensal 06/21	1.861,67	151,05	0,00	0	0,00	0,00	0,00
3807	SAMIR BISPO DOS SANTOS	Mensal 06/21	1.563,79	124,24	0,00	0	0,00	0,00	0,00
2839	SONIA DOS SANTOS ROCHA	Mensal 06/21	1.902,62	154,73	0,00	0	0,00	0,00	0,00
33	THAIS BOARETO DA SILVA	Mensal 06/21	4.631,04	499,62	0,00	0	22,50	636,13	293,44
2799	VALERIA CRISTINA DE SOUZA DA CRUZ	Mensal 06/21	1.617,72	129,09	379,18	2	0,00	0,00	0,00
Total:			71.590,73	6.134,31					758,98

Empregados: 42 Estagiários: 0 Contribuintes: 0 Total: 71.590,73 6.134,31 2.464,67 758,98

Total Geral:

Empregados: 37 Estagiários: 0 Contribuintes: 0 Total: 71.590,73 6.134,31 2.464,67 758,98

Resumo Geral IRRF

Cód. de Recolhimento	Periodicidade	Valores Acum. Comp. Ant.	Valor a Recolher	Valor a Compensar	Valor a Pagar	Valor a Acumular
Todos	06/2021	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0561	Mensal 06/2021	0,00	79.701,42	0,00	79.701,42	0,00
0588	Mensal 06/2021	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Totalizador			79.701,42	0,00	79.701,42	0,00

Convênio nº 107/2017  
 Fonte de Recurso Estadual  
 Termo Aditivo nº 00002/2020  
 Secretaria do Estado da Saúde  
 UGE: 090196 - Hospital Estadual  
 Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis  
 Tipo de Despesa: Custeio

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
05/09/2021 - AUTOATENDIMENTO - 15.55.17  
6790306790 SEGUNDA VIA 0009  
COMPROVANTE DE PAGAMENTO

MINISTERIO DA PREVIDENCIA E ASSISTENCIA SOCIAL  
INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL  
GUIA DA PREVIDENCIA SOCIAL - GPS

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

=====

CODIGO DO PAGAMENTO	2305
COMPETENCIA	07/2021
IDENTIFICADOR	45349461000889
DATA DO PAGAMENTO	16/08/2021
VALOR DO INSS	5.589,69
VALOR OUTRAS ENTIDADES	0,00
VALOR ATM/JUROS/MULTA	0,00
VALOR TOTAL	5.589,69

=====

DOCUMENTO: 081614  
AUTENTICACAO SISBB: 6.B69.388.98C.6BA.C45

\*\*\*\*\* VIA EMPREGADOR \*\*\*\*\*

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
05/09/2021 - AUTOATENDIMENTO - 15.55.17  
6790306790 SEGUNDA VIA 0009  
COMPROVANTE DE PAGAMENTO

MINISTERIO DA PREVIDENCIA E ASSISTENCIA SOCIAL  
INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL  
GUIA DA PREVIDENCIA SOCIAL - GPS

CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL

=====

CODIGO DO PAGAMENTO	2305
COMPETENCIA	07/2021
IDENTIFICADOR	45349461000889
DATA DO PAGAMENTO	16/08/2021
VALOR DO INSS	5.589,69
VALOR OUTRAS ENTIDADES	0,00
VALOR ATM/JUROS/MULTA	0,00
VALOR TOTAL	5.589,69

=====


DOCUMENTO: 081614  
AUTENTICACAO SISBB: 6.B69.388.98C.6BA.C45

\*\*\*\*\* VIA CONTRIBUINTE \*\*\*\*\*


Convênio nº 107/2017  
Fonte de Recurso Estadual  
Termo Aditivo nº 00002/2020  
Secretaria do Estado da Saúde  
UGE: 090196 - Hospital Estadual  
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis  
Tipo de Despesa: Custeio

Mirandópolis  
INSS

1ª Via - INSS - 2ª Via CONTRIBUINTE

 <p>MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - MPS INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS SECRETARIA DA RECEITA PREVIDENCIÁRIA - SRP</p> <p><b>GUIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - GPS</b></p>	3 - CÓDIGO DE PAGAMENTO	2305
	4 - COMPETÊNCIA	07/2021
	5 - IDENTIFICADOR	45.349.461/0008-89
	6 - VALOR DO INSS	5.589,69
	7 -	
<p>1 - NOME OU RAZÃO SOCIAL / FONE / ENDEREÇO CNPJ 45.349.461/0008-89 ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303 SALA 08 JARDIM ARIANO LINS SP CEP 16400-400</p>	8 -	
	9 - VALOR OUTRAS ENTIDADES	0,00
	10 - ATM/MULTA E JUROS	0,00
	11 - TOTAL	5.589,69
AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA		

1ª Via - INSS - 2ª Via CONTRIBUINTE

 <p>MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - MPS INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS SECRETARIA DA RECEITA PREVIDENCIÁRIA - SRP</p> <p><b>GUIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - GPS</b></p>	3 - CÓDIGO DE PAGAMENTO	2305
	4 - COMPETÊNCIA	07/2021
	5 - IDENTIFICADOR	45.349.461/0008-89
	6 - VALOR DO INSS	5.589,69
	7 -	
<p>1 - NOME OU RAZÃO SOCIAL / FONE / ENDEREÇO CNPJ 45.349.461/0008-89 ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303 SALA 08 JARDIM ARIANO LINS SP CEP 16400-400</p>	8 -	
	9 - VALOR OUTRAS ENTIDADES	0,00
	10 - ATM/MULTA E JUROS	0,00
	11 - TOTAL	5.589,69
AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA		

Convênio nº 107/2017  
Fonte de Recurso Estadual  
Termo Aditivo nº 00002/2020  
Secretaria do Estado da Saúde  
UGE: 090196 - Hospital Estadual  
Dr. Osvaldo Brandi Faria de Mirandópolis  
Tipo de Despesa: Custeio

**RELAÇÃO DE BASES DO INSS**

Código	Nome do empregado	Base cálculo	Excedente	Ded.sal.mat.13	Deduções	Taxa	Valor
<b>EMPREGADOS</b>							
3908	ALESSANDRA APARECIDA DOS SANTOS GONSALVES	1.654,12	0,00	0,00	0,00	8,00	132,37
2163	ALESSANDRA DE CASSIA MARDEGAN	2.953,75	0,00	0,00	0,00	9,20	271,84
2122	ANA AUGUSTA FELICIANI NOGUEIRA	2.163,72	0,00	0,00	0,00	8,24	178,23
2123	ANA PAULA AZEVEDO ZANATTA	1.902,33	0,00	0,00	0,00	8,13	154,70
4233	ANA PAULA PERUSSI	1.464,66	0,00	0,00	0,00	7,79	113,78
2336	BIANCA CAETANO COSTA	3.287,36	0,00	0,00	0,00	9,49	311,87
2977	BRUNA BERALDO FERRANTE	2.879,61	0,00	0,00	0,00	9,13	262,94
2125	CATIA FERNANDA FERRAZ	1.882,00	0,00	0,00	0,00	8,12	152,88
4155	CRISTIANE DIAS DA SILVA	470,04	0,00	0,00	0,00	7,50	35,24
2752	CRISTIANE PASCOALETO VENDRAME	1.617,71	0,00	0,00	0,00	7,98	129,09
2772	DANIELA DOS SANTOS DE OLIVEIRA	1.882,02	0,00	0,00	0,00	8,12	152,88
2126	DEBORA CRISTINA LOCHE	1.654,12	0,00	0,00	0,00	8,00	132,37
2132	DENISE PRISCILA ANCILOTTO LISBOA DE SOUZA	1.658,37	0,00	0,00	0,00	8,00	132,75
2134	EDILAINE MUNHOZ MAQUEA	1.829,56	0,00	0,00	0,00	8,67	148,16
2135	EDILENE MANOEL	1.617,71	0,00	0,00	0,00	7,98	129,09
2136	ELAINE CRISTINA DIAS BORGES	1.617,71	0,00	0,00	0,00	7,98	129,09
2992	ELIANA CRISTINA RODRIGUES	1.656,41	0,00	0,00	0,00	8,24	132,57
5101	ELOISA TERCIOTTI DE MATOS SANCHES	2.676,13	0,00	0,00	0,00	8,91	238,52
4240	FERNANDA DA SILVA GIMENEZ	1.939,62	0,00	0,00	0,00	8,09	156,02
2137	GISLAINE MACHADO MORABITO	1.402,01	0,00	0,00	1.024,55	7,82	109,68
2130	IZABEL CRISTINA DE SOUZA	1.920,50	0,00	0,00	0,00	8,14	156,34
4946	JAQUELINE CRISTINA OSWALDO	2.087,93	0,00	0,00	0,00	8,15	169,22
2146	KELLY CRISTINA RAMOS ROCHA	1.617,71	0,00	0,00	0,00	7,98	129,09
2147	LETICIA MAIARA DOS SANTOS FERRAZ	1.617,71	0,00	0,00	0,00	7,98	129,09
2148	LUCAS CARVALHO DOS SANTOS	1.861,67	0,00	0,00	0,00	8,11	151,05
2149	MAIRA TEIXEIRA DE CASTRO	1.617,71	0,00	0,00	0,00	7,98	129,09
2129	MARCIA MAIARA POSSENTI	1.462,33	0,00	0,00	0,00	7,87	115,10
4531	MARIA EDUARDA ODONI BOMTEMPO	1.428,82	0,00	0,00	0,00	7,84	112,09
3021	MAURO CELSO CHIAVELLI	3.268,41	0,00	0,00	0,00	9,47	309,60
2721	NATALIA PAZINATO DA SILVA	1.617,71	0,00	0,00	0,00	7,98	129,09
2154	NATALIA XAVIER NASCIMENTO OLIVEIRA	3.213,22	0,00	0,00	0,00	9,43	302,97
2153	PATRICIA ADRIANA FERREIRA	1.861,67	0,00	0,00	0,00	8,11	151,05
2164	PATRICIA MICHELE DE ALMEIDA	1.617,71	0,00	0,00	0,00	7,98	129,09
2128	REGINA LEIA PARRO RODRIGUES DE SOUSA	1.902,33	0,00	0,00	0,00	8,13	154,70
2157	RICARDO DE CARVALHO	2.561,07	0,00	0,00	0,00	8,77	224,72
3807	SAMIR BISPO DOS SANTOS	1.617,71	0,00	0,00	0,00	7,98	129,09
2839	SONIA DOS SANTOS ROCHA	1.882,29	0,00	0,00	0,00	8,12	152,90
33	THAIS BOARETO DA SILVA	4.682,36	0,00	0,00	0,00	10,82	506,80
2799	VALERIA CRISTINA DE SOUZA DA CRUZ	1.617,72	0,00	0,00	0,00	7,98	129,09
Empregados:	39	Total:	77.665,54	0,00	0,00	1.024,55	6.614,24
Contribuintes:	0	Total:	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Total:	39	Total:	77.665,54	0,00	0,00	1.024,55	6.614,24

**Resumo Geral das bases de INSS**

	Base cálculo	Excedente	Segurados	Contribuintes	RAT	Empresa	Deduções	Terceiros	Total
<b>Total</b>	77.665,54	0,00	6.614,24	0,00	0,00	0,00	1.024,55	0,00	5.589,69

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
05/09/2021 - AUTOATENDIMENTO - 15.55.17  
6790306790 SEGUNDA VIA 0004

COMPROVANTE DE PAGAMENTO  
COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE DARF/DARF SIMPLES  
CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL  
AGENCIA: 6790-3 CONTA: 211-9

=====

AGENTE ARRECADADOR		
CNC 001 - 6790 - AGENCIA	BILAC	SP
CODIGO DE BARRAS	-----	-----

DATA DO PAGAMENTO	18/08/2021
PERIODO DE APURACAO	31/07/2021
NUMERO DO CPNJ	45.349.461/0001-02
CODIGO DA RECEITA	5952
NUMERO DE REFERENCIA	-----
DATA DO VENCIMENTO	20/08/2021
RECEITA BRUTA ACUMULADA	-----
PERCENTUAL	-----
VALOR DO PRINCIPAL	4.611,91
VALOR DA MULTA	-----
VALOR DOS JUROS	-----
VALOR TOTAL	4.611,91

=====

AUTENTICACAO SISBB: B.39F.78D.612.BE3.A81  
Modelo Aprovado pela SRF - ADE  
Conjunto Corat/Cotec n. 001, DE 2006

=====

DOCUMENTO: 081801

Convênio nº 107/2017  
Fonte de Recurso Estadual  
Termo Aditivo nº 00002/2020  
Secretaria do Estado da Saúde  
UGE: 090196 - Hospital Estadual  
Dr. Osvaldo Brandi Faria de Mirandópolis  
Tipo de Despesa: Custeio



Mina

300

1a. via

 <b>MINISTÉRIO DA FAZENDA</b> <b>SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL</b> Documento de Arrecadação de Receitas Federais <b>DARF</b>	<b>02</b> PERÍODO DE APURAÇÃO →	31/07/2021
	<b>03</b> NÚMERO DO CPF OU CNPJ →	45.349.461/0001-02
	<b>04</b> CÓDIGO DA RECEITA →	5952
	<b>05</b> NÚMERO DE REFERÊNCIA →	
	<b>06</b> DATA DE VENCIMENTO →	20/08/2021
	<b>07</b> VALOR DO PRINCIPAL →	4.611,91
	<b>08</b> VALOR DA MULTA →	0,00
	<b>09</b> VALOR DOS JUROS E / OU ENCARGOS DL - 1.025/69 →	0,00
	<b>10</b> VALOR TOTAL →	4.611,91
	<b>11</b> AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1a. e 2a. vias)	
	<b>01</b> NOME / RAZÃO SOCIAL ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL  Data limite para acolhimento: <b>20/08/2021</b> Observações:  Sicalc Contribuinte - 6643 - SP  SENDA (Versão:5.0.0) 16/08/2021 18:16:57	

2a. via

 <b>MINISTÉRIO DA FAZENDA</b> <b>SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL</b> Documento de Arrecadação de Receitas Federais <b>DARF</b>	<b>02</b> PERÍODO DE APURAÇÃO →	31/07/2021
	<b>03</b> NÚMERO DO CPF OU CNPJ →	45.349.461/0001-02
	<b>04</b> CÓDIGO DA RECEITA →	5952
	<b>05</b> NÚMERO DE REFERÊNCIA →	
	<b>06</b> DATA DE VENCIMENTO →	20/08/2021
	<b>07</b> VALOR DO PRINCIPAL →	4.611,91
	<b>08</b> VALOR DA MULTA →	0,00
	<b>09</b> VALOR DOS JUROS E / OU ENCARGOS DL - 1.025/69 →	0,00
	<b>10</b> VALOR TOTAL →	4.611,91
	<b>11</b> AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1a. e 2a. vias)	
	<b>01</b> NOME / RAZÃO SOCIAL ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL  Data limite para acolhimento: <b>20/08/2021</b> Observações:  Sicalc Contribuinte - 6643 - SP  SENDA (Versão:5.0.0) 16/08/2021 18:16:57	

Convênio nº 107/2017  
 Fonte de Recurso Estadual  
 Termo Aditivo nº 00002/2020  
 Secretaria do Estado da Saúde  
 UGE: 090196 - Hospital Estadual  
 Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis  
 Tipo de Despesa: Custeio

1808  
 211

DATA DO DOCUMENTO	Nº DOC	CREDOR	Base de Cálculo	ISS	IRRF	PCC		TOTAL IMP.	TOT. LIQUIDO
29/06/2021	63715	Laboratorio São Paulo Analises Clinicas Ltda	R\$ 7.930,84	R\$ -	R\$ 118,96	R\$ 368,78		R\$ 487,75	R\$ 7.443,09
14/07/2021	509	Winter- Gestão e Consultoria Medica Ltda	R\$ 90.000,00	R\$ -	R\$ 1.350,00	R\$ 4.185,00		R\$ 5.535,00	R\$ 84.465,00
05/07/2021	2063	Destra Apoio e Prev em Seg do Trabalho Ltda	R\$ 1.250,00	R\$ -	R\$ 18,75	R\$ 58,13		R\$ 76,88	R\$ 1.173,13
<b>TOTAL</b>			<b>R\$ 99.180,84</b>	<b>R\$ -</b>	<b>R\$ 1.487,71</b>	<b>R\$ 4.611,91</b>	<b>R\$ -</b>	<b>R\$ 6.099,62</b>	<b>R\$ 93.081,22</b>

Convênio nº 107/2017  
Fonte de Recurso Estadual  
Termo Aditivo nº 00002/2020  
Secretaria do Estado da Saúde  
UCE: 090196 - Hospital Estadual  
Dr. Osvaldo Branui Faria de Mirandaopolis  
Tipo de Despesa: Custeio

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
05/09/2021 - AUTOATENDIMENTO - 15.55.17  
6790306790 SEGUNDA VIA 0004

COMPROVANTE DE PAGAMENTO  
COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE DARF/DARF SIMPLES  
CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL  
AGENCIA: 6790-3 CONTA: 211-9

=====

AGENTE ARRECADADOR	
CNC 001 - 6790 - AGENCIA	BILAC SP
CODIGO DE BARRAS	-----
DATA DO PAGAMENTO	18/08/2021
PERIODO DE APURACAO	31/07/2021
NUMERO DO CPNJ	45.349.461/0001-02
CODIGO DA RECEITA	1708
NUMERO DE REFERENCIA	-----
DATA DO VENCIMENTO	20/08/2021
RECEITA BRUTA ACUMULADA	-----
PERCENTUAL	-----
VALOR DO PRINCIPAL	1.487,71
VALOR DA MULTA	-----
VALOR DOS JUROS	-----
VALOR TOTAL	1.487,71

=====

AUTENTICACAO SISBB: 8.F18.586.712.935.EC8  
Modelo Aprovado pela SRF - ADE  
Conjunto Corat/Cotec n. 001, DE 2006

=====

DOCUMENTO: 081802

Mina

1a. via

 <b>MINISTÉRIO DA FAZENDA</b> <b>SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL</b> Documento de Arrecadação de Receitas Federais <b>DARF</b>	<b>02</b> PERÍODO DE APURAÇÃO →	31/07/2021	
	<b>03</b> NÚMERO DO CPF OU CNPJ →	45.349.461/0001-02	
	<b>04</b> CÓDIGO DA RECEITA →	1708	
	<b>05</b> NÚMERO DE REFERÊNCIA →		
	<b>01</b> NOME / RAZÃO SOCIAL ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL	<b>06</b> DATA DE VENCIMENTO →	20/08/2021
	Data limite para acolhimento: <b>20/08/2021</b>	<b>07</b> VALOR DO PRINCIPAL →	1.487,71
	Observações:	<b>08</b> VALOR DA MULTA →	0,00
	Sicalc Contribuinte - 6643 - SP	<b>09</b> VALOR DOS JUROS E / OU ENCARGOS DL - 1.025/69 →	0,00
		<b>10</b> VALOR TOTAL →	1.487,71
	SENDA (Versão:5.0.0) 16/08/2021 17:54:26	<b>11</b> AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1a. e 2a. vias)	

2a. via

 <b>MINISTÉRIO DA FAZENDA</b> <b>SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL</b> Documento de Arrecadação de Receitas Federais <b>DARF</b>	<b>02</b> PERÍODO DE APURAÇÃO →	31/07/2021	
	<b>03</b> NÚMERO DO CPF OU CNPJ →	45.349.461/0001-02	
	<b>04</b> CÓDIGO DA RECEITA →	1708	
	<b>05</b> NÚMERO DE REFERÊNCIA →		
	<b>01</b> NOME / RAZÃO SOCIAL ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL	<b>06</b> DATA DE VENCIMENTO →	20/08/2021
	Data limite para acolhimento: <b>20/08/2021</b>	<b>07</b> VALOR DO PRINCIPAL →	1.487,71
	Observações:	<b>08</b> VALOR DA MULTA →	0,00
	Sicalc Contribuinte - 6643 - SP	<b>09</b> VALOR DOS JUROS E / OU ENCARGOS DL - 1.025/69 →	0,00
		<b>10</b> VALOR TOTAL →	1.487,71
	SENDA (Versão:5.0.0) 16/08/2021 17:54:26	<b>11</b> AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1a. e 2a. vias)	

Convênio nº 107/2017  
Fonte de Recurso Estadual  
Termo Aditivo nº 00002/2020  
Secretaria do Estado da Saúde  
UGE: 090196 - Hospital Estadual  
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis  
Tipo de Despesa: Custeio

18/08/2021  
211

DATA DO DOCUMENTO	Nº DOC	CREDOR	Base de Cálculo	ISS	IRRF	PCC		TOTAL IMP.	TOT. LIQUIDO
29/06/2021	63715	Laboratorio São Paulo Analises Clinicas Ltda	R\$ 7.930,84	R\$ -	R\$ 118,96	R\$ 368,78		R\$ 487,75	R\$ 7.443,09
14/07/2021	509	Winter- Gestão e Consultoria Medica Ltda	R\$ 90.000,00	R\$ -	R\$ 1.350,00	R\$ 4.185,00		R\$ 5.535,00	R\$ 84.465,00
05/07/2021	2063	Destra Apoio e Prev em Seg do Trabalho Ltda	R\$ 1.250,00	R\$ -	R\$ 18,75	R\$ 58,13		R\$ 76,88	R\$ 1.173,13
<b>TOTAL</b>			<b>R\$ 99.180,84</b>	<b>R\$ -</b>	<b>R\$ 1.487,71</b>	<b>R\$ 4.611,91</b>	<b>R\$ -</b>	<b>R\$ 6.099,62</b>	<b>R\$ 93.081,22</b>

Convênio nº 107/2017  
 Fonte de Recurso Estadual  
 Termo Aditivo nº 00002/2020  
 Secretaria do Estado da Saúde  
 UGE: 090196 - Hospital Estadual  
 Dr. Osvaldo Brandi Faria de Mirandópolis  
 Tipo de Despesa: Custeio

05/09/2021 - BANCO DO BRASIL - 15:55:18  
679006790 0005

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

=====

0339991390605000000900912501012987180000086300

BENEFICIARIO:

SINCONECTA - TECNOLOGIA DE INFORMAC

NOME FANTASIA:

SINCONECTA - TECNOLOGIA DE INFORMAC

CNPJ: 10.710.409/0001-55

BENEFICIARIO FINAL:

SINCONECTA - TECNOLOGIA DE INFORMAC

CNPJ: 10.710.409/0001-55

PAGADOR:

ASSOC HOSP BENEF DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

=====

NR. DOCUMENTO	81.803
---------------	--------

DATA DE VENCIMENTO	20/08/2021
--------------------	------------

DATA DO PAGAMENTO	18/08/2021
-------------------	------------

VALOR DO DOCUMENTO	863,00
--------------------	--------

VALOR COBRADO	863,00
---------------	--------

=====

NR.AUTENTICACAO	C.BD3.1CB.2BE.32D.008
-----------------	-----------------------

=====

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

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

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

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



*Mirandópolis*

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

**Nota Fiscal Eletrônica de Serviços**

<b>Número da Nota:</b> 000000007254-1		<b>Data de Emissão:</b> 17/08/2021		
<b>PRESTADOR DE SERVIÇOS</b>				
<b>Nome/Razão Social:</b> SINCONECTA TECNOLOGIA DE INFORMACAO LTDA ME				
<b>CPF/CNPJ:</b> 10.710.409/0001-55		<b>Inscrição Municipal:</b> 549188		<b>Tipo:</b> ME
<b>CEP:</b> 17016-230	<b>Endereço:</b> RUA LUSO BRASILEIRA, 4-44, SALA 710B			<b>Cidade:</b> BAURU/SP
<b>Fone:</b> (14) 3232-4777	<b>E-Mail:</b> thais@paulistacontabilidade.com.br			
<b>Documento Emitido por Optante do Simples Nacional, de acordo com a L.C. 123/2006.</b>				
<b>TOMADOR DE SERVIÇOS</b>				
<b>Nome/Razão Social:</b> ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL				
<b>CPF/CNPJ:</b> 45.349.461/0001-02		<b>CEP:</b> 01640-040	<b>Cidade:</b> LINS/SP	
<b>Endereço:</b> AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303				
<b>E-Mail:</b> clsato@ahbb.org.br				
<b>DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS</b>				
REFERENTE AO USO DO SOFTWARE SINCONECTA SAUDE REF 07/21 PROJ MIRANDOPOLIS TRIB APROX R\$: 116,07 FEDERAL E 33,74 MUNICIPAL FONTE: IBPT 18.1.A				
<b>Atividade:</b> Não informada				
<b>Código do Serviço:</b> 1.06 - ASSESSORIA E CONSULTORIA EM INFORMÁTICA				
<b>Local da Prestação:</b> BAURU			<b>Situação de Tributação:</b> Tributada no Prestador	
<b>I.N.S.S. (R\$)</b> 0,00	<b>I.R. (R\$)</b> 0,00	<b>PIS (R\$)</b> 0,00	<b>COFINS (R\$)</b> 0,00	<b>C.S.L.L. (R\$)</b> 0,00
<i>Os valores acima referem-se as retenções de tributos administrados pela União, sendo de responsabilidade do Prestador e não implicam na alteração da base de cálculo deduzindo apenas do total líquido</i>				<b>Valor Aprox. Tributos</b> 0,00
<b>Deduções de Materiais</b> 0,00	<b>Base de Cálculo (R\$)</b> 863,00	<b>Aliquota (%)</b> 2,00	<b>Valor do ISS (R\$)</b> 17,26	<b>Valor Total da Nota (R\$)</b> 863,00
<i>Consulte a autenticidade desta Nota Fiscal através do site oficial da Prefeitura Municipal de Bauru.</i>			<b>Valor líquido da nota (R\$)</b> 863,00	

**Chave de autenticação:** 128F507B73EB46E07E9761AF94A1396D

Convênio nº 107/2017  
Fonte de Recurso Estadual  
Termo Aditivo nº 00002/2020  
Secretaria do Estado da Saúde  
UGE: 090196 - Hospital Estadual  
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis  
Tipo de Despesa: Custeio

18/08/2021  
21

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
05/09/2021 - AUTOATENDIMENTO - 15.55.18  
6790306790 SEGUNDA VIA 0002

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA  
COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL  
CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL  
AGENCIA: 6790-3 CONTA: 211-9

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA  
REMETENTE : ASSOCIACAO H B DO BRASIL  
BANCO: 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\$ 1.173,12  
DEBITO EM: 18/08/2021

=====

DOCUMENTO: 081804  
AUTENTICACAO SISBB: 3.6A7.10C.D61.5C7.450

Convênio nº 107/2017  
Fonte de Recurso Estadual  
Termo Aditivo nº 00002/2020  
Secretaria do Estado da Saúde  
UGE: 090196 - Hospital Estadual  
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis  
Tipo de Despesa: Custeio




Mirandópolis



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

Número da Nota 2102
Data de Emissão 15/08/2021
Data e Hora da Competência 15/08/2021 às 15:49:32
Código de Verificação 7660-1734-5489

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-FERNANDO RIBEIRO DE BARROS		Número 370
	Bairro CENTRO		CEP 16300-031
	Município PENÁPOLIS		UF SP
Situação	Não Optante do Simples Nacional		
Telefones			
E-Mail's			



TOMADOR DE SERVIÇOS			
CPF/CNPJ 45.349.461/0001-02			RG/IE 0
Inscrição Mun.			Cód. Mobiliário 0
Nome ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL			Telefone
E-mail contabilidade@ahbb.org.br;			
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 (BPT)	Total
3	ASSESSORIA EM SEGURANÇA DO TRABALHO	1.250,0000	1,00	0,00	1.250,00

Valor Total dos Serviços - R\$1.250,00

INFORMAÇÕES REFERENTES A DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS  
REF 07/2021 - UTI MIRANDOPOLIS  
ASSESSORIA EM SEGURANÇA DO TRABALHO

TRIBUTOS						
PIS (RS)	COFINS (RS)	INSS (RS)	IR (RS)	CSLL (RS)	Outras Retenções (RS)	Outros Tributos (RS)
8,13	37,50		18,75	12,50		
CIDE (RS)	IOF (RS)	IPI (RS)	ICMS (RS)			

**VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 1.250,00**

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

Operação  
Sem Lançamentos de Materiais/Equipamentos      Não      Responsável pelo imposto  
Prestador dos Serviços

Situação da Nota Fiscal  
Normal      Local do Serviço  
Dentro do Município

Aliquota (%) 3,0000	Base de Cálculo (R\$) 1.250,00	Vlr. Total das Deduções (R\$) 0,00	Vlr. Total Retido (R\$) 76,88	Vlr. do ISS (R\$) 37,50
------------------------	-----------------------------------	---------------------------------------	----------------------------------	----------------------------

**VALOR LÍQUIDO DA NOTA = R\$ 1.173,12**

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 2102 emitida em 15/08/2021 às 15:49:32 - Cód Verif 7660-1734-5489  
Condições de Pagamento: Vencimento: 15/08/2021 Valor Total R\$ 1.250,00 Valor Líquido R\$ 1.173,12  
Ass: \_\_\_\_\_ em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Assinatura do Destinatário/Tomador do(s) Serviço(s) Data da Assinatura

Convênio nº 107/2017  
Fonte de Recurso Estadual  
Termo Aditivo nº 00002/2020  
Secretaria do Estado da Saúde  
UGE: 090196 - Hospital Estadual  
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis  
Tipo de Despesa: Custeio

18/08  
211

**DESTRA - ASSESSORIA EM SEGURANÇA E MEDICINA DO TRABALHO**

CNPJ: 11.814.918/0001-90

Rua Fernando Ribeiro de Barros, 370, 370 - Bairro CENTRO

16300-031 - PENÁPOLIS - SP

Fone: 018-3653.8181 Fax:

Email: destra.assessoria@gmail.com

**F A T U R A M E N T O**

*Abrangência: 01/07/2021 até 31/07/2021 - Emissão: 08/08/2021*

<b>ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL - UTI MIRANDOPOLIS - (AHBB - UTI - MIRANDOPOLIS)</b>	
<b>(1393) - CNPJ: 45.349.461/0008-89</b>	
<b><u>Serviços Prestados</u></b>	
<b>* Descrição do serviço</b>	<b>Total</b>
Assessoria em Segurança do Trabalho ref. a 07/2021	1.250,00
<b>Total =&gt; 1.250,00</b>	
<b>Total =&gt; R\$ 1.250,00</b>	
<b><u>Geral do Faturamento</u> 1.250,00</b>	

Convênio nº 107/2017  
Fonte de Recurso Estadual  
Termo Aditivo nº 00002/2020  
Secretaria do Estado da Saúde  
UGE: 090196 - Hospital Estadual  
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis  
Tipo de Despesa: Custeio

05/09/2021 - BANCO DO BRASIL - 15:55:18  
679006790 0007

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

ITAU UNIBANCO S.A.

34191090080844953271512711770003287190000129360

BENEFICIARIO:

BELIVE COM DE PROD HOSP LTDA

NOME FANTASIA:

BELIVE COM DE PROD HOSP LTDA

CNPJ: 14.335.544/0001-19

BENEFICIARIO FINAL:

BELIVE COM DE PROD HOSP LTDA

CNPJ: 14.335.544/0001-19

PAGADOR:

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICE

CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO 82.301  
DATA DE VENCIMENTO 21/08/2021  
DATA DO PAGAMENTO 23/08/2021  
VALOR DO DOCUMENTO 1.293,60  
VALOR COBRADO 1.293,60

NR.AUTENTICACAO 6.1B0.E06.E18.198.046

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

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

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

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

OK  
23/08/21



**BELIVE COMERCIO DE  
PRODUTOS HOSPITALARES  
LTDA**

RUA LAURO VANNUCCI, 330  
Bairro: FAZ. STA CANDIDA  
13087-548 Campinas - SP

Fone: (19)3256-0500  
Fax: (19)3256-0500

**DANFE**  
DOCUMENTO  
AUXILIAR DA NOTA  
FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA  
1 - SAÍDA **1**  
Nº 77.948  
SÉRIE: 0  
FOLHA: 1/1



CHAVE DE ACESSO	3521.0714.3355.4400.0119.5500.0000.0779.4810.1269.8176
Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora	
DADOS DA NF-e	135210829546551 - 22/07/2021 12:52:27

NATUREZA DA OPERAÇÃO III  
5102 VENDA DE MER ADQ REC D TERC  
INSCRIÇÃO ESTADUAL 795.194.063.113 INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTARIO  
CNPJ 14.335.544/0001-19

**DESTINATÁRIO/REMETENTE**

NOME / RAZÃO SOCIAL ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		CNPJ	45.349.461/0001-02	DATA EMISSÃO	22/07/2021
ENDEREÇO AVENIDA JOSE ARIANO RODRIGUES, 620 SL 03		BAIRRO/DISTRITO	CENTRO	CEP	16370-000
MUNICÍPIO	Lins	FONE / FAX	(014)3541-1544	UF	SP
INSCRIÇÃO ESTADUAL		INSCRIÇÃO ESTADUAL		HORA DA SAÍDA	12:51:02

**INFORMAÇÕES DO LOCAL DE ENTREGA**

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

**FATURA/DUPLICATAS**

77948/1 - 21/08/21 - 1293,60

**CÁLCULO DO IMPOSTO**

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS ST	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
1.293,60	172,05	0,00	0,00	1.293,60
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
VALOR TOTAL DA NOTA				ALIQ. IPI
1.293,60				

**TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS**

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA 0-EMITENTE 1-DESTINATARIO	0	CÓDIGO ANNT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
ENDEREÇO	MUNICÍPIO		UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL		
QUANTIDADE	ESPECIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO	
7	CAIXAS			77,0000	77,0000	

**DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS**

CODIGO PRODUTO NCM/S	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	CST CFOP	UNID	QTDE	VALOR UNITÁRIO	VLR. DESC UNIT /PERC.	VALOR TOTAL	BASE CÁLC. ICMS	VALOR ICMS/ST. Cobrável	VALOR IPI	ALIQ. ICMS
2319 30049099	FISIOLOGICO 0,9% 100ML AZB1307B CX84BL BAXTER Lote: PR330S7 - 25/12/2022 Qtde: 7.00 Numero da FCI: B603C4DE-D20F-4DA6-A9AC- AFDFC9452D2A / CEST: 13.004.00	500 5102	CX	7,0000	184,8000	0,0000 0,0000%	1.293,60	1.293,60	172,05 0,00	0,00	13,30

**BOLETO ANEXO**

23/08/21

Convênio nº 107/2017  
Fonte de Recurso Estadual  
Termo Aditivo nº 00002/2020  
Secretaria do Estado da Saúde  
UGF- 090196 - Hospital Estadual  
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis  
Tipo de Despesa: Custeio

**DADOS ADICIONAIS**

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES  
PEDIDO 11881 - UTI Mirandópolis - Dr. Raul da Cunha Bueno 585, Mirandópolis / "REGIME ESPECIAL 136/2012 - DISTRIBUIDORA HOSPITALAR PROCESSO - UA 31820-378893/2012" /

RESERVADO AO FISCO

**AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS**  
**RECEBIDO 24/07/2021**  
ASS. *MAURO*

DR. CELSO CHIAVELLI  
Farmacêutico  
CRF/SP 96390

05/09/2021 - BANCO DO BRASIL - 15:55:18  
679006790 0003

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO DO BRASIL

00190000090330884120800035165174387210000192880

BENEFICIARIO:

DUPATRI H C I EXPORTACAO LTDA

NOME FANTASIA:

DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IMPORTA

CNPJ: 04.027.894/0001-64

PAGADOR:

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEF DO BRAS

CNPJ: 45.349.461/0001-02

=====

NR. DOCUMENTO 82.302

NOSSO NUMERO 33088412000035165

CONVENIO 03308841

DATA DE VENCIMENTO 23/08/2021

DATA DO PAGAMENTO 23/08/2021

VALOR DO DOCUMENTO 1.928,80

VALOR COBRADO 1.928,80

=====

NR.AUTENTICACAO 6.D70.850.593.AAF.340

=====

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

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

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

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



DUPATRI HOSPITALAR COM  
IMP EXT LTDA  
AV. JOSE SEVERINO, Nº 3630  
CATALÃO - GO  
CEP: 75.709-615  
TELEFONES  
ESTOQUE CATALÃO: (64) 3442-8081  
ADM SANTOS : (13) 3228-8700

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR  
DA NOTA FISCAL  
ELETRÔNICA



0-ENTRADA 1  
1-SAIDA 1

CHAVE DE ACESSO  
5221 0604 0278 9400 0326 5500 1001 1915 1710 0007 5200

Nº 1191517  
SERIE 1  
FOLHA 1/1

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO  
VENDA N CONTRIB

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE  
152214166634076 24/06/2021 18:00:23

INSCRIÇÃO ESTADUAL  
10.444.430-4

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO  
809.010.530.117

CNPJ  
04.027.894/0003-26

DESTINATÁRIO / REMETENTE

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

CNPJ/CPF  
45.349.461/0001-02

DATA DA EMISSÃO  
24/06/2021

ENDEREÇO  
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303

BAIRRO/DISTRITO  
JARDIM ARIANO

CEP  
16400-400

DATA ENTRADA/SÁDIDA  
24/06/2021

MUNICÍPIO  
LINS

FONE/FAX  
1435325198

UF  
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA  
17:59

FATURA / DUPLICATA

NUM	24/07/2021	1.928,80	002	23/08/2021	1.928,80
-----	------------	----------	-----	------------	----------

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
3.854,92	155,27	0,00	0,00	3.857,60
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI
0,00	0,00		0,00	0,00
				VALOR TOTAL DA NOTA
				3.857,60

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL  
VEICULO PROPRIO (90)

FRETE POR CONTA  
D - DO EMITENTE

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ/CPF  
04027894000326

ENDEREÇO  
AVENIDA JOSE SEVERINO, 3530

MUNICÍPIO  
CATALAO

UF

INSCRIÇÃO ESTADUAL  
104444304

QUANTIDADE

ESPECIE

MARCA

NÚMERO

PESO BRUTO

PESO LÍQUIDO

QUANTIDADE 1

ESPECIE CAIXAS

NÚMERO

PESO BRUTO 6,00

PESO LÍQUIDO 5,90

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇOS	NCM/CH	CST	CFOP	UND	QUANT.	VUNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V ICMS	V IPI	AL ICMS	AL IPI
25828	HEPAMAX-S 5000UI 25F/A 5ML - BLAU (Lote: 21040363, Qtde: 4, Dt Val: 31/03/2023, Data Fab: 01/03/2021)	30049099	300	6108	CX	4	597.8800	2.391.52	2.391.52	95.86		4.00	
845	APRESOLINA 50MG C/20 DRG - NOVARTIS (Lote: 2109009, Qtde: 2, Dt Val: 31/07/2022, Data Fab: 01/02/2021)	30049069	020	6108	CX	2	8.0400	16.08	13.40	1.61		12.00	
34166	PIPER-TAZOB. 4,5G C/10 GEN - AUROBINDO (Lote: PT0421047A, Qtde: 5, Dt Val: 31/01/2023, Data Fab: 01/02/2021)	30041019	200	6108	CX	5	290.0000	1.450.00	1.450.00	18.00		4.00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

RECLAMAÇÕES DE MERCADORIAS COM NO MAXIMO DE 48 HORAS APOS A ENTREGA  
ID 175725475  
ITEM 2 RED.BASE DE CALCULO CONF. ART. 8º, INC. VIII, ANEXO IX DEC.4.852/97 - R/ICMS/GO  
ITEMS 1,3 Resolucao Senado Federal n 13/2012 e Convenio ICMS 38/2013  
ITEMS 1 a 3 ALIQUOTA ZERO PIS/COFINS,CF.ART.2 DA LEI 10.147/00  
ITEM 3 ALIQ.12% CF LEI GENERICOSSP 16005/2015  
ITEM 1 e 2 DIPAL de ICMS com exigibilidade suspensa em virtude de decisão judicial.  
nos autos do Processo n.º 2068021-62.2021.8.26.0000/50000 SP  
VALOR APROX. TRIBUTOS, R\$ 155,27, Federal, R\$ 0,00, Estadual, R\$ 155,27  
Pedido: 1276876  
Representante: REGIAO SJRP - (VAGO)  
Representante: REGIAO SJRP - (VAGO)  
Redespacho...: PVN - RIBEIRÃO PRETO (63) - CIF - CNPJ.: - Inscrição Estadual:1633751854115 - Endereço:RUA SAO PAULO SANTOS-SP

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS  
RECEBIDO 28/06/2021  
ASS. \_\_\_\_\_

OBS chegar dia 26/06

Convênio nº 107/2017  
Fonte de Recurso Estadual  
Termo Aditivo nº 00002/2020  
Secretaria do Estado da Saúde  
UGE: 090196 - Hospital Estadual  
Dr. Osvaldo Brandi Faria de Mirandópolis  
Tipo de Despesa: Custeio

05/09/2021 - BANCO DO BRASIL - 15:55:18  
679006790 0002

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO DO BRASIL

-----

00190000090330884110900041612177687210000121217

BENEFICIARIO:

DUPATRI H C I EXPORTACAO LTDA

NOME FANTASIA:

DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IMPORTA

CNPJ: 04.027.894/0001-64

PAGADOR:

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEF DO BRAS

CNPJ: 45.349.461/0001-02

-----

NR. DOCUMENTO 82.303

NOSSO NUMERO 33088411000041612

CONVENIO 03308841

DATA DE VENCIMENTO 23/08/2021

DATA DO PAGAMENTO 23/08/2021

VALOR DO DOCUMENTO 1.212,17

VALOR COBRADO 1.212,17

=====

NR.AUTENTICACAO E.2F9.D89.CC6.6E4.EF2

=====

Central de Atendimento BB

4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas

0800 729 0001 Demais localidades.

Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB

0800 729 0722

Informacoes, reclamacoes, cancelamento de  
produtos e servicos.

Ouvidoria

0800 729 5678

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

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala

0800 729 0088

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



**DUPATRI HOSPITALAR  
COMERCIO IMPORTACAO E  
EXPORTACAO LTDA**

AVENIDA PEDRO PASCOAL DOS  
SANTOS, 410 - GALPAO002 MD 4 E 5 -  
RESIDENCIAL REAL PARQUE SUMARÉ  
- SUMARÉ, SP, CEP:13178551,  
Fone:13-3228-8700

**DANFE**  
DOCUMENTO AUXILIAR  
DA NOTA FISCAL  
ELETRÔNICA

0-ENTRADA 1  
1-SAIDA 1

Nº 188306  
SERIE 1  
FOLHA 1/1



CHAVE DE ACESSO  
3521 0604 0278 9400 0750 5500 1000 1883 0610 0006 2480

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e [www.nfe.fazenda.gov.br/portal](http://www.nfe.fazenda.gov.br/portal)  
ou no site da Sefaz Autorizadora

NATUREZA DA OPERAÇÃO  
VENDA MERC.ADO. REC.TERCEIROS

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO  
135210709297938 24/06/2021 19:31:27

INSCRIÇÃO ESTADUAL  
671.392.680.115

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO

CNPJ  
04.027.894/0007-50

DESTINATÁRIO / REMETENTE

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

CNPJ/CPF  
45.349.461/0001-02

DATA DA EMISSÃO  
24/06/2021

ENDEREÇO  
AV JOSÉ ARIANO RODRIGUES, 303

BAIRRO/DISTRITO  
JARDIM ARIANO

CEP  
16400-400

DATA ENTRADA/SAÍDA  
24/06/2021

MUNICÍPIO  
LINS

FONE/FAX  
1435325198

UF  
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA  
19:09

FATURA / DUPLICATA

001 24/07/2021 1.212,18 002 23/08/2021 1.212,17

CALCULO DO IMPOSTO

BASE DE CALCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CALCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
2.424,35	315,41	0,00	0,00	2.424,35
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI
0,00	0,00		0,00	0,00
				VALOR TOTAL DA NOTA
				2.424,35

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL  
PVN - RIBEIRAO PRETO (63)

FRETE POR CONTA  
0 - DO EMITENTE

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ/CPF

ENDEREÇO  
RUA SÃO PAULO, 41

MUNICÍPIO  
SANTOS

UF  
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL  
633751854115

QUANTIDADE

4

ESPÉCIE  
CAIXAS

MARCA

NÚMERO

PESO BRUTO

8,00

PESO LÍQUIDO

8,00

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CODIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇOS	NCM/CH	CST	CFOP	UND	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V ICMS	V.IPI	AL ICMS	AL IPI
49599	CIPROFLOXACINO IV 400MG 200ML C/36 BPF GEN-H.ISTAR (Lote: 0000141967, Qtde: 1, Dt Val: 14/08/2022 ,Data Fab: 14/08/20- 20)	30049069	000	5102	CX	1	1.405,2500	1.405,25	1.405,25	168,63		12,00	
50559	SERINGA GASOMETRIA A-LINE 3ML LL C/100 - BD365060 (Lote: 1029010, Qtde: 2, Dt Val: 31/01/2023 ,Data Fab: 01/01/2021)	90183119	200	5102	CX	2	390,0000	780,00	780,00	103,74		13,30	
25608	ENCRISE 20U 10/1ML-BIOLAB (Lote: 10629- 03, Qtde: 1, Dt Val: 31/05/2023 ,Data Fab: 01/05/2021)	30043999	000	5102	CX	1	239,1000	239,10	239,10	43,04		18,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

RECLAMAÇÕES DE MERCADORIAS COM NO MAXIMO DE 48HORAS APOS A ENTREGA  
ID 175725475  
ITEM 1 ALIQ.12% CF LEI GENERICOSSP 16005/2015  
ITEM 2 Aliq. 13,3% conf. art. 54inciso XV da alinea "D"do RICMS/SP  
ITEM 3 ISENTO PIS/COPINS DECRETO 5426/08 ANEXO III  
ITENS 1,3 ALIQUOTA ZERO PIS/COPINS,CF.ART.2 DA LEI 10.147/00  
VALOR APROX. TRIBUTOS, R\$ 315,41, Federal, R\$ 0,00, Estadual, R\$ 315,41  
Fed:do: 211404  
Representante: REGIAO SJRP - (VAGO)  
Representante: REGIAO SJRP - (VAGO)  
OS PRODUTOS CLASSIFICADOS COM: A-1 / A-2 / B-1 / B-2 / C-1 / C-2 / C-4 / C-5 / C-3  
ENQUADRAM-SE NA PORT. 344/98

RESERVADO AO FISCO

**AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS**  
**RECEBIDO 28/06/2021**  
**ASS. \_\_\_\_\_**

Obs: chega 26/6

Convênio nº 107/2017  
Fonte de Recurso Estadual  
Termo Aditivo nº 00002/2020  
Secretaria do Estado da Saúde  
UGE: 090196 - Hospital Estadual  
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis  
Tipo de Despesa: Custeio



05/09/2021 - BANCO DO BRASIL - 15:55:18  
679006790 0005

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

-----  
BCO BRADESCO S.A.

-----  
23790601029120900000866000107707387210000165860

BENEFICIARIO:

BIOMEDICAL

NOME FANTASIA:

BIOMEDICAL

CNPJ: 51.943.645/0001-07

BENEFICIARIO FINAL:

BIOMEDICAL

CNPJ: 51.943.645/0001-07

PAGADOR:

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEF DO BRAS

CNPJ: 45.349.461/0001-02

-----  
NR. DOCUMENTO 82.304  
DATA DE VENCIMENTO 23/08/2021  
DATA DO PAGAMENTO 23/08/2021  
VALOR DO DOCUMENTO 1.658,60  
VALOR COBRADO 1.658,60  
-----

NR.AUTENTICACAO A.8E0.8C0.173.406.A30  
-----

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

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

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

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

RECEBEMOS DE BIOMEDICAL EQUIPAMENTOS PRODUTOS MEDICO-CIRURGICOS LTDA OS PRODUTOS/SERVIÇOS CONSTANTES NA NOTA FISCAL VALOR NOTA R\$ 1.658,60 NF-e Nº: 000.138.855 SÉRIE : 1

DATA DE RECEBIMENTO IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR DESTINATARIO ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEF DO BRASIL

**biomedical**  
 BIOMEDICAL EQUIPAMENTOS E PRODUTOS MEDICO-CIRURGICOS LTDA  
 Av. Amador Aguiar, 1500 - City Jaraguá - São Paulo - SP  
 CEP: 02998-020 Tel. (011) 3944-5555  
 www.biomedical.lnd.br www.cateter.com.br

**DANFE**  
 DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA  
 0 - Entrada 1 - Saída 1  
 Nº 000.138.855  
 SÉRIE : 1  
 FOLHA: 1 de 1

CHAVE DE ACESSO 3521 0751 9436 4500 0107 5500 1000 1388 5510 0464 0329

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO VENDA PRODUCAO PROPRIA PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 135210828179568 - 22/07/2021 09:10:38

INSCRIÇÃO ESTADUAL 110883564111 INSCRIÇÃO ESTADUAL SUB. TRIBUTARIA CNPJ 51.943.645/0001-07

**DESTINATÁRIO/REMETENTE**

NOME/RAZÃO SOCIAL ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEF DO BRASIL CNPJ/CPF 45.349.461/0001-02 DATA DA EMISSÃO 22/07/2021

ENDEREÇO AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 BAIRRO/DISTRITO JARDIM ARIANO CEP 16400-400 DATA DE SAÍDA/ENTRADA 22/07/2021

MUNICÍPIO LINS FONE/FAX (14) 3541-1544 UF SP INSCRIÇÃO ESTADUAL HORA DE SAÍDA 09:10:10

**FATURA**

Número	Data Vcto	Valor
001	23/08/2021	1.658,60

**CÁLCULO DO IMPOSTO**

BASE DE CÁLCULO DE ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS		
1.658,60	298,55	0,00	0,00	1.658,60		
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI	VALOR APROX. DOS TRIBUTOS	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	443,67	1.658,60

**TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS**

RAZÃO SOCIAL PERI SERVICOS DE COMUNICACAO LTDA. FRETE POR CONTA 0 - Rem. CÓDIGO ANTT PLACA DO VEICULO UF SP CNPJ/CPF 57.185.621/0001-04

ENDEREÇO AV PERI RONCHETTI, 583 JARDIM PERI MUNICÍPIO SAO PAULO UF SP INSCRIÇÃO ESTADUAL ISENTO

QUANTIDADE 1 ESPÉCIE VOLUME MARCA NUMERAÇÃO PESO BRUTO 1,960 PESO LIQUIDO 1,400

**DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO**

COD PROD.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM SH	CST	CFOP	UNID.	QUANT.	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL	B.CÁLC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTAS ICMS IPI	VALOR APROX. DOS TRIBUTOS
C7D20BNW	Cateter para Subclavia D/L CVC, 7Fr x 20cm com acessórios BNW R.O.P.M: 0702040150 L: 38157 QT: 20 RESOLUCAO DO SENADO FEDERAL 13/12, No FC1 9F30 847B-54BC-457D-A322-DA2812385F55	90183929	5 00	5101	UN	20	82,930000	1.658,60	1.658,60	298,55	0,00	18,00 0,00	443,67

23/08/21  
 Mica

Convênio nº 107/2017  
 Fonte de Recurso Estadual  
 Termo Aditivo nº 00002/2020  
 Secretaria do Estado da Saúde  
 UGE: 090196 - Hospital Estadual  
 Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis

**CÁLCULO DO ISSQN**

INSCRIÇÃO MUNICIPAL	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	BASE DE CÁLCULO DO ISSQN	VALOR DO ISSQN
85215163	0,00	0,00	0,00

**DADOS ADICIONAIS**

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES NOSSO PEDIDO: 116410 - P. PEDIDO DO CLIENTE: EMAIL. Valor aproximado dos tributos conf. Lei 12.741/2012. Federal: R\$ 223,08 (13,45%) Est adual: R\$ 220,59 (13,30%) Fonte: IBPT. UTI MIRANDÓPOLIS - CONVENIO 0 107/2017

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS  
 RECEBIDO 24/07/2021  
 ASS. MAURO CELSO CHIAVELLI

MAURO CELSO CHIAVELLI  
 Farmacêutico  
 CRF/SP 96390

05/09/2021 - BANCO DO BRASIL - 15:55:18  
679006790 0009

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

=====

03399484570130000007001522401049287230000356250

BENEFICIARIO:

BANCO SOFISA S/A

NOME FANTASIA:

BANCO SOFISA S/A

CNPJ: 60.889.128/0001-80

BENEFICIARIO FINAL:

SUPERMED COMERCIO E IMPORTACAO DE

CNPJ: 11.206.099/0001-07

PAGADOR:

ASSOC. HOSP. BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

=====

NR. DOCUMENTO 82.305

DATA DE VENCIMENTO 25/08/2021

DATA DO PAGAMENTO 23/08/2021

VALOR DO DOCUMENTO 3.562,50

VALOR COBRADO 3.562,50

=====

NR.AUTENTICACAO 3.848.9DB.118.373.3E8

=====

Central de Atendimento BB

4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas

0800 729 0001 Demais localidades.

Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB

0800 729 0722

Informacoes, reclamacoes, cancelamento de  
produtos e servicos.

Ouvidoria

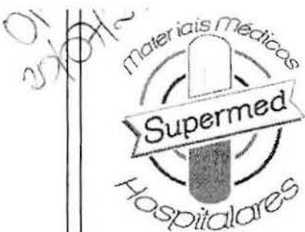
0800 729 5678

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

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala

0800 729 0088

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



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

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

DOCUMENTO AUXILIAR  
DA NOTA FISCAL  
ELETRÔNICA

0-ENTRADA 1  
1-SAIDA 1

Nº 234149  
SERIE 1  
FOLHA 1/1



CHAVE DE ACESSO  
**3521 0711 2060 9900 0441 5500 1000 2341 4910 0002 1503**

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e [www.nfe.fazenda.gov.br/portal](http://www.nfe.fazenda.gov.br/portal)  
ou no site da Sefaz Autorizadora

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

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO  
**135210794870372 14/07/2021 18:46:08**

INSCRIÇÃO ESTADUAL  
188.070.970.117

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO

CNPJ  
11.206.099/0004-41

**DESTINATÁRIO / REMETENTE**

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

CNPJ/CPF  
45.349.461/0001-02

DATA DA EMISSÃO  
14/07/2021

ENDEREÇO  
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03

BAIRRO/DISTRITO  
JARDIM ARIANO

CEP  
16400-400

DATA ENTRADA SAIDA  
14 JUL 2021

MUNICÍPIO  
LINS

FONE/FAX  
1435325198

UF  
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAIDA

**FATURA / DUPLICATA**

001 11/08/2021 3.562,50 002 25/08/2021 3.562,50

**CÁLCULO DO IMPOSTO**

BASE DE CÁLCULO DO ICMS 7.125,00	VALOR DO ICMS 855,00	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST 0,00	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO 0,00	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 7.125,00
VALOR DO FRETE 0,00	VALOR DO SEGURO 0,00	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS 0,00	VALOR TOTAL DO IPI 0,00
				VALOR TOTAL DA NOTA 7.125,00

**TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS**

NOME / RAZÃO SOCIAL  
ATIVA DISTRIBUICAO E LOGISTICA LTDA

FRETE POR CONTA  
0 - DO EMITENTE

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEICULO

UF

CNPJ/CPF  
01125797000701

ENDEREÇO  
RUA SALVADOR RODRIGUES PRADO, 200

MUNICÍPIO  
SAO PAULO

UF  
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL  
149529966118

QUANTIDADE  
2

ESPÉCIE  
CAIXA

MARCA

NÚMERO

PESO BRUTO  
14,10

PESO LÍQUIDO  
14,10

**DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS**

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UND.	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL ICMS	AL IPI
12175	FENTANILA (A1) 0,05MG/ML 50AMP 2ML GEN-HI-POLABOR (PORT.344/98) LT AS-234/21 (60) 05/2023 (Fornecedor: 1898, Lote: AS-234/2-1, Qtde: 60 ,Data Fab: 01/06/2021, Data Val: 31/05/2023)	30049099	500	5102	CX	60	118,7500	7.125,00	7.125,00	855,00		12,00	

**DADOS ADICIONAIS**

**INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**

#R1V2||  
Pedido: 233350  
End. Entrega: AV.DR.RAUL DA CUNHA BUENO,585 , 585 - MIRANDOPOLIS - 16800-000, MIRANDOPOLIS-SP - Horário : COMERCIAL  
Empresa credenciada no Regime Especial de Distribuidor Hospitalar 036035/2018 nos termos da Portaria CAT 116/2017  
Setor de Cobrança: (11)4934-1669 / 4934-1673 / 4934-1671  
QUALQUER INCONFORMIDADE NA ENTREGA, ENTRE IMEDIATAMENTE EM CONTATO COM NOSSO PÓS-VENDAS NO NÚMERO (11) 4934-1703  
Rota.....: 2 Cubagem: 0,02

**RESERVADO AO FISCO**

**AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS**  
**RECEBIDO 17/07/21**  
**ASS.**

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

Convênio nº 107/2017  
Fonte de Recurso Estadual  
Termo Aditivo nº 00002/2020  
Secretaria do Estado da Saúde  
UGE: 090196 - Hospital Estadual  
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis  
Tipo de Despesa: Custeio

05/09/2021 - BANCO DO BRASIL - 15:55:18  
679006790 0007

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO DO BRASIL

00190000090171153600100938162179587240000261250

BENEFICIARIO:

COMERCIAL C RIOCLARENSE LTDA

NOME FANTASIA:

COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTD

CNPJ: 67.729.178/0004-91

PAGADOR:

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE D

CNPJ: 45.349.461/0001-02

-----

NR. DOCUMENTO 82.306

NOSSO NUMERO 17115360000938162

CONVENIO 01711536

DATA DE VENCIMENTO 26/08/2021

DATA DO PAGAMENTO 23/08/2021

VALOR DO DOCUMENTO 2.612,50

VALOR COBRADO 2.612,50

-----

NR.AUTENTICACAO B.E02.89F.B90.68C.065

-----

Central de Atendimento BB

4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas

0800 729 0001 Demais localidades.

Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB

0800 729 0722

Informacoes, reclamacoes, cancelamento de produtos e servicos.

Ouvidoria

0800 729 5678

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

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala

0800 729 0088

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

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA
Nº. 1467304 FL. 1 / 1
SÉRIE 1



CHAVE DE ACESSO
3521 0767 7291 7800 0491 5500 1001 4673 0415 8320 2179

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

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
135210861216055 29/07/2021 16:16:47

Identificação do emitente
Rioclarense
COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA
PC EMILIO MARCONATO 1000 - NUCLEO RESIDENCIAL DOUTOR JOAO ALDO NASSIF -
JAGUARIUNA - SP
CEP: 13916-074 - 1935225800

NATUREZA DA OPERAÇÃO
VENDA DENTRO ESTADO
INSCRIÇÃO ESTADUAL
395060142110
INSCR. EST. SUBS. TRIBUTÁRIO
CNPJ
67.729.178/0004-91

DESTINATÁRIO/REMETENTE
NOME / RAZÃO SOCIAL
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
ENDEREÇO
AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303
MUNICÍPIO
LINS
BAIRRO / DISTRITO
JARDIM ARIANO
CEP
16400-400
UF
SP
DATA DA EMISSÃO
29/07/2021
DATA DA ENTRADA/SAÍDA
29/07/2021
HORA DE SAÍDA

Table with columns: FATURA/DUPLIC., VENCIMENTO, VALOR, FATURA/DUPLIC., VENCIMENTO, VALOR, FATURA/DUPLIC., VENCIMENTO, VALOR. Rows include 1467304/1 and 1467304/2.

Table with columns: BASE DE CÁLCULO DO ICMS, VALOR DO ICMS, BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST, VALOR DO ICMS SUBSTITUTO, VALOR TOTAL DOS PRODUTOS, VALOR DO FRETE, VALOR DO SEGURO, VALOR DO DESCONTO, OUTRAS DESPESAS, VALOR DO IPI, VALOR TOTAL DA NOTA.

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS
NOME / RAZÃO SOCIAL
NIKKEY RIO PRETO LOG. E TRANSP.
FRETE POR CONTA
0 - Por conta do emitente
CÓDIGO ANTT
PLACA DO VEÍCULO
UF
CNPJ
15.066.184/0001-60
ENDEREÇO
R MARIA CERON VOLPE 2260
MUNICÍPIO
SAO JOSE DO RIO PRETO
UF
SP
INSCRIÇÃO ESTADUAL
647598751114
QUANTIDADE
2,00
ESPÉCIE
VOLUME(S)
MARCA
NUMERO
0,00000
PESO BRUTO
6,005
PESO LIQUIDO
6,005

Table with columns: CÓDIGO, DESCRIÇÃO PRODUTO / SERVIÇO, NCM / SH, CST, CFOP, UN, QUANT., VALOR UNITÁRIO, VALOR TOTAL, B.CALC. ICMS, VALOR ICMS, VALOR IPI, ALIQUOTAS ICMS, IPI. Rows include PROPOFOL 10MG/ML 20ML (BIOQUIMICO) and ROCURONIO 10MG/ML, BROMETO (VOLPHARMA DISTR).

Table with columns: INSCRIÇÃO MUNICIPAL, VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS, BASE DE CÁLCULO DO ISSQN, VALOR DO ISSQN. Values include 550516029, 0,00, 0,00, 0,00.

DADOS ADICIONAIS
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
LOCAL DE ENTREGA: 4637450001247-AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Município: MIRANDOPOLIS CEP: 16800000 UF: SP País: BRASIL UNID.NEGOC.: 002 PREZADO CLIENTE, FAVOR CONFERIR NO ATO DA ENTREGA - NAO ACEITAREMOS RECLAMACOES APOS 48hs DO RECEBIMENTO. Mirandopolis DATA ENTREGA: 30/07/2021 Pedido: 1991431 Autorizacao de Compra(Pedido Cliente): 1991431 \*\*\* O pagamento devera ser realizado através do boleto anexo a nota fiscal, caso nao receba entre em contato através do e-mail boletos@rioclarense.com.br ou no telefone (19)3522-5800, Setor de Cobranca Privado. AFE: 1.04397-7 \*\* AE: 1.22375-2 \*\* ASS: 1302/16 Validade: 23/04/2021 MODAL: RODOVIARIO / TIPO ENTREGA: EXPRESSA LOCAL DE ENTREGA: Endereço: AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Município: MIRANDOPOLIS CEP: 16800000 UF: SP País: BRASIL(Código Interno Emitente: 4768 Nome Fantasia: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL) LOCAL DE ENTREGA: AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Município: MIRANDOPOLIS UF: SP País: BRASIL

RESERVADO AO FISCO
Convênio nº 107/2017
Fonte de Recurso Estadual
Termo Aditivo nº 00002/2020
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio
AHBB - UTI MIRANDOPOLIS
RECEBIDO 30/07/2021
ASS. MAURO CELSO CHIAVELLI
Farmacêutico
CRF/SP 96390

05/09/2021 - BANCO DO BRASIL - 15:55:18  
679006790 0013

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO DO BRASIL

-----

00190000090330884120800041039173887240000149470  
BENEFICIARIO:  
DUPATRI H C I EXPORTACAO LTDA  
NOME FANTASIA:  
DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IMPORTA  
CNPJ: 04.027.894/0001-64  
PAGADOR:  
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEF DO BRAS  
CNPJ: 45.349.461/0001-02

-----

NR. DOCUMENTO	82.307
NOSSO NUMERO	33088412000041039
CONVENIO	03308841
DATA DE VENCIMENTO	26/08/2021
DATA DO PAGAMENTO	23/08/2021
VALOR DO DOCUMENTO	1.494,70
VALOR COBRADO	1.494,70

-----

NR.AUTENTICACAO	B.140.037.37C.8C0.4B3
-----------------	-----------------------

=====

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

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

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

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



DUPATRI HOSPITALAR COM  
IMP EXT LTDA

AV. JOSÉ SEVERINO, N° 3530  
CATALÃO - GO  
CEP: 75.709-616

TELEFONES  
ESTOQUE CATALÃO: (64) 3442-8081  
ADM. SANTOS (13) 3228-8760

DOCUMENTO AUXILIAR  
DA NOTA FISCAL  
ELETRÔNICA

0-ENTRADA  
1-SAIDA

N° 1198811  
SERIE 1  
FOLHA 1/1



CHAVE DE ACESSO  
5221 0704 0278 9400 0326 5500 1001 1988 1110 0031 1620

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e [www.nfe.fazenda.gov.br/portal](http://www.nfe.fazenda.gov.br/portal)  
ou no site da Sefaz Autorizadora

NATUREZA DA OPERAÇÃO  
VENDA N CONTRIB

PROCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO  
152214259296185 27/07/2021 18:13:14

INSCRIÇÃO ESTADUAL  
10.444.430-4

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO  
809.010.530.117

CNPJ  
04.027.894/0003-26

DESTINATÁRIO / REMETENTE

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

CNPJ/CPF  
45.349.461/0001-02

DATA DA EMISSÃO  
27/07/2021

ENDEREÇO  
AV JOSÉ ARIANO RODRIGUES, 303

BAIRRO/DISTRITO  
JARDIM ARIANO

CEP  
16400-400

DATA ENTRADA/SAIDA  
27/07/2021

MUNICÍPIO  
LINS

FONE/FAX  
1435325198

UF  
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA  
18:12

FATURA / DUPLICATA	
001	26/08/2021 1.494,70 002 25/09/2021 1.494,70

CÁLCULO DO IMPOSTO					
BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS	
2.989,40	119,58	0,00	0,00	2.989,40	
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00		0,00	0,00	2.989,40

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL  
VEICULO PROPRIO (90)

FRETE POR CONTA  
0 - DO EMITENTE

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF  
GO

CNPJ/CPF  
04027894000326

INSCRIÇÃO ESTADUAL  
104444304

ENDEREÇO  
AVENIDA JOSÉ SEVERINO, 3530

MUNICÍPIO  
CATALAO

QUANTIDADE  
1

ESPÉCIE  
CAIXAS

MARCA

NÚMERO

PESO BRUTO  
0,75

PESO LÍQUIDO  
0,75

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS													
CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇOS	NCM/CH	CST	CFOP	UND.	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V ICMS	V IPI	AL ICMS	AL IPI
25926	HEPAMAX-S 5000UI 25F/A 5ML - BLAU (Lote: 21070017, Qtde: 5, Dt Val: 30/06/2023 ,Data Fab: 01/05/2021)	30049099	300	6108	CX	5	597,8800	2.989,40	2.989,40	119,58		4,00	

Convênio nº 107/2017  
Fonte de Recurso Estadual  
Termo Aditivo nº 00002/2020  
Secretaria do Estado da Saúde  
UGE: 090196 - Hospital Estadual  
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis  
Tipo de Despesa: Custeio

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

RECLAMAÇÕES DE MERCADORIAS COM NO MAXIMO DE 48HORAS APOS A ENTREGA  
MIRANOPOLIS - DUPATRI ENTREGAR DR RAUL DA CUNHA BUENO 585 JD SANTA ROSA MIRANOPOLIS  
SPUTI MIRANOPOLIS CONV 0107/2017 AC/ LAIS  
ITEM 1 Resolucao Senado Federal n 13/2012 e Convenio ICMS 38/2013  
ITEM 1 ALIQUOTA ZERO PIS/COFINS,CF.ART.2 DA LEI 10.147/00  
ITEM 1 DIFAL de ICMS com exigibilidade suspensa em virtude de decisão judicial, nos autos do Processo n.º 2068021-62.2021.8.26.0000/50000 SP  
VALOR APROX. TRIBUTOS, R\$ 119,58, Federal, R\$ 0,00, Estadual, R\$ 119,58  
Pedido: 1284734  
Representante: REGIAO SJRP - (VAGO)  
Representante: REGIAO SJRP - (VAGO)  
Redespacho...: PVN - RIBEIRÃO PRETO (63) - CIF - CNPJ.: - Inscrição Estadual.:633751854115 - Endereço.:RUA SAO PAULO SANTOS-SP

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS

RECEBIDO 28/07/2021

ASS. MAURO CELSO CHIAVELLI  
Farmacêutico  
CRF/SP 96390



05/09/2021 - BANCO DO BRASIL - 15:55:18  
679006790 0009

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO DO BRASIL  
-----

00190000090330884110900042367177187260000176875

BENEFICIARIO:

DUPATRI H C I EXPORTACAO LTDA

NOME FANTASIA:

DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IMPORTA

CNPJ: 04.027.894/0001-64

PAGADOR:

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEF DO BRAS

CNPJ: 45.349.461/0001-02

-----

NR. DOCUMENTO 82.308

NOSSO NUMERO 33088411000042367

CONVENIO 03308841

DATA DE VENCIMENTO 28/08/2021

DATA DO PAGAMENTO 23/08/2021

VALOR DO DOCUMENTO 1.768,75

VALOR COBRADO 1.768,75

-----

NR.AUTENTICACAO 4.D46.97A.A43.A4A.A32

-----

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

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

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

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



**DUPATRI HOSPITALAR**  
**COMERCIO IMPORTACAO E**  
**EXPORTACAO LTDA**

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

**DANFE**

DOCUMENTO AUXILIAR  
 DA NOTA FISCAL  
 ELETRÔNICA

0-ENTRADA 1  
 1-SAIDA

Nº 189436  
 SERIE 1  
 FOLHA 1/1



CHAVE DE ACESSO  
 3521 0604 0278 9400 0750 5500 1000 1894 3610 0037 8400

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e [www.nfe.fazenda.gov.br/portal](http://www.nfe.fazenda.gov.br/portal)  
 ou no site da Sefaz Autorizadora

NATUREZA DA OPERAÇÃO  
 VENDA MERC.ADQ. REC.TERCEIROS

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO  
 135210729362487 29/06/2021 20:14:50

INSCRIÇÃO ESTADUAL  
 671.392.680.115

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO

CNPJ  
 04.027.894/0007-50

**DESTINATÁRIO / REMETENTE**

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

CNPJ/CPF  
 45.349.461/0001-02

DATA DA EMISSÃO  
 29/06/2021

ENDEREÇO  
 AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303

BAIRRO/DISTRITO  
 JARDIM ARIANO

CEP  
 16400-400

DATA ENTRADA/SAIDA  
 29/06/2021

MUNICÍPIO  
 LINS

FONE/FAX  
 1435325198

UF  
 SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAIDA  
 20:03

**FATURA / DUPLICATA**

001	29/07/2021	1.768,75	002	28/08/2021	1.768,75
-----	------------	----------	-----	------------	----------

**CALCULO DO IMPOSTO**

BASE DE CALCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CALCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
3.537,50	636,75	0,00	0,00	3.537,50
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI
0,00	0,00		0,00	0,00
				VALOR TOTAL DA NOTA
				3.537,50

**TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS**

NOME / RAZÃO SOCIAL PVN - RIBEIRAO PRETO (63)	FRETE POR CONTA 0 - DO EMITENTE	CODIGO ANTT	PLACA DO VEICULO	UF	CNPJ/CPF
ENDEREÇO RUA SAO PAULO, 41	MUNICÍPIO SANTOS			UF SP	INSCRIÇÃO ESTADUAL 633751854115
QUANTIDADE 1	ESPECIE CAIXAS	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO 4,50	PESO LÍQUIDO 4,50

**DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS**

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇOS	NCM/CH	CST	CFOP	LIND	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V ICMS	V IPI	AL ICMS	AL IPI
52008	CISATRACURIO 10MG 10/5ML (I) - BLAU GEL (Lote: 210406XA, Qtde: 10, Dt Val: 05/- 04/2023 ,Data Fab: 06/04/2021)	30049069	300	5102	CX	10	353,7500	3.537,50	3.537,50	636,75		18,00	

**DADOS ADICIONAIS**

**INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**

RECLAMAÇÕES DE MERCADORIAS COM NO MÁXIMO DE 48 HORAS APÓS A ENTREGA  
 MIRANOPOLIS - DUPATRI ENTREGAR DR RAUL DA CUNHA BUENO 585 JD SANTA ROSA MIRANOPOLIS  
 SP/UTI MIRANOPOLIS CONV 0107/2017 AC/ LAIS  
 ITEM 1 ALIQUOTA ZERO PIS/COFINS, CF. ART. 2 DA LEI 10.147/00  
 VALOR APROX. TRIBUTOS, R\$ 636,75, Federal, R\$ 0,00, Estadual, R\$ 636,75  
 Pedido: 212602  
 Representante: REGIAO SJRP - (VAGO)  
 Representante: REGIAO SJRP - (VAGO)  
 OS PRODUTOS CLASSIFICADOS COM: A-1 / A-2 / B-1 / B-2 / C-1 / C-2 / C-4 / C-5 / C-3  
 ENQUADRAM-SE NA PORT. 344/98

**RESERVADO AO FISCO**

AHBB - UTI MIRANÓPOLIS  
 RECEBIDO 30/06/2021  
 ASS. \_\_\_\_\_

Convênio nº 107/2017  
 Fonte de Recurso Estadual  
 Termo Aditivo nº 00002/2020  
 Secretaria do Estado da Saúde  
 UGE: 090196 - Hospital Estadual  
 Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis  
 Tipo de Despesa: Custeio

05/09/2021 - BANCO DO BRASIL - 15:55:18  
679006790 0004

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO DO BRASIL

00190618453242033347100001526110887270000127200

BENEFICIARIO:  
SAMTRONIC I COMERCIO LTDA  
NOME FANTASIA:  
SAMTRONIC INDUSTRIA E COMERCIO LIMI  
CNPJ: 58.426.628/0001-33  
PAGADOR:  
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE D  
CNPJ: 45.349.461/0001-02

=====

NR. DOCUMENTO	82.309
NOSSO NUMERO	6184324203
CONVENIO	00000000
DATA DE VENCIMENTO	29/08/2021
DATA DO PAGAMENTO	23/08/2021
VALOR DO DOCUMENTO	1.272,00
VALOR COBRADO	1.272,00

=====

NR.AUTENTICACAO 2.CF5.179.8CE.FF3.F5E

=====

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

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

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

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

DATA DE RECEBIMENTO IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR N.º 000275798 SÉRIE 1



**Samtronic Industria e Comercio Ltda**  
Rua Venda da Esperança, 162  
Sacorro Cep:04763-040  
Sao Paulo/SP  
Fone: 55112447751

**DANFE**  
DOCUMENTO AUXILIAR DA  
NOTA FISCAL ELETRÔNICA  
0-ENTRADA  
1-SAÍDA  
N. 000275798  
SÉRIE 1  
FOLHA 01/01



**CHAVE DE ACESSO DA NF-E**  
3521 0658 4266 2800 0133 5500 1000 2757 9819 5995 6066  
Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e  
www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da SEFAZ Autorizada

NATUREZA DA OPERAÇÃO VENDA DE PRODUÇÃO DO ESTABELECIMENTO PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 135210734807901 30/06/2021 17:47:24-03:00

INSCRIÇÃO ESTADUAL 112068380115 INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIB. CNPJ 58.426.628/0001-33

DESTINATÁRIO/REMETENTE  
NOME/RAZÃO SOCIAL ASSOCIAÇÃO HOSP. ALAR BENEFICENTE DO BRASIL CNPJ/CPF 45.349.461/0001-02 DATA DE EMISSÃO 30/06/2021  
ENDEREÇO AV JOSE ARIANO RODRIGUES,303, SALA 03 BAIRRO/DISTRITO JARDIM ARIANO CEP 16400-400 DATA ENTRADA/SAÍDA  
MUNICÍPIO FONE/FAX UF INSCRIÇÃO ESTADUAL HORA ENTRADA/SAÍDA  
1158 1837011611 SP

001	002				
30/07/2021 /	29/08/2021 /				
1.372,00	1.272,00				

CÁLCULO DO IPI/POSTO					
BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS	
2.544,00	457,92	0,00	0,00	2.544,00	
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2.544,00

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS  
RAZÃO SOCIAL FRETE POR CONTA CÓDIGO ANTT PLACA DO VEÍCULO UF CNPJ/CPF  
RODONAVES TRANSPORTES E ENCOMENDAS LTDA 0-EMITENTE  
ENDEREÇO MUNICÍPIO UF INSCRIÇÃO ESTADUAL  
RUA ALEXANDRE COLARES SAO PAULO SP 112782533118

QUANTIDADE	ESPECIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
1	CAIXA			7,581	6,381

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO													
COD. PROD	DESCRIÇÃO DO PROD/SERV.	NCM/SH	CST	CFOP	UN	QUANT.	V.UNITARIO	V.TOTAL	BC ICMS	V. ICMS	V. IPI	A. ICMS	A. IPI
11902708	027090 DERRAMAÇÃO DE 041 0000 ESTERILIZADO ICA 500ML Lote: 161 2021102337937508 - VAL Lote: 02/06/2024	90189099	000	5161	UN	150,0000	16,96000000	2.544,00	2.544,00	457,92	0,00	18,00%	0,00%

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

**DADOS ADICIONAIS**  
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES  
Protocolo 135210734807901  
07/018 ENTREGAR DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585, MIRANDÓPOLIS/SP ADICIONAIS DA  
NOTA - UTI MIRANDÓPOLIS - CONVENIO 0107/2017 ALIQUOTA DO IPI REDUZIDO A 0  
CONFORME DECRETO N 8950 DE 2016 MATERIAL HOSPITALAR ISENCAO DE DIFAL POR  
MERCADORIA SE REFERENTE CONJUNTO DESCARTAVEL DE CIRCULACAO ASSISTIDA EQUIPO E  
EXTENSORES ISENCAO DE ICMS CONFORME CONVENIO 28/2021 CLAUSULA XLII PRORRUGA O  
CONVENIO ICMS 01-99 ATE 31 03 2022 ALIQUOTA ZERO DE PIS E COFINS DE ACORDO COM  
DECRETO 6426/2008 LEI 10637/2002 ARTIGO 2 PARAGRAFO 1 LEI 10833/2003 Endereço  
de entrega DR RAUL DA CUNHA BUENO 585, CENTRO, 1680-000 - SP \*\*\* Pedido de  
Venda 481686 \*\*\* Cotação Numero G03662 Valor Aproximado dos Tributos R\$  
816,37 (32,09%)

RESERVADO AO FISCO  
**AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS**  
**RECEBIDO 05/07/2021**  
**ASS.**

Convênio nº 107/2017  
Fonte de Recurso Estadual  
Termo Aditivo nº 00002/2020  
Secretaria do Estado da Saúde  
UGE: 090196 - Hospital Estadual  
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis  
Tipo de Despesa: Custeio

05/09/2021 - BANCO DO BRASIL - 15:55:18  
679006790 0004

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

ITAU UNIBANCO S.A.

34191090080370609055642336350006187280000400000

BENEFICIARIO:

ANBIOTON IMPORTADORA LTDA

NOME FANTASIA:

ANBIOTON IMPORTADORA LTDA

CNPJ: 11.260.846/0001-87

BENEFICIARIO FINAL:

ANBIOTON IMPORTADORA LTDA

CNPJ: 11.260.846/0001-87

PAGADOR:

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICE

CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO 82.310

DATA DE VENCIMENTO 30/08/2021

DATA DO PAGAMENTO 23/08/2021

VALOR DO DOCUMENTO 4.000,00

VALOR COBRADO 4.000,00

NR.AUTENTICACAO 0.BC7.4C8.7A9.658.26A

Central de Atendimento BB

4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas

0800 729 0001 Demais localidades.

Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB

0800 729 0722

Informacoes, reclamacoes, cancelamento de produtos e servicos.

Ouvidoria

0800 729 5678

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

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala

0800 729 0088

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

**Anbioion**
**Identificação do emitente**  
**ANBIOTON IMPORTADORA LTD**  
**A**

 AV AMANCIO GAJOLLI 426  
 Complemento: GALPAO 2 - MODULO 2

 AGUA CHATA Cep:07251-250  
 GUARULHOS/SP  
 Fone: 55114372982
**DANFE**
 DOCUMENTO AUXILIAR DA  
 NOTA FISCAL ELETRONICA  
 0-ENTRADA  
 1-SAIDA

 N. 000144858  
 SÉRIE 1  
 FOLHA 01/01

**CHAVE DE ACESSO DA NF-E**  
**3521 0711 2608 4600 0187 5500 1000 1448 5815 8040 1808**

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

 NATUREZA DA OPERAÇÃO  
 VENDAS DE MERC., ADQUIRIDAS E/OU RECEBIDAS DE TERCEIROS

 PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO  
 135210745543045 02/07/2021 17:46:36-03:00

 INSCRIÇÃO ESTADUAL  
 336905878113

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIB.

 CNPJ/CPF  
 11.260.846/0001-87

DESTINATÁRIO-REMETENTE

 NOME/RAZÃO SOCIAL  
 ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

 ENDEREÇO  
 AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303, SALA 03

 MUNICÍPIO FONE/FAX  
 LINS 1435325198

 BAIRRO/DISTRITO  
 JARDIM ARIANO

 CEP  
 16400-400

INSCRIÇÃO ESTADUAL

DATA DE EMISSÃO

02/07/2021

DATA ENTRADA/SAIDA

02/07/2021

HORA ENTRADA/SAIDA

16:20:00

INFORMAÇÕES DO LOCAL DE ENTREGA

 NOME/RAZÃO SOCIAL  
 ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

 ENDEREÇO  
 AV DR RAUL DA CUNHA BUENO, 585

 MUNICÍPIO FONE/FAX  
 MIRANDÓPOLIS 1435325198

 BAIRRO/DISTRITO  
 CENTRO

 CNPJ/CPF  
 45.349.461/0001-02

INSCRIÇÃO ESTADUAL

 CEP  
 16800000

 FONE/FAX  
 1435325198

FATURA

001	002	003
31/07/2021	15/08/2021	30/08/2021
4.000,00	4.000,00	4.000,00

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
12.000,00	1.440,00	0,00	0,00	12.000,00

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	12.000,00

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

 RAZÃO SOCIAL  
 QUALITY TRANSP E ENTREGAS RAPIDAS LTDA

 ENDEREÇO  
 RUA JUA, 70

 FRETE POR CONTA  
 0-REMETENTE

CÓDIGO ANTI

PLACA DO VEICULO

UF

 CNPJ/CPF  
 06.321.409/0001-96

 MUNICÍPIO  
 SAO PAULO

 UF  
 SP

 INSCRIÇÃO ESTADUAL  
 148923420116

QUANTIDADE	ESPECIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
2	CAIXA(S)				9,824

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇO

CODIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PROD/SERV	NCM/SH	CST	CFOP	UN	QUANT.	UNITARIO	VTOTAL	BC/ICMS	VICMS	VIPI	A/ICMS/A/PI
0217.6847	MIDAZOLAM (B1) 5MG/ML SOL INJ IM/IV/IC X C/50 AMP 10ML - TEUTO GENERICO Lote - 68470086 / Valid. - 30/06/2024	30049069	000	5102	UN	8,00	1.500,000	12.000,00	12.000,00	1.440,00	0,00	12,00%

PREZADO CLIENTE, FAVOR  
 CONFERIR SUA MERCADORIA  
 NO ATO DA ENTREGA  
 NÃO ACEITAMOS DEVOLUÇÕES  
 POSTERIORES POR AVARIA OU  
 DESCONFORMIDADE COM O  
 PRODUTO.

CÁLCULO DO ISSQN

 INSCRIÇÃO MUNICIPAL  
 174488

VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS

BASE DE CÁLCULO DO ISSQN

VALOR DO ISSQN

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

 Protocolo: 135210745543045  
 MEDICAMENTO PERTENCENTE A PORTARIA 344/98 LISTA B1  
 PRODUTOS GENERICOS - ALIQ. ICMS 12% - LEI 16.005, DE 24 DE NOVEMBRO DE 2015  
 PEDIDO INTERNO: 140645  
 ENDEREÇO DE ENTREGA: AV DR RAUL DA CUNHA BUENO, 585  
 - CENTRO  
 MIRANDÓPOLIS - SP - 16800000

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS  
 RECEBIDO 06/07/2021  
 ASS.

powered by TOTVS

 Convênio nº 107/2017  
 Fonte de Recurso Estadual  
 Termo Aditivo nº 00002/2020  
 Secretaria do Estado da Saúde  
 UGE: 090196 - Hospital Estadual  
 Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis  
 Tipo de Despesa: Custeio

05/09/2021 - BANCO DO BRASIL - 15:55:18  
679006790 0009

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO DO BRASIL

-----  
00190000090171153600100939482170287290000294000  
BENEFICIARIO:  
COMERCIAL C RIOCLARENSE LTDA  
NOME FANTASIA:  
COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTD  
CNPJ: 67.729.178/0004-91  
PAGADOR:  
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE D  
CNPJ: 45.349.461/0001-02

-----  
NR. DOCUMENTO 82.311  
NOSSO NUMERO 17115360000939482  
CONVENIO 01711536  
DATA DE VENCIMENTO 31/08/2021  
DATA DO PAGAMENTO 23/08/2021  
VALOR DO DOCUMENTO 2.940,00  
VALOR COBRADO 2.940,00

-----  
NR.AUTENTICACAO F.C77.07E.4A6.031.3EE  
=====

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

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

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

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

# Rioclarensense

COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA  
C/ EMILIO MARCONATO 1000 - NUCLEO RESIDENCIAL DOUTOR JOAO ALDO NASSIF -  
JAGUARIBUNA - SP  
CNPJ 13916-074 - 1935225800

DOCUMENTO ORIGINAL DA  
NOTA FISCAL ELETRONICA

0 - ENTRADA 1  
1 - SAIDA 1  
Nº. 1469130 FL. 1 / 1  
SÉRIE 1



CHAVE DE ACESSO  
3521 0867 7291 7800 0491 5500 1001 4691 3013 2345 2002

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

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO  
135210883149705 03/08/2021 20:14:19

NATUREZA DA OPERAÇÃO <b>VENDA DENTRO ESTADO</b>		CNPJ 67.729.178/0004-91
INSCRIÇÃO ESTADUAL 395060142110	INSCR. EST. SUBS. TRIBUTÁRIO	

DESTINATÁRIO/REMETENTE NOME / RAZÃO SOCIAL <b>ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL</b>		CNPJ / CPF 45.349.461/0001-02	DATA DA EMISSÃO 03/08/2021
ENDEREÇO <b>AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303</b>		BAIRRO / DISTRITO <b>JARDIM ARIANO</b>	CEP 16400-400
MUNICÍPIO <b>LINS</b>	FONE / FAX 1836591243	UF SP	DATA DA ENTRADA/SAÍDA 03/08/2021
		INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DE SAÍDA

FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR
1469130/1	31/08/2021	2.940,00						

BASE DE CÁLCULO DO ICMS 2.940,00	VALOR DO ICMS 367,20	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST 0,00	VALOR DO ICMS SUBSTITUTO 0,00	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 2.940,00	
VALOR DO FRETE 0,00	VALOR DO SEGURO 0,00	VALOR DO DESCONTO 0,00	OUTRAS DESPESAS 0,00	VALOR DO IPI 0,00	VALOR TOTAL DA NOTA 2.940,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS NOME / RAZÃO SOCIAL <b>NIKKEY RIO PRETO LOG. E TRANSP.</b>		FRETE POR CONTA 0 - Por conta do emitente	CÓDIGO ANTI	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ 15.066.184/0001-60
ENDEREÇO <b>R MARIA CERON VOLPE 2260</b>		MUNICÍPIO <b>SAO JOSE DO RIO PRETO</b>	UF SP	INSCRIÇÃO ESTADUAL 647598751114		
QUANTIDADE 1,00	ESPECIE <b>VOLUME(S)</b>	MARCA	NUMERO 0,00000	PESO BRUTO 4,460	PESO LIQUIDO 4,460	

CÓDIGO	DESCRIÇÃO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / SH	CST	CFOP	UN	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	B.CALC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALIQUOTAS ICMS	ALIQUOTAS IPI
032579	PROPOFOL 10MG/ML 20ML (BIOQUIMICO) (ITEM GENERIC O) L: BB210303 Q: 100,0000 F: 03/03/21 V: 31/08/2022 *** Portaria 344/98 C1	30049095	000	5102	AP	100,00	27,00	2.700,00	2.700,00	324,00	0,00	12,00	0,00
032606	ROCURONIO 10MG/ML, BROMETO (VOLPHARMA DISTR) (ITEM GENERIC) L: RS132 Q: 10,0000 F: 30/06/21 V: 30/05/2023	30049079	000	5102	FA	10,00	24,00	240,00	240,00	43,20	0,00	18,00	0,00

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

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES LOCAL DE ENTREGA: 46374500001247-AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Município: MIRANDOPOLIS CEP: 16800000 UF: SP País: BRASIL UNID.NEGOC.: 002 PREZADO CLIENTE, FAVOR CONFERIR NO ATO DA ENTREGA - NAO ACEITAREMOS RECLAMACOES APOS 48hs DO RECEBIMENTO. Mirandopolis DATA ENTREGA: 04/08/2021 Pedido: 1994693 Autorizacao de Compra(Pedido Cliente): 1994693 *** O pagamento devera ser realizado através do boleto anexo a nota fiscal, caso nao receba entre em contato através do e-mail boletos@rioclarensense.com.br ou no telefone (19)3522-5800. Setor de Cobrança Privado. AFE: 1.04397-7 ** AE: 1.22375-2 ** ASS: 1302/16 Validade: 23/04/2022 MODAL: RODOVIARIO / TIPO ENTREGA: EXPRESSA LOCAL DE ENTREGA: Endereço: AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Município: MIRANDOPOLIS CEP: 16800000 UF: SP País: BRASIL(Código Interno Emitente: 4769 Nome Fantasia: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL) LOCAL DE ENTREGA: AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Município: MIRANDOPOLIS UF: SP País: BRASIL	RESERVADO AO FISCO <b>AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS</b> <b>RECEBIDO 04/08/2021</b> <b>ASS.</b> <b>MAURO CELSO CHIAVELLI</b> Farmacêutico CRF/SP 96390
--	---

Convênio nº 107/2017  
Fonte de Recurso Estadual  
Termo Aditivo nº 00002/2020  
Secretaria do Estado da Saúde  
UGE: 090196 - Hospital Estadual  
Dr. Osvaldo Blandi Faria de Mirandópolis  
Tipo de Despesa: Custeio

*Mur*



05/09/2021 - BANCO DO BRASIL - 15:55:18  
679006790 0008

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO DO BRASIL

00190000090171153600100939471173387290000640779

BENEFICIARIO:  
COMERCIAL C RIOCLARENSE LTDA  
NOME FANTASIA:  
COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTD  
CNPJ: 67.729.178/0004-91  
PAGADOR:  
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE D  
CNPJ: 45.349.461/0001-02

=====

NR. DOCUMENTO	82.312
NOSSO NUMERO	17115360000939471
CONVENIO	01711536
DATA DE VENCIMENTO	31/08/2021
DATA DO PAGAMENTO	23/08/2021
VALOR DO DOCUMENTO	6.407,79
VALOR COBRADO	6.407,79

=====

NR.AUTENTICACAO	4.8AC.3BF.84D.09E.440
-----------------	-----------------------

=====

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

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

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

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



COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA  
 PC EMILIO M/ RCONATO 1000 - NUCLEO RESIDENCIAL DOUTOR JOAO ALDO NASSIF -  
 JAGUARIUNA - SP  
 CEP: 13916-074 - 1915225800

DOCUMENTO AUXILIAR DA  
 NOTA FISCAL ELETRONICA

0 - ENTRADA 1  
 1 - SAIDA  
 Nº. 1469114 FL 1/2  
 SÉRIE 1



CHAVE DE ACESSO  
 3521 0867 7291 7800 0491 5500 1001 4691 1413 8063 0573

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO <b>VENDA DENTRO ESTADO</b>		PROCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 135210883058274 03/08/2021 19:46:52	
INSCRIÇÃO ESTADUAL 395060142110	INSCR. EST. SUBS. TRIBUTARIO	CNPJ 67.729.178/0004-91	

DESTINATÁRIO/REMETENTE NOME / RAZÃO SOCIAL <b>ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL</b>		CNPJ / CPF 45.349.461/0001-02	DATA DA EMISSÃO 03/08/2021
ENDEREÇO <b>AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303</b>		BARRIO / DISTRITO <b>JARDIM ARIANO</b>	CEP 16400-400
MUNICIPIO <b>LINS</b>	FONE / FAX 1836591243	UF SP	INSCRIÇÃO ESTADUAL HORA DE SAÍDA

FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR
1469114/1	31/08/2021	6.407,79	1469114/2	28/09/2021	6.407,79			

CÁLCULO DO IMPOSTO		BASE DE CÁLCULO DO ICMS		VALOR DO ICMS		BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST		VALOR DO ICMS SUBSTITUTO		VALOR TOTAL DOS PRODUTOS	
		12.689,88		1.694,38		0,00		0,00		12.815,58	
VALOR DO FRETE		VALOR DO SEGURO		VALOR DO DESCONTO		OUTRAS DESPESAS		VALOR DO IPI		VALOR TOTAL DA NOTA	
0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		12.815,58	

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS NOME / RAZÃO SOCIAL <b>NIKKEY RIO PRETO LOG. E TRANSP.</b>		FRETE POR CONTA 0 - Por conta do emitente	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ 15.066.184/0001-60
ENDEREÇO <b>R MARIA CERON VOLPE 2260</b>		MUNICIPIO <b>SAO JOSE DO RIO PRETO</b>		UF SP	INSCRIÇÃO ESTADUAL 647598751114	
QUANTIDADE 8,00	ESPÉCIE <b>VOLUME(S)</b>	MARCA	NUMERO 0,03541	PESO BRUTO	PESO LIQUIDO	
				51,418	51,418	

CÓDIGO	DESCRIÇÃO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / SH	CST	CFOP	UN	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	B.CALC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTAS ICMS IPI
021274	ESPARADRAPO 10CMX4,5MTS (CREMER) L: 1993116D Q: 10,0000 F: 30/04/21 V: 30/04/2023	30051030	000	5102	RO	10,00	7,2976	72,98	72,98	13,14	0,00	18,00 0,00
030366	TIRAS REAGENTES N/INDIV (MEDLEVENSOHN) L: 1290965 Q: 600,0000 F: 04/01/21 V: 03/01/2023	38220090	700	5102	TI	600,00	0,5209	312,54	312,54	56,26	0,00	18,00 0,00
031622	MASCARA CIR TRIPLA C/ELASTICO (DESCARBOX) L: 565 8 Q: 350,0000 F: 01/04/21 V: 30/04/2026	63079010	000	5102	PC	350,00	0,16	56,00	56,00	10,08	0,00	18,00 0,00
031168	ESCOVA DESC P/ASSEPSIA DE MAOS CLOREXIDI (VIC PHA RMA) L: M29588 Q: 48,0000 F: 01/07/21 V: 30/07/2024	30039099	000	5102	PC	48,00	1,90	91,20	91,20	16,42	0,00	18,00 0,00
031861	FILTRO BACTERIANO VIRAL (BE CARE) L: 210318 Q: 6 0,0000 F: 18/03/21 V: 18/03/2026	90192010	200	5102	PC	60,00	5,50	330,00	330,00	59,40	0,00	18,00 0,00
023163	SONDA ALIMENTACAO ENTERAL C/GUIA No12 (SOLUMED ) L: 5833 Q: 15,0000 F: 01/06/21 V: 30/06/2024 *Isenção conf. Anexo I, Art. 14, RICMS/2000-SP (Conv.01/99)	90183921	040	5102	PC	15,00	8,38	125,70	0,00	0,00	0,00	0,00 0,00
028215	MEROPENEM 1G (BIOCHIMICO) (ITEM GENERICO) L: 0092 61 Q: 100,0000 F: 11/06/21 V: 30/05/2023, nFCI: D1538FAF-856 B-4FBB-ACC9-59FF5BCC9EAA	30042099	500	5102	FA	100,00	35,50	3.550,00	3.550,00	426,00	0,00	12,00 0,00

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

<p><b>INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES</b>          LOCAL DE ENTREGA: 46374500001247-AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Município: MIRANDOPOLIS CEP: 16800000 UF: SP País: BRASIL UNID.NEGOC.: 002 PREZADO CLIENTE, FAVOR CONFERIR NO ATO DA ENTREGA - NÃO ACEITAREMOS RECLAMAÇÕES APOS 48hs DO RECEBIMENTO. Mirandópolis DATA ENTREGA: 04/08/2021 Pedido: 1995237 Autorização de Compra(Pedido Cliente): 1995237 *** O pagamento devera ser realizado através do boleto anexo a nota fiscal, caso nao reciba entre em contato através do e-mail boletos@rioclarense.com.br ou no telefone (19)3522-5800, Setor de Cobrança Privado. AFE: 1.04397-7 ** AE: 1.22375-2 ** ASS: 1302/16 Validade: 23/04/2022 MODAL: RODOVIARIO / TIPO ENTREGA: EXPRESSA Aliquota ICMS 13,30% cf. art.54, Inc.XVII, RICMS/SP Dec.45490/00. LOCAL DE ENTREGA: Endereço: AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Município: MIRANDOPOLIS CEP: 16800000 UF: SP País: BRASIL(Código Interno Emitente: 4768 Nome Fantasia: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL) LOCAL DE ENTREGA: AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Município: MIRANDOPOLIS UF: SP País: BRASIL</p>	<p><b>RINSB - UTI MIRANDÓPOLIS</b>  <b>RECEBIDO 04/08/2021</b>  <b>ASS.</b>  <b>MAURO CELSO CHIAVELLI</b>  <b>Farmacêutico</b>  <b>CRF/SP 96390</b></p>
---	---

Convênio nº 107/2017  
 Fonte de Recurso Estadual  
 Termo Aditivo nº 00002/2020  
 Secretaria do Estado da Saúde  
 UGE: 090196 - Hospital Estadual  
 Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis  
 Tipo de Despesa: Custeio

Identificação do emitente



COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA  
 PC EMILIO MARCONATO 1000 - NUCLEO RESIDENCIAL DOUTOR JOAO ALDO NASSIF -  
 JAGUARIUNA - SP  
 CEP 13916-974 - 193525800

## DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA  
NOTA FISCAL ELETRÔNICA0 - ENTRADA  
1 - SAÍDA

1

Nº. 1469114 FL 2 / 2  
SÉRIE 1

CHAVE DE ACESSO

3521 0867 7291 7800 0491 5500 1001 4691 1413 8063 0573

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

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

135210883058274 03/08/2021 19:46:52

NATUREZA DA OPERAÇÃO

VENDA DENTRO ESTADO

INSCRIÇÃO ESTADUAL

395060142110

INSCR. EST. SUBS. TRIBUTARIO

CNPJ

67.729.178/0004-91

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / SH	CST	CFOP	UN	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	B.CALC ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTAS	
												ICMS	IPI
026207	PIPERACILINA 4,0G + TAZOBACTAM 0,5G (MYLAN) (ITEM GNERICO) L: 7104927 Q: 100,0000 F: 30/12/20 V: 30/12/2022	30041019	200	5102	FA	100,00	25,00	2.500,00	2.500,00	300,00	0,00	12,00	0,00
028089	NOREPINEFRINA 8MG, HEMITARTARATO (HYPOFARMA) (ITEM GNERICO) L: 21050536 Q: 500,0000 F: 30/05/21 V: 30/05/2023	30039099	000	5102	AP	500,00	6,80	3.400,00	3.400,00	408,00	0,00	12,00	0,00
032638	METILPREDNISOLONA 125MG, SUCCINATO SODICO (NOV AFAR/FRESEN) (ITEM GNERICO) L: 78QF2143 Q: 25,0000 F: 30/06/21 V: 30/05/2023	30043210	000	5102	FA	25,00	12,27	306,75	306,75	36,81	0,00	12,00	0,00
019054	OMEPRAZOL 40MG F-A (BLAU) L: 21061090 Q: 40,0000 F: 30/06/21 V: 30/06/2023, nFCI: AA556F42-9696-482D-B59C-863E171AF5FD	30049069	500	5102	FA	40,00	25,50	1.020,00	1.020,00	183,59	0,00	18,00	0,00
013895	AGUA PARA INJECAO 500ML S.FECHADO (EQUIPLEX) L: 2113934 Q: 24,0000 F: 30/06/21 V: 30/06/2023	30049069	000	5102	FR	24,00	3,30	79,20	79,20	10,53	0,00	13,30	0,00
024629	IBUPROFENO 100MG/ML (MEDQUIMICA) (ITEM GNERICO) L: 001594 Q: 5,0000 F: 30/06/20 V: 30/06/2022	30049029	000	5102	FR	5,00	2,23	11,15	11,15	1,34	0,00	12,00	0,00
022844	CEFTRIAJXONA 1G IV (BLAU) L: 21040272 Q: 100,0000 F: 30/03/21 V: 30/03/2023	30042059	000	5102	FA	100,00	6,30	630,00	630,00	113,40	0,00	18,00	0,00
030494	CLOREXIDINA 0,5% 100ML (VIC PHARMA) L: M29544 Q: 24,0000 F: 01/07/21 V: 30/07/2023	30039099	000	5102	FR	24,00	1,73	41,52	41,52	7,47	0,00	18,00	0,00
031060	CLOREXIDINA 2% DEGERMANTE 100ML (VIC PHARMA) L: M29423 Q: 24,0000 F: 30/06/21 V: 30/06/2024	30039099	000	5102	FR	24,00	2,06	49,44	49,44	8,90	0,00	18,00	0,00
023638	VASOPRESSINA SINTETICA 20U (BIOLAB SANUS) L: 1063245 Q: 10,0000 F: 30/05/21 V: 30/05/2023, nFCI: 4AF75F3D-2D05-48D6-916D-4E799F5C5A8A	30043999	500	5102	AP	10,00	23,9095	239,10	239,10	43,04	0,00	18,00	0,00

Convênio nº 107/2017  
 Fonte de Recurso Estadual  
 Termo Aditivo nº 00002/2020  
 Secretaria do Estado da Saúde  
 UGE: 090156 - Hospital Estadual  
 Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis  
 Tipo de Despesa: Custeio

05/09/2021 - BANCO DO BRASIL - 15:55:18  
679006790 0006

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

ITAU UNIBANCO S.A.

34191090080039074014052918290009887300000059475

BENEFICIARIO:

CENTER MAQ COMERCIO DE MAQUINA

NOME FANTASIA:

CENTER MAQ COMERCIO DE MAQUINA

CNPJ: 62.771.316/0001-34

BENEFICIARIO FINAL:

CENTER MAQ COMERCIO DE MAQUINA

CNPJ: 62.771.316/0001-34

PAGADOR:

ASSOC HOSPITALAR BENEF DO BR

CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO 82.313  
DATA DE VENCIMENTO 01/09/2021  
DATA DO PAGAMENTO 23/08/2021  
VALOR DO DOCUMENTO 594,75  
VALOR COBRADO 594,75


NR.AUTENTICACAO 0.B97.B4D.7B7.572.A00


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

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

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

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

	<b>NOTA DE LOCAÇÃO FATURA</b> Nº 000025150 CENTERMAQ	ASSOC. HOSPITALAR BENEF. DO Nome / Carimbo / Assinatura	RG:
			Data do Recebimento: ____/____/____

	<b>CENTER MAQ COM DE MAQUINAS E PAPEIS LTDA</b> RUA MARTIN WESTPHAL, 220 17539-006 MARILIA / SP 62.771.316/0001-34	14-3311-7888 contato@centermaq.com I.E: 438.076.337.119	<b>NOTA DE LOCAÇÃO FATURA</b> Nº 000025150 Data Emissão 17/08/2021
--	---	---	--

Nº Fatura 000025150	Valor R\$ 594,75	Vencimento 01/09/2021
------------------------	---------------------	--------------------------

Pagador  
ASSOC. HOSPITALAR BENEF. DO BRASIL

Endereço  
AV JOSE A RODRIGUES 303


Município/UF LINS	CEP 16400-400	CNPJ 45.349.461/0001-02	Insc. Estadual ISENTO	Insc. Municipal
----------------------	------------------	----------------------------	--------------------------	-----------------

Endereço de cobrança e praça de pagamento

Valor por extenso  
QUINHENTOS E NOVENTA E QUATRO REAIS E SETENTA E CINCO CENTAVOS

Discriminação	Qtde.	Vr. Unit.	Desconto	Total R\$
LOCACAO DE EQPTO REPROGRAFICO (MRL) PARCELA DE LOCACAO DA MAQUINA COPIADORA PERIODO 16/07/202 1 A 16/08/2021, CONTRATO N.01178/2017-6414  COM EXCEDENTE DE 5605 COPIAS A R\$ 0,069 = R\$ 386,75	1	594,75		594,75
<b>Valor total da nota R\$</b>			0,00	594,75

Dispensada de emissão de nota fiscal conforme LC nº 116/2003( locação de equipamentos ). Atividade não sujeita a retenção de CSLL, COFINS e PIS prevista no artigo 30 da lei 10833/04. Não sujeita a retenção do IR na fonte conforme artigo 647 do RIR 99.

 <b>Banco Itaú S.A.</b>	<b>341-7</b>	34191.09008 00390.740140 52918.290009 8 87300000059475
---	--------------	--

Local de Pagamento ATE O VENCIMENTO, PAGUE PREFERENCIALMENTE NO ITAU.	Vencimento <b>01/09/2021</b>
--	---------------------------------

Beneficiário CENTER MAQ COM DE MAQUINAS E PAPEIS LTDA - CNPJ: 62.771.316/0001-34 RUA MARTIN WESTPHAL, 220 BAIRRO: DISTRITO DE LÁCIO - MARILIA (SP) CEP: 17539-	Agência / Código Beneficiário 0145/29182-9
--	---

Data do Documento 17/08/2021	Número do Documento 000025150/1	Espécie Doc. DM	Aceite N	Data do Processamento 17/08/2021	Nosso Número 109/00003907-4
---------------------------------	------------------------------------	--------------------	-------------	-------------------------------------	--------------------------------

Uso do Banco	Carteira 109	Moeda R\$	Quantidade	Valor	(-) Valor do Documento <b>594,75</b>
--------------	-----------------	--------------	------------	-------	---

Instruções (Texto de Responsabilidade do Beneficiário.)  
Após vencimento cobrar multa de R\$ 11,90.  
Após vencimento cobrar juros de R\$ 0,79 ao dia.

(-) Desconto
(-) Outras Deduções / Abatimentos
(+) Mora / Multa / Juros
(+) Outros Acréscimos
(=) Valor Cobrado

Pagador: ASSOC. HOSPITALAR BENEF. DO BRASIL (6414) AV JOSE A RODRIGUES 303 SALA 03 16400-400 JARDIM ARIANO LINS SP	CPF / CNPJ 45.349.461/0001-02 Código de Baixa 109/00003907-4
--	---

Pagador/Avalista



Autenticação Mecânica - Ficha de Compensação nº 107/2017  
Fonte de Recurso Estadual  
Termo Aditivo nº 00002/2020  
Secretaria do Estado da Saúde  
UGE: 090196 - Hospital Estadual  
D. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis  
Tipo de Despesa: Custeio

23/08/2021

05/09/2021 - BANCO DO BRASIL - 15:55:18  
679006790 0003

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

=====

03399432430210000000500002901015487230000067500

BENEFICIARIO:

J E DE ARAUJO ODONTOLOGIA EIRELI EP

NOME FANTASIA:

J E DE ARAUJO ODONTOLOGIA EIRELI EP

CNPJ: 36.430.763/0001-10

BENEFICIARIO FINAL:

J E DE ARAUJO ODONTOLOGIA EIRELI EP

CNPJ: 36.430.763/0001-10

PAGADOR:

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE D

CNPJ: 45.349.461/0008-89

=====

NR. DOCUMENTO	82.314
DATA DE VENCIMENTO	25/08/2021
DATA DO PAGAMENTO	23/08/2021
VALOR DO DOCUMENTO	675,00
VALOR COBRADO	675,00

=====

NR.AUTENTICACAO 4.5F8.930.F9F.482.BD6

=====

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

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

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

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



**MUNICÍPIO DE MIRANDÓPOLIS**  
**MUNICÍPIO DE MIRANDÓPOLIS**  
**NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e**



**Número da NFS-e**  
**81**  
**Código de Verificação de Autenticidade**  
**HERIMRYV4**  
 Data e Hora de Emissão da NFS-e  
**20/08/2021 às 16:04:48**  
 Chave de Acesso  
 364335V9S27TOWW2BVFPARBHJF24CE4

**Informações Fiscais**

Exigibilidade do ISS <b>Exigível</b>	Número do Processo	Município de Incidência do ISS <b>MIRANDOPOLIS-SP</b>	Local da Prestação <b>MIRANDOPOLIS - SP</b>
Número do RPS	Série do RPS	Tipo do RPS	Data do RPS <b>20/08/2021</b>
Optante Simples Nacional <b>1 - Sim</b>	Incentivo Fiscal <b>2 - Não</b>	Regime Especial Tributação <b>Microempresário e Empresa de Pequeno Porte (ME EPP) 03 - Sobre Faturamento</b>	Tipo ISS

Para certificação da autenticidade acesse  
<http://138.0.140.18:5660/issweb>, menu  
 consultas e informe os dados desta NFS-e.

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

CPF/CNPJ <b>36.430.763/0001-10</b>	RG/Inscrição Estadual	Inscrição Municipal <b>54001813</b>	Cadastro <b>000020605</b>	Nome/Razão Social <b>J. E. DE ARAUJO ONDONTOLOGIA EIRELI - EPP</b>
Logradouro <b>RUA DAS NACOES UNIDAS, 90</b>		Complemento	Bairro <b>CENTRO</b>	
CEP <b>16800-000</b>	Cidade <b>MIRANDÓPOLIS-SP</b>	Telefone	E-mail	

**TOMADOR DE SERVIÇOS**

CPF/CNPJ/Documento <b>45.349.461/0008-89</b>	RG/Inscrição Estadual	Inscrição Municipal	Nome/Razão Social <b>ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL</b>
Logradouro <b>AVENIDA PAULO DE BARROS, 326</b>		Complemento	Bairro <b>CENTRO</b>
CEP/Cod.Postal <b>16800-000</b>	Cidade/País <b>MIRANDOPOLIS - SP</b>	Cod. IBGE <b>3530102</b>	Telefone <b>18 33748438</b>

**Discriminação dos Serviços**

Qtde.	Un. Medida	Descrição	Vir. Unitário	Total
1,00	UN	TRATAMENTO ODONTOLOGICO DOS COLABORADORES DA EMPRESA	675,00	R\$ 675,00

**Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza - ISS**

LC 116/2003: <b>04.12</b>	Aliquota <b>2,00%</b>	Atividade Município <b>0000040000012</b>	Código CNAE <b>8630504</b>	<b>Construção Civil</b>	
Odontologia				Código da Obra	Código ART
Valor Total dos Serviços <b>R\$ 675,00</b>	Desconto Incondicionado <b>R\$ 0,00</b>	Deduções Base Cálculo <b>R\$ 0,00</b>	Base de Cálculo <b>R\$ 675,00</b>	Total do ISS <b>R\$ 13,50</b>	ISS Retido <b>2 - Não</b>
					Desconto Condicionado <b>R\$ 0,00</b>

**Retenções de Impostos**

PIS <b>R\$ 0,00</b>	COFINS <b>R\$ 0,00</b>	INSS <b>R\$ 0,00</b>	IRRF <b>R\$ 0,00</b>	CSLL <b>R\$ 0,00</b>	Outras Retenções <b>R\$ 0,00</b>
------------------------	---------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------------------

Valor Líquido da NFS-e: **R\$ 675,00**

Val. Aprox. Tributos: Federal (4,00%) R\$27,00 Estadual (0,00%) R\$0,00 Municipal (2,00%) R\$13,50

**Informações Complementares**

Convênio nº 107/2017  
 Fonte de Recurso Estadual  
 Termo Aditivo nº 00002/2020  
 Secretaria do Estado da Saúde  
 UGE: 090196 - Hospital Estadual  
 Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis  
 Tipo de Despesa: Custeio

RECEBI(EMOS) DE **J. E. DE ARAUJO ONDONTOLOGIA EIRELI - EPP** O SERVIÇO CONSTANTE DA NFS-e DE NÚMERO **81** E CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO **HERIMRYV4**.

Data

CPF/RG

Assinatura

23/08  
 M. M. A.

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
05/09/2021 - AUTOATENDIMENTO - 15.55.18  
6790306790 SEGUNDA VIA 0002

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA  
COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL

AGENCIA: 6790-3 CONTA: 211-9

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA

REMETENTE : ASSOCIACAO H B DO BRASIL

BANCO: 341 - ITAU UNIBANCO S.A.

AGENCIA: 0049-3 - SAO CARLOS SP

CONTA: 42.122-5

FAVORECIDO: WINTER - GESTAO E CONSULTORIA MEDIC

CPF/CNPJ: 26.392.666/0001-26

VALOR: R\$ 84.465,00

DEBITO EM: 23/08/2021



=====

DOCUMENTO: 082315

AUTENTICACAO SISBB: F.96E.3AE.4F7.2CD.20D



Mina

		PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO CARLOS SECRETARIA MUNICIPAL DE FAZENDA NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇO - NFS-e			Número da NFS-e 529				
Data e Hora da Emissão	23/08/2021 11:37:23	Competência	23/8/2021	Código de Verificação	RM5TP0JWW				
Número do RPS		No. da NFS-e substituída		Local da Prestação	SAO CARLOS - SP				
<b>Prestador de Serviço</b>									
Razão Social/Nome		WINTER - GESTAO E CONSULTORIA MEDICA LTDA - EPP							
Nome Fantasia									
CNPJ/CPF	26.392.666/0001-26	Inscrição Municipal	73644	Município	SAO CARLOS - SP				
Endereço e CEP		RUA PASSEIO DOS IPÊS ,320 - PARQUE FABER CASTELL I CEP: 13561-385							
Complemento		COND.TRIADE 01; ED.	Telefone	3419-8647	e-mail				
<b>Tomador de Serviço</b>									
Razão Social/Nome		ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL							
CNPJ/CPF	45.349.461/0001-02	Inscrição Municipal		Município	LINS - SP				
Endereço e CEP		AVENIDA JOSÉ ARIANO RODRIGUES ,303 - JARDIM ARIANO CEP: 16400-400							
Complemento		SALA 03	Telefone		e-mail	contabilidade2@ahbb.org.br			
<b>Discriminação do Serviço</b>									
Objeto: Serviços Médicos Prestados em 10 (dez) leitos de Unidade de Terapia Intensiva Geral Adulto Tipo II Local: Hospital Estadual "Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis Convênio Termo Aditivo 0002/2021 ao Convênio 0107/2017 Período 01 a 31 de Maio - de Segunda a domingo - 24 hrs / dia Qtdade de Plantões 62 Corpo Clínico e Horários Profissionais descritos com seus respectivos CRM no Relatório de Atividades com Escala Médica anexa									
<b>Código do Serviço / Atividade</b>									
8610101 / 4.03 - Atividades de atendimento hospitalar, exceto pronto-socorro e unidades para atendimento a urgências									
<b>Detalhamento Especifico da Construção Civil</b>									
Código da Obra			Código ART						
<b>Tributos Federais</b>									
PIS (R\$)	585,00	COFINS (R\$)	2.700,00	IR (R\$)	1.350,00	INSS (R\$)		CSLL (R\$)	900,00
Detalhamento de Valores - Prestador do Serviço			Outras Informações			Cálculo do ISSQN devido no Município			
Valor do Serviço R\$		90.000,00		Natureza Operação		Valor do Serviço R\$		90.000,00	
(-) Desconto Incondicionado		0,00		1-Tributação no município		(-) Deduções Permitidas em Lei		0,00	
(-) Desconto Condicionado		0,00		Regime Especial Tributação		(-) Desconto Incondicionado		0,00	
(-) Retenções Federais		5.535,00		0-Nenhum		Base de Cálculo		90.000,00	
(-) Outras Retenções		0,00		Opção Simples Nacional		(x) Alíquota %		3,00	
(-) ISSQN Retido		0,00		2 - Não		ISSQN a Reter		( ) Sim (X) Não	
(=) Valor Líquido R\$		84.465,00		Incentivador Cultural		(-) Valor do ISSQN R\$		2.700,00	
				2-Não					
Avisos		1- Uma via desta Nota Fiscal será enviada através do e-mail fornecido pelo Tomador do Serviço. 2- A autenticidade desta Nota Fiscal poderá ser verificada no site, <a href="http://SaoCarlos.ginfes.com.br">http://SaoCarlos.ginfes.com.br</a> com a utilização do Código de Verificação.							

Convênio nº 0107/2017  
 Fonte de Recurso Estadual  
 Termo Aditivo nº 0002/2020  
 Secretaria do Estado da Saúde  
 UGE: 090196 - Hospital Estadual  
 Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis  
 Tipo de Despesa: Custeio

231081  
 Mina

**Mirandópolis - ENFERMARIA**  
**Winter - Gestão e Consultoria Médica**  
 01/08/2021 - 31/08/2021

**WINTER**  
 MEDICAL SERVICES

### Agosto / 2021

	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo
	26/07	27/07	28/07	29/07	30/07	31/07	01/08
<b>DIURNO</b> 07:00 19:00							Leonardo Cunha
<b>NOTURNO</b> 19:00 07:00							Leonardo Cunha
	02/08	03/08	04/08	05/08	06/08	07/08	08/08
<b>DIURNO</b> 07:00 19:00	Diego Lipe	Diego Lipe	Diego Lipe	Vinícius Oliveira	Vinícius Oliveira	debora	Leonardo Cunha
<b>NOTURNO</b> 19:00 07:00	Diego Lipe	Diego Lipe	Vinícius Oliveira	Vinícius Oliveira	Vinícius Oliveira	debora	Leonardo Cunha
	09/08	10/08	11/08	12/08	13/08	14/08	15/08
<b>DIURNO</b> 07:00 19:00	Diego Lipe	Diego Lipe	Diego Lipe	Vinícius Oliveira	Vinícius Oliveira	Leonardo Cunha	Leonardo Cunha
<b>NOTURNO</b> 19:00 07:00	Diego Lipe	Diego Lipe	Vinícius Oliveira	Vinícius Oliveira	Vinícius Oliveira	Leonardo Cunha	Leonardo Cunha
	16/08	17/08	18/08	19/08	20/08	21/08	22/08
<b>DIURNO</b> 07:00 19:00	Diego Lipe	Diego Lipe	Diego Lipe	Vinícius Oliveira	Vinícius Oliveira	debora	Leonardo Cunha
<b>NOTURNO</b> 19:00 07:00	Diego Lipe	Diego Lipe	Vinícius Oliveira	Vinícius Oliveira	Vinícius Oliveira	debora	Leonardo Cunha
	23/08	24/08	25/08	26/08	27/08	28/08	29/08
<b>DIURNO</b> 07:00 19:00	Diego Lipe	Diego Lipe	Diego Lipe	Vinícius Oliveira	Vinícius Oliveira	Leonardo Cunha	Leonardo Cunha
<b>NOTURNO</b> 19:00 07:00	Diego Lipe	Diego Lipe	Vinícius Oliveira	Vinícius Oliveira	Vinícius Oliveira	Leonardo Cunha	Leonardo Cunha

### Setembro / 2021

	30/08	31/08	01/09	02/09	03/09	04/09	05/09
<b>DIURNO</b> 07:00 19:00	Diego Lipe	Diego Lipe					
<b>NOTURNO</b> 19:00 07:00	Diego Lipe	Diego Lipe					

Convênio nº 407/2017  
 Fonte de Recurso Estadual  
 Termo Aditivo nº 00002/2020  
 Secretaria do Estado da Saúde  
 UGE: 090196 - Hospital Estadual  
 Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis  
 Tipo de Despesa: Custeio

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
05/09/2021 - AUTOATENDIMENTO - 15.55.18  
6790306790 SEGUNDA VIA 0004

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA  
COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL

AGENCIA: 6790-3 CONTA: 211-9

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA  
REMETENTE : ASSOCIACAO H B DO BRASIL  
BANCO: 033 - BCO SANTANDER (BRASIL) S.A.  
AGENCIA: 3523-8 - VESPASIANO  
CONTA: 13.003.227-3

FAVORECIDO: MULTIFARMA COMERCIO E REPRESENTACOE  
CPF/CNPJ: 21.681.325/0001-57  
VALOR: R\$ 6.240,00  
DEBITO EM: 30/08/2021

=====

DOCUMENTO: 083001  
AUTENTICACAO SISBB: B.676.648.E41.591.DE7

Convênio nº 107/2017  
Fonte de Recurso Estadual  
Termo Aditivo nº 00002/2020  
Secretaria do Estado da Saúde  
UGE: 090196 - Hospital Estadual  
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis  
Tipo de Despesa: Custeio

RECEBEMOS DE <b>MULTIFARMA COMERCIO E REPRESENTACOES LTDA - Vespasiano - 21.681.325/0001-57</b>		NF-e	
OS PRODUTOS CONSTANTES NA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO		Nº <b>166467</b>	
DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	VALOR DA NOTA: <b>6.240,00</b>	SÉRIE <b>1</b>
		DATA DE EMISSÃO: <b>30/08/2021</b>	

 <p><b>MULTIFARMA</b> Produtos Hospitalares</p> <p><b>MULTIFARMA COMERCIO E REPRESENTACOES LTDA</b></p> <p>Avenida TRES, 283 - PARQUE NORTE Vespasiano - MG - CEP: 33.203-144 - FONE: (31) 2522-8170 sac@multifarma.com.br</p>	<p><b>DANFE</b> Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica</p> <p>0 - ENTRADA <b>1</b> 1 - SAÍDA</p> <p>Nº <b>166467</b> SÉRIE <b>1</b> FOLHA <b>1/1</b></p>	 <p>CHAVE DE ACESSO <b>3121 0821 6813 2500 0157 5500 1000 1664 6712 3030 6146</b></p> <p>CONSULTA DE AUTENTICIDADE NO PORTAL NACIONAL DA NF-E WWW.NFE.FAZENDA.GOV.BR/PORTAL OU NO SITE DA SEFAZ AUTORIZADORA</p>
---	--	--

NATUREZA DA OPERAÇÃO <b>Venda de mercadorias adquirida ou recebida de terceiros, dest</b>	PROT DE AUTORIZAÇÃO <b>131214317014258 30/08/2021 12:50:40</b>
CRT (Código de Regime Tributário) <b>3 - Regime Normal</b>	INSCRIÇÃO ESTADUAL <b>0624859180029</b>
	INSC. ESTADUAL SUBST. TRIBUTARIA <b>813015392110</b>
	CNPJ/CPF <b>21.681.325/0001-57</b>

DESTINATÁRIO/REMETENTE NOME/RAZÃO SOCIAL <b>ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL</b>	CNPJ/CPF <b>45.349.461/0001-02</b>	DATA DE EMISSÃO <b>30/08/2021</b>
ENDEREÇO <b>AVENIDA JOSE ARIANO RODRIGUES, 303, SALA 03</b>	BAIRRO <b>JARDIM ARIANO</b>	CEP <b>16.400-400</b>
MUNICÍPIO <b>Lins</b>	UF <b>SP</b>	PAIS <b>Brasil</b>
	FONE/FAX <b>(16)3374-8438</b>	INSCRIÇÃO ESTADUAL
		HORA DE ENTRADA/SAÍDA <b>12:49:19</b>

FORMA PAGAMENTO	VALOR	FORMA PAGAMENTO	VALOR
Outros	6.240,00		
VALOR TROCO			

CÁLCULO IMPOSTO									
BASE DE CÁLCULO DO ICMS	0,00	VALOR DO ICMS	0,00	BASE DE CÁLCULO DO ICMS DE SUBSTITUIÇÃO	0,00	VALOR DO ICMS DE SUBSTITUIÇÃO	0,00	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS	6.240,00
VALOR DO FRETE	0,00	VALOR DO SEGURO	0,00	DESCONTO	0,00	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	0,00	VALOR TOTAL DO IPI	0,00
								VLR APROX DOS TRIBUTOS	
								VALOR TOTAL DA NOTA	<b>6.240,00</b>

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS		RAZÃO SOCIAL <b>QUALITY TRANSPORTES E ENTREGAS</b>	RETE POR CONTA REMETENTE	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ
		ENDEREÇO <b>ESTRADA MUNICIPAL JOSE SEDANO 854 MOD</b>	MUNICÍPIO <b>Campinas</b>			SP	INSCRIÇÃO ESTADUAL <b>795549474111</b>
QUANTIDADE	ESPECIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO		
<b>1</b>	<b>caixa</b>		<b>0</b>	<b>8,850</b>	<b>8,850</b>		

DADOS DO PRODUTO/SERVÇOS														
CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	NCM/SH	ORIG/CST	CFOP	UNID	QTDE	VLR UNIT	DESC	VLR TOTAL	V TRIB	BC ICMS	VLR ICMS	VLR IPI	ALÍQUOTAS ICMS IPI
1029083	CLORIDRATO DE MIDAZOLAM (GENÉRICO) 5MG/ML *B1* INJ CX C/100 AMP 10ML L: BI-031/21   Qt: 5.0   Fab: 01/07/2021   Val: 30/11/2021   VPMC: 3705.0 L:BI-031/21 Val:30/11/21 CX:5	30049099	0/40	6108	CX	5,0000	1.248,0000		6.240,00				0,00	0,00

<p><b>DADOS ADICIONAIS</b></p> <p>INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES</p> <p>Nao incidencia de ICMS conf. art. 5º A Parte 29 do Anexo I do RICMS Decreto Nº 48250 de 06/08/2021. Operacao sem incid. de ICMS. Vr. Venda e/ICMS RS 7090,91 - vr. Desonerado de ICMS RS 6240,00 - vr. Do ICMS RS 850,91. Operacao contratada na modalidade nao presencial.</p>	<p>RESERVADO AO FISCO</p> <p><i>30/08</i> <i>A Justa</i></p> <p>Convênio nº 107/2017 Fonte de Recurso Estadual Termo Aditivo nº 00002/2020 Secretaria do Estado da Saúde UGE: 090196 - Hospital Estadual Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis Tipo de Despesa: Custeio</p>
---	--

31/08/2021 - BANCO DO BRASIL - 16:36:32  
679006790 SEGUNDA VIA 0003  
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA  
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

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

=====

DATA DA TRANSFERENCIA	31/08/2021
NR. DOCUMENTO	553.062.007.004.231
VALOR TOTAL	161.181,54

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

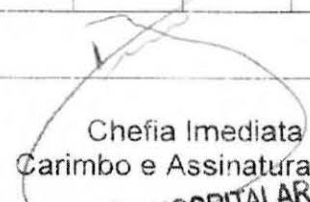
NR.AUTENTICACAO	9.16B.AC1.AC5.F11.FE0
-----------------	-----------------------

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

**REGISTRO DE PONTO MANUAL**

EMPREGADOR: NOME / EMPRESA <b>AHBB - ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL</b>		CNPJ Nº
EMPREGADO(A) <i>Fernando da Silva Spm meq</i>		
FUNÇÃO: <i>Sec. Enfermagem</i>		LOCAL DE TRABALHO <b>UTI MIRANDOPÓLIS</b>
Horário de Trabalho: Das <i>19:00</i> às <i>07:00</i> e das <i>:</i> às <i>:</i>		MÊS: <b>JULHO</b>
		ANO: <b>2021</b>

DIAS	ENT	INTERVALO		SAÍDA	HORAS EXTRAS		ASSINATURA / OBSERVAÇÕES
		SAÍDA	RET		INÍCIO	FIM	
21/06	18:55	20:05	21:05	07:03			<i>Fernando Spm meq</i>
22/06							
23/06	<i>Folga</i>						<i>Folga</i>
24/06							
25/06	<i>Folga</i>						<i>Folga</i>
26/06	18:50	20:05	21:10	07:05			<i>Fernando</i>
27/06							
28/06	<i>atestado</i>		<i>atestado</i>				
29/06							
30/06	18:55	20:10	21:12	07:05			<i>Fernando</i>
01/07	18:55	20:15	21:18	07:06			<i>Fernando</i>
02/07							
03/07	18:50	20:10	21:12	07:05			<i>Fernando</i>
04/07							
05/07	18:55	20:05	21:05	07:05			<i>Fernando Spm meq</i>
06/07							
07/07	18:50	20:05	21:10	07:05			<i>Fernando Spm meq</i>
08/07							
09/07	<i>Folga</i>		<i>Folga</i>				
10/07							
11/07	18:55	20:05	21:07	07:05			<i>Fernando Spm meq</i>
12/07							
13/07	18:50	20:03	21:05	07:05			<i>Fernando Spm meq</i>
14/07							
15/07	18:55	20:05	21:07	07:05			<i>Fernando Spm meq</i>
16/07							
17/07	<i>Folga</i>		<i>Folga</i>				<i>Folga</i>
18/07							
19/07	18:50	20:05	21:07	07:03			<i>Fernando da Silva Spm meq</i>
20/07							

  
 Chefia Imediata  
 Carimbo e Assinatura  
**ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL**  
 CNPJ: 45.349.461/0008-89

Convênio nº 107/2017  
 Fonte de Recurso Estadual  
 Termo Aditivo nº 00002/2020  
 Secretaria do Estado da Saúde  
 UGE: 090196 - Hospital Estadual  
 Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis  
 Tipo de Despesa: Custeio

**REGISTRO DE PONTO MANUAL**

EMPREGADOR: NOME / EMPRESA <b>AHBB - ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL</b>		CNPJ Nº
EMPREGADO(A) <i>Fernando de J. Spina</i>		
FUNÇÃO: <i>Sec. Enfermagem</i>		LOCAL DE TRABALHO <b>UTI 1 MIRANDOPÓLIS</b>
Horário de Trabalho: Das : : às : e das : : às :		MÊS: <b>AGOSTO</b>
		ANO: <b>2021</b>

DIAS	ENT	INTERVALO		SAÍDA	HORAS EXTRAS		ASSINATURA / OBSERVAÇÕES
		SAIDA	RET		INICIO	FIM	
21/07	19:50	20:25	21:30	07:05			<i>Fernando de J. Spina</i>
22/07							
23/07	18:55	20:30	21:35	07:05			<i>Fernando de J. Spina</i>
24/07							
25/07	18:53	20:31	21:33	07:05			<i>Fernando de J. Spina</i>
26/07							
27/07	17:55	20:30	21:33	07:05			<i>Fernando de J. Spina</i>
28/07							
29/07	18:50	20:25	21:30	07:05			<i>Fernando de J. Spina</i>
30/07							
31/07	18:50	20:00	21:00	07:05			
01/08							
02/08							
03/08							
04/08							
05/08							
06/08							
07/08							
08/08							
09/08							
10/08							
11/08							
12/08							
13/08							
14/08							
15/08							
16/08							
17/08							
18/08							
19/08							
20/08							

*[Assinatura]*  
 Chefia Imediata  
 Carimbo e Assinatura  
 ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR  
 BENEFICIENTE DO BRASIL  
 CNPJ: 45.349.461/0008-89

Convênio nº 107/2017  
 Fonte de Recurso Estadual  
 Termo Aditivo nº 00002/2020  
 Secretaria do Estado da Saúde  
 UGE: 090196 - Hospital Estadual  
 Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis  
 Tipo de Despesa: Custeio

**REGISTRO DE PONTO MANUAL**

EMPREGADOR: NOME / EMPRESA <b>AHBB - ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL</b>		CNPJ Nº
EMPREGADO(A) <i>Ana Paula Perussi</i>		
FUNÇÃO: <i>Sec de Enfermagem</i>		LOCAL DE TRABALHO <b>UTI MIRANDOPÓLIS</b>
Horário de Trabalho: Das <u>07:00</u> às <u>19:00</u> e das <u>  </u> às <u>  </u>		MÊS: <b>JULHO</b>
		ANO: <b>2021</b>

DIAS	ENT	INTERVALO		SAÍDA	HORAS EXTRAS		ASSINATURA / OBSERVAÇÕES
		SAIDA	RET		INICIO	FIM	
21/06							<i>Ana Paula Perussi</i> COREN-SP 1482352 - TE
22/06	07:00	12:00	13:00	19:00			<i>Ana Paula Perussi</i> COREN-SP 1482352 - TE
23/06							<i>Ana Paula Perussi</i> COREN-SP 1482352 - TE
24/06	07:00	13:00	14:00	19:00			<i>Ana Paula Perussi</i> COREN-SP 1482352 - TE
25/06							<i>Ana Paula Perussi</i> COREN-SP 1482352 - TE
26/06	07:00	12:30	13:30	19:00			<i>Ana Paula Perussi</i> COREN-SP 1482352 - TE
27/06							<i>Ana Paula Perussi</i> COREN-SP 1482352 - TE
28/06	07:00	12:00	13:00	19:00			<i>Ana Paula Perussi</i> COREN-SP 1482352 - TE
29/06							<i>Ana Paula Perussi</i> COREN-SP 1482352 - TE
30/06	<i>folga</i>						
01/07							<i>Ana Paula Perussi</i> COREN-SP 1482352 - TE
02/07	07:00	12:00	13:00	19:00			<i>Ana Paula Perussi</i> COREN-SP 1482352 - TE
03/07							<i>Ana Paula Perussi</i> COREN-SP 1482352 - TE
04/07	07:00	12:00	13:00	19:00			<i>Ana Paula Perussi</i> COREN-SP 1482352 - TE
05/07							<i>Ana Paula Perussi</i> COREN-SP 1482352 - TE
06/07	07:00	12:00	13:00	19:00			<i>Ana Paula Perussi</i> COREN-SP 1482352 - TE
07/07							<i>Ana Paula Perussi</i> COREN-SP 1482352 - TE
08/07	07:00	12:00	13:00	19:00			<i>Ana Paula Perussi</i> COREN-SP 1482352 - TE
09/07							<i>Ana Paula Perussi</i> COREN-SP 1482352 - TE
10/07	07:00	12:00	13:00	19:00			<i>Ana Paula Perussi</i> COREN-SP 1482352 - TE
11/07							<i>Ana Paula Perussi</i> COREN-SP 1482352 - TE
12/07	07:00	12:00	13:00	19:00			<i>Ana Paula Perussi</i> COREN-SP 1482352 - TE
13/07							<i>Ana Paula Perussi</i> COREN-SP 1482352 - TE
14/07	07:00	12:00	13:00	19:00			<i>Ana Paula Perussi</i> COREN-SP 1482352 - TE
15/07							<i>Ana Paula Perussi</i> COREN-SP 1482352 - TE
16/07	07:00	12:00	13:00	19:00			<i>Ana Paula Perussi</i> COREN-SP 1482352 - TE
17/07							<i>Ana Paula Perussi</i> COREN-SP 1482352 - TE
18/07	<i>folga</i>						
19/07							<i>Ana Paula Perussi</i> COREN-SP 1482352 - TE
20/07	07:00	12:00	13:00	19:00			<i>Ana Paula Perussi</i> COREN-SP 1482352 - TE

\_\_\_\_\_  
 Chefia Imediata  
 Carimbo e Assinatura  
**ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR  
 BENEFICIENTE DO BRASIL**  
 CNPJ: 45.349.461/0008-89


Convênio nº 107/2017  
 Fonte de Recurso Estadual  
 Termo Aditivo nº 00002/2020  
 Secretaria do Estado da Saúde  
 UGE: 090196 - Hospital Estadual  
 Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis  
 Tipo de Despesa: Custeio



**REGISTRO DE PONTO MANUAL**

EMPREGADOR: NOME / EMPRESA <b>AHBB - ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL</b>		CNPJ Nº
EMPREGADO(A) <i>Ana Paula Perussi</i>		<i>Ana Paula Perussi</i> COREN-SP 1482852 - TE
FUNÇÃO: <i>Sec. de Enfermagem</i>		LOCAL DE TRABALHO <b>UTI 1 MIRANDOPÓLIS</b>
Horário de Trabalho: Das <u>07:00</u> às <u>19:00</u> e das <u>  </u> às <u>  </u>		MÊS: <b>AGOSTO</b>
		ANO: <b>2021</b>

DIAS	ENT	INTERVALO		SAÍDA	HORAS EXTRAS		ASSINATURA / OBSERVAÇÕES
		SAÍDA	RET		INICIO	FIM	
21/07							
22/07	<i>07h</i>	<i>12:00</i>	<i>13:00</i>	<i>19:00</i>			<i>Ana Paula Perussi</i> COREN-SP 1482852 - TE
23/07							<i>Ana Paula Perussi</i> COREN-SP 1482852 - TE
24/07	<i>07h</i>	<i>12:00</i>	<i>13:00</i>	<i>19:00</i>			<i>Ana Paula Perussi</i> COREN-SP 1482852 - TE
25/07							
26/07	<i>07h</i>	<i>12:00</i>	<i>13:00</i>	<i>19:00</i>			<i>Ana Paula Perussi</i> COREN-SP 1482852 - TE
27/07							<i>Ana Paula Perussi</i> COREN-SP 1482852 - TE
28/07	<i>07h</i>	<i>12:00</i>	<i>13:00</i>	<i>19:00</i>			<i>Ana Paula Perussi</i> COREN-SP 1482852 - TE
29/07							
30/07	<i>FOLGIA</i>						
31/07							
01/08							
02/08							
03/08							
04/08							
05/08							
06/08							
07/08							
08/08							
09/08							
10/08							
11/08							
12/08							
13/08							
14/08							
15/08							
16/08							
17/08							
18/08							
19/08							
20/08							

  
 Chefia Imediata  
 Carimbo e Assinatura  
**ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL**  
 CNPJ: 45.349.461/0008-89

Convênio nº 107/2017  
 Fonte de Recurso Estadual  
 Termo Aditivo nº 00002/2020  
 Secretaria do Estado da Saúde  
 UGE: 090196 - Hospital Estadual  
 Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis  
 Tipo de Despesa: Custeio

**REGISTRO DE PONTO MANUAL**

EMPREGADOR: NOME / EMPRESA <b>AHBB - ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL</b>		CNPJ Nº
EMPREGADO(A) <i>Carla Maria Dias da Silva</i>		
FUNÇÃO: <i>Soc Enfermeira</i>		LOCAL DE TRABALHO <b>UTI MIRANDÓPOLIS</b>
Horário de Trabalho: Das : às : e das : às :		MÊS: <b>JULHO</b>
		ANO: <b>2021</b>

DIAS	ENT	INTERVALO		SAÍDA	HORAS EXTRAS		ASSINATURA / OBSERVAÇÕES
		SAIDA	RET		INICIO	FIM	
21/06	18:54	20:10	21:09	07:06			<i>Carla Maria Dias da Silva</i>
22/06							
23/06	18:52	20:15	21:14	07:09			<i>Carla Maria Dias da Silva</i>
24/06							
25/06	18:54	20:11	21:09	07:03			<i>Carla Maria Dias da Silva</i>
26/06							
27/06	<i>Folga</i>						<i>Carla Maria Dias da Silva</i>
28/06							
29/06	18:50	20:11	21:10	07:05			<i>Carla Maria Dias da Silva</i>
30/06							
01/07	<i>Folga</i>						<i>Carla Maria Dias da Silva</i>
02/07							
03/07	<i>Folga</i>						<i>Carla Maria Dias da Silva</i>
04/07							
05/07	18:52	20:07	21:05	07:04			<i>Carla Maria Dias da Silva</i>
06/07							
07/07	18:50	20:13	21:10	07:05			<i>Carla Maria Dias da Silva</i>
08/07							
09/07	18:51	20:11	21:09	07:06			<i>Carla Maria Dias da Silva</i>
10/07							
11/07							
12/07							
13/07							
14/07							
15/07		ATESTADO					
16/07							
17/07							
18/07							
19/07							
20/07							

*[Assinatura]*  
 Chefia Imediata  
 Carimbo e Assinatura  
**ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL**  
 CNPJ: 45.349.461/0008-89

**REGISTRO DE PONTO MANUAL**

EMPREGADOR: NOME / EMPRESA <b>AHBB - ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL</b>		CNPJ Nº
EMPREGADO(A) <i>Christiane Azevedo do Fêto</i>		
FUNÇÃO: <i>Rec. Enfermagem</i>		LOCAL DE TRABALHO <b>UTI 1 MIRANDÓPOLIS</b>
Horário de Trabalho: Das ___ às ___ e das ___ às ___		MÊS: <b>AGOSTO</b>
		ANO: <b>2021</b>

DIAS	ENT	INTERVALO		SAÍDA	HORAS EXTRAS		ASSINATURA / OBSERVAÇÕES
		SAÍDA	RET		INÍCIO	FIM	
21/07							
22/07		ATESTADO					
23/07							
24/07							
25/07	<i>19:00</i>	<i>20:30</i>	<i>21:30</i>	<i>23:30</i>			<i>Christiane Azevedo do Fêto</i>
26/07							
27/07							
28/07		ATESTADO					
29/07							
30/07							
31/07							
01/08							
02/08							
03/08							
04/08							
05/08							
06/08							
07/08							
08/08							
09/08							
10/08							
11/08							
12/08							
13/08							
14/08							
15/08							
16/08							
17/08							
18/08							
19/08							
20/08							

*[Assinatura]*  
 Chefia Imediata  
 Carimbo e Assinatura  
**ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL**  
 CNPJ: 45.349.461/0008-89

Convênio nº 107/2017  
 Fonte de Recurso Estadual  
 Termo Aditivo nº 00002/2020  
 Secretaria do Estado da Saúde  
 UGE: 090196 - Hospital Estadual  
 Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis  
 Tipo de Despesa: Custeio

**REGISTRO DE PONTO MANUAL**

EMPREGADOR: NOME / EMPRESA  
**AHBB - ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL**

CNPJ Nº

EMPREGADO(A) *Jaqueline C Oswald*

FUNÇÃO:  
*TC Enf (a) UT1*

LOCAL DE TRABALHO  
**UTI MIRANDOPÓLIS**

Horário de Trabalho:  
 Das : às : e das : às :

MÊS:  
**JULHO**

ANO:  
**2021**

DIAS	ENT	INTERVALO		SAÍDA	HORAS EXTRAS		ASSINATURA / OBSERVAÇÕES
		SAÍDA	RET		INICIO	FIM	
21/06	07:00	14:00	15:00	19:08			<i>Jaqueline C Oswald</i>
22/06							
23/06	07:00	14:00	15:00	19:06			<i>Jaqueline C Oswald</i>
24/06	19:00	20:00	21:00	07:00			<i>Jaqueline C Oswald</i>
25/06	<i>folga</i>						
26/06							
27/06	07:00	13:00	14:00	19:06			<i>Jaqueline C Oswald</i>
28/06	19:00	20:00	21:00	07:00			<i>Jaqueline C Oswald</i>
29/06	<i>folga</i>						
30/06							
01/07	18:59	20:00	21:00	07:07			<i>Jaqueline C Oswald</i>
02/07							
03/07	18:49	21:00	22:00	07:08			<i>Jaqueline C Oswald</i>
04/07							
05/07	<i>folga</i>						<i>folga</i>
06/07							
07/07	18:50	20:00	21:00	07:06			<i>Jaqueline C Oswald</i>
08/07							
09/07	18:56	20:00	21:00	07:10			<i>Jaqueline C Oswald</i>
10/07							
11/07	18:57	21:00	22:00	07:07			<i>Jaqueline C Oswald</i>
12/07							
13/07	19:00	20:00	21:00	07:06			<i>Jaqueline C Oswald</i>
14/07							
15/07	18:50	20:00	21:00	07:07			<i>Jaqueline C Oswald</i>
16/07							
17/07	18:56	20:00	21:00	07:06			<i>Jaqueline C Oswald</i>
18/07							
19/07	18:53	20:00	21:00	07:08			<i>Jaqueline C Oswald</i>
20/07							

Chefia Imediata  
 Carimbo e Assinatura  
**ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR  
 BENEFICIENTE DO BRASIL**  
 CNPJ: 45.349.461/0008-89

Convênio nº 107/2017  
 Fonte de Recurso Estadual  
 Termo Aditivo nº 00002/2020  
 Secretaria do Estado da Saúde  
 UGE: 090196 - Hospital Estadual  
 Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis  
 Tipo de Despesa: Custeio

**REGISTRO DE PONTO MANUAL**

EMPREGADOR: NOME / EMPRESA <b>AHBB - ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL</b>		CNPJ Nº
EMPREGADO(A) <i>Jaqueline Oswald de</i>		
FUNÇÃO: <i>Técnico Enfermagem UTI 1</i>		LOCAL DE TRABALHO <b>UTI 1 MIRANDÓPOLIS</b>
Horário de Trabalho: Das : : às : : e das : : às : :		MÊS: <b>AGOSTO</b>
		ANO: <b>2021</b>

DIAS	ENT	INTERVALO		SAÍDA	HORAS EXTRAS		ASSINATURA / OBSERVAÇÕES
		SAÍDA	RET		INÍCIO	FIM	
21/07	18:54	20:30	21:30	07:07			<i>Jaqueline Oswald de</i>
22/07							
23/07	18:50	20:30	21:00	07:06			<i>Jaqueline Oswald de</i>
24/07							
25/07	18:48	20:00	21:00	07:07			<i>Jaqueline Oswald de</i>
26/07							
27/07	18:50	20:00	21:00	07:06			<i>Jaqueline Oswald de</i>
28/07							
29/07	18:57	20:00	21:00	07:09			<i>Jaqueline Oswald de</i>
30/07							
31/07							
01/08	18:55	20:00	21:00	07:06			<i>Jaqueline Oswald de</i>
02/08							
03/08							
04/08							
05/08							
06/08							
07/08							
08/08							
09/08							
10/08							
11/08							
12/08							
13/08							
14/08							
15/08							
16/08							
17/08							
18/08							
19/08							
20/08							

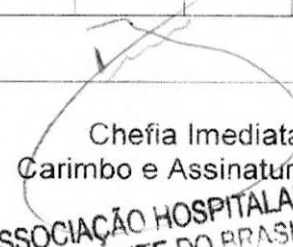
*[Assinatura]*  
 Chefia Imediata  
 Carimbo e Assinatura  
 ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR  
 BENEFICIENTE DO BRASIL  
 CNPJ: 45.349.461/0008-89

Convênio nº 107/2017  
 Fonte de Recurso Estadual  
 Termo Aditivo nº 0002/2020  
 Secretaria do Estado da Saúde  
 UGE: 090196 - Hospital Estadual  
 Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis  
 Tipo de Despesa: Custeio

**REGISTRO DE PONTO MANUAL**

EMPREGADOR: NOME / EMPRESA <b>AHBB - ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL</b>		CNPJ Nº
EMPREGADO(A) <i>Fernanda da Silva Spina</i>		
FUNÇÃO: <i>Sec. Enfermagem</i>		LOCAL DE TRABALHO <b>UTI MIRANDÓPOLIS</b>
Horário de Trabalho: Das <i>19:00</i> às <i>07:00</i> e das : às :		MÊS: <b>JULHO</b>
		ANO: <b>2021</b>

DIAS	ENT	INTERVALO		SAÍDA	HORAS EXTRAS		ASSINATURA / OBSERVAÇÕES
		SAÍDA	RET		INICIO	FIM	
21/06	18:55	20:05	21:05	07:03			<i>Fernanda Spina</i>
22/06							
23/06	<i>Folga</i>						<i>Folga</i>
24/06	<i>Folga</i>						<i>Folga</i>
25/06	<i>Folga</i>						<i>Folga</i>
26/06	18:50	20:05	21:10	07:05			<i>Fernanda</i>
27/06							
28/06	<i>atxidade</i>		<i>atxidade</i>				
29/06							
30/06	18:55	20:10	21:12	07:05			<i>Fernanda</i>
01/07	18:55	20:15	21:18	07:06			<i>Fernanda</i>
02/07							
03/07	18:50	20:10	21:12	07:05			<i>Fernanda</i>
04/07							
05/07	18:55	20:05	21:05	07:05			<i>Fernanda Spina</i>
06/07							
07/07	18:50	20:05	21:10	07:05			<i>Fernanda Spina</i>
08/07							
09/07	<i>Folga</i>			<i>Folga</i>			
10/07							
11/07	18:55	20:05	21:07	07:05			<i>Fernanda Spina</i>
12/07							
13/07	18:50	20:03	21:05	07:05			<i>Fernanda Spina</i>
14/07							
15/07	18:55	20:05	21:07	07:05			<i>Fernanda Spina</i>
16/07							
17/07	<i>Folga</i>		<i>Folga</i>				<i>Folga</i>
18/07							
19/07	18:50	20:05	21:07	07:03			<i>Fernanda da Silva Spina</i>
20/07							

  
 Chefia Imediata  
 Carimbo e Assinatura  
 ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR  
 BENEFICIENTE DO BRASIL  
 CNPJ: 45.349.461/0008-89

REGISTRO DE PONTO MANUAL							
EMPREGADOR: NOME / EMPRESA <b>AHBB - ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL</b>					CNPJ Nº		
EMPREGADO(A) <i>Ana Paula Perussi</i>							
FUNÇÃO: <i>Sec de Enfermagem</i>				LOCAL DE TRABALHO <b>UTI MIRANDOPÓLIS</b>			
Horário de Trabalho: Das <i>07:00</i> às <i>19:00</i> e das : às :				MÊS: <b>JULHO</b>	ANO: <b>2021</b>		
DIAS	ENT	INTERVALO		SAÍDA	HORAS EXTRAS		ASSINATURA / OBSERVAÇÕES
		SAIDA	RET		INICIO	FIM	
21/06							<i>Ana Paula Perussi</i> COREN-SP 1482852 - TE
22/06	<i>07:00</i>	<i>12:00</i>	<i>13:00</i>	<i>19:00</i>			<i>Ana Paula Perussi</i> COREN-SP 1482852 - TE
23/06							<i>Ana Paula Perussi</i> COREN-SP 1482852 - TE
24/06	<i>07:00</i>	<i>13:00</i>	<i>14:00</i>	<i>19:00</i>			<i>Ana Paula Perussi</i> COREN-SP 1482852 - TE
25/06							<i>Ana Paula Perussi</i> COREN-SP 1482852 - TE
26/06	<i>07:00</i>	<i>12:30</i>	<i>13:30</i>	<i>19:00</i>			<i>Ana Paula Perussi</i> COREN-SP 1482852 - TE
27/06							<i>Ana Paula Perussi</i> COREN-SP 1482852 - TE
28/06	<i>07:00</i>	<i>12:00</i>	<i>13:00</i>	<i>19:00</i>			<i>Ana Paula Perussi</i> COREN-SP 1482852 - TE
29/06							<i>Ana Paula Perussi</i> COREN-SP 1482852 - TE
30/06	<i>folga</i>						
01/07							<i>Ana Paula Perussi</i> COREN-SP 1482852 - TE
02/07	<i>07:00</i>	<i>12:00</i>	<i>13:00</i>	<i>19:00</i>			<i>Ana Paula Perussi</i> COREN-SP 1482852 - TE
03/07							<i>Ana Paula Perussi</i> COREN-SP 1482852 - TE
04/07	<i>07:00</i>	<i>12:00</i>	<i>13:00</i>	<i>19:00</i>			<i>Ana Paula Perussi</i> COREN-SP 1482852 - TE
05/07							<i>Ana Paula Perussi</i> COREN-SP 1482852 - TE
06/07	<i>07:00</i>	<i>12:00</i>	<i>13:00</i>	<i>19:00</i>			<i>Ana Paula Perussi</i> COREN-SP 1482852 - TE
07/07							<i>Ana Paula Perussi</i> COREN-SP 1482852 - TE
08/07	<i>07:00</i>	<i>12:00</i>	<i>13:00</i>	<i>19:00</i>			<i>Ana Paula Perussi</i> COREN-SP 1482852 - TE
09/07							<i>Ana Paula Perussi</i> COREN-SP 1482852 - TE
10/07	<i>07:00</i>	<i>12:00</i>	<i>13:00</i>	<i>19:00</i>			<i>Ana Paula Perussi</i> COREN-SP 1482852 - TE
11/07							<i>Ana Paula Perussi</i> COREN-SP 1482852 - TE
12/07	<i>07:00</i>	<i>12:00</i>	<i>13:00</i>	<i>19:00</i>			<i>Ana Paula Perussi</i> COREN-SP 1482852 - TE
13/07							<i>Ana Paula Perussi</i> COREN-SP 1482852 - TE
14/07	<i>07:00</i>	<i>12:00</i>	<i>13:00</i>	<i>19:00</i>			<i>Ana Paula Perussi</i> COREN-SP 1482852 - TE
15/07							<i>Ana Paula Perussi</i> COREN-SP 1482852 - TE
16/07	<i>07:00</i>	<i>12:00</i>	<i>13:00</i>	<i>19:00</i>			<i>Ana Paula Perussi</i> COREN-SP 1482852 - TE
17/07							<i>Ana Paula Perussi</i> COREN-SP 1482852 - TE
18/07	<i>folga</i>						
19/07							<i>Ana Paula Perussi</i> COREN-SP 1482852 - TE
20/07	<i>07:00</i>	<i>12:00</i>	<i>13:00</i>	<i>19:00</i>			<i>Ana Paula Perussi</i> COREN-SP 1482852 - TE

Chefia Imediata  
 Carimbo e Assinatura  
**ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR  
 BENEFICIENTE DO BRASIL**  
 CNPJ: 45.349.461/0008-89

Convênio nº 107/2017  
 Fonte de Recurso Estadual  
 Termo Aditivo nº 00002/2020  
 Secretaria do Estado da Saúde  
 UGE: 090196 - Hospital Estadual  
 Dr. Osvaldo Brandi Faria de Mirandópolis  
 Tipo de Despesa: Custeio

**REGISTRO DE PONTO MANUAL**

EMPREGADOR: NOME / EMPRESA  
**AHBB - ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL**

CNPJ Nº

EMPREGADO(A) *Carla Maria dos Reis*

FUNÇÃO: *São Enfermeira*

LOCAL DE TRABALHO  
**UTI MIRANDOPÓLIS**

Horário de Trabalho:  
 Das : às : e das : às :

MÊS: **JULHO**

ANO: **2021**

DIAS	ENT	INTERVALO		SAÍDA	HORAS EXTRAS		ASSINATURA / OBSERVAÇÕES
		SAÍDA	RET		INICIO	FIM	
21/06	18:54	20:10	21:09	07:06			<i>Carla Maria dos Reis</i>
22/06							
23/06	18:52	20:15	21:14	07:09			<i>Carla Maria dos Reis</i>
24/06							
25/06	18:54	20:11	21:09	07:03			<i>Carla Maria dos Reis</i>
26/06							
27/06	<i>Folga</i>						<i>Carla Maria dos Reis</i>
28/06							
29/06	18:50	20:11	21:10	07:05			<i>Carla Maria dos Reis</i>
30/06							
01/07	<i>Folga</i>						<i>Carla Maria dos Reis</i>
02/07							
03/07	<i>Folga</i>						<i>Carla Maria dos Reis</i>
04/07							
05/07	18:52	20:07	21:05	07:04			<i>Carla Maria dos Reis</i>
06/07							
07/07	18:50	20:13	21:10	07:05			<i>Carla Maria dos Reis</i>
08/07							
09/07	18:51	20:11	21:09	07:06			<i>Carla Maria dos Reis</i>
10/07							
11/07							
12/07							
13/07							
14/07							
15/07		ATESTADO					
16/07							
17/07							
18/07							
19/07							
20/07							

*[Assinatura]*  
 Chefia Imediata  
 Carimbo e Assinatura  
**ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL**  
 CNPJ: 45.349.461/0008-59

Convênio nº 107/2017  
 Fonte de Recurso Estadual  
 Termo Aditivo nº 00002/2020  
 Secretaria do Estado da Saúde  
 UGE: 090196 - Hospital Estadual  
 Dr. Osvaldo Brandi Faria de Mirandópolis  
 Tipo de Despesa: Custeio



**REGISTRO DE PONTO MANUAL**

EMPREGADOR: NOME / EMPRESA  
**AHBB - ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL**

CNPJ Nº

EMPREGADO(A) *Jaqueline C. Oswald*

FUNÇÃO:  
*Técnica UTI*

LOCAL DE TRABALHO  
**UTI MIRANDOPÓLIS**

Horário de Trabalho:  
 Das : às : e das : às :

MÊS:  
**JULHO**

ANO:  
**2021**

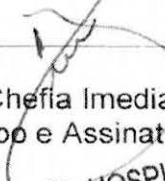
DIAS	ENT	INTERVALO		SAÍDA	HORAS EXTRAS		ASSINATURA / OBSERVAÇÕES
		SAIDA	RET		INICIO	FIM	
21/06	07:00	14:00	15:00	19:08			<i>Jaqueline C. Oswald</i>
22/06							
23/06	07:00	12:00	13:00	19:06			<i>Jaqueline C. Oswald</i>
24/06	19:00	20:00	21:00	07:00			<i>Jaqueline C. Oswald</i>
25/06	<i>folga</i>						
26/06							
27/06	07:00	13:00	14:00	19:06			<i>Jaqueline C. Oswald</i>
28/06	19:00	20:00	21:00	07:00			<i>Jaqueline C. Oswald</i>
29/06	<i>folga</i>						
30/06							
01/07	07:51	20:00	21:00	07:07			<i>Jaqueline C. Oswald</i>
02/07							
03/07	18:49	21:00	22:00	07:08			<i>Jaqueline C. Oswald</i>
04/07							
05/07	<i>folga</i>						<i>folga</i>
06/07							
07/07	18:50	20:00	21:00	07:06			<i>Jaqueline C. Oswald</i>
08/07							
09/07	18:56	20:00	21:00	07:10			<i>Jaqueline C. Oswald</i>
10/07							
11/07	18:57	21:00	22:00	07:07			<i>Jaqueline C. Oswald</i>
12/07							
13/07	19:00	20:00	21:00	07:06			<i>Jaqueline C. Oswald</i>
14/07							
15/07	18:50	20:00	21:00	07:07			<i>Jaqueline C. Oswald</i>
16/07							
17/07	18:56	20:00	21:00	07:06			<i>Jaqueline C. Oswald</i>
18/07							
19/07	18:53	20:00	21:00	07:08			<i>Jaqueline C. Oswald</i>
20/07							

1

Chefia Imediata  
 Carimbo e Assinatura  
**ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR  
 BENEFICIENTE DO BRASIL**  
 CNPJ: 45.349.461/0008-89

Convênio nº 107/2017  
 Fonte de Recurso Estadual  
 Termo Aditivo nº 00002/2020  
 Secretaria do Estado da Saúde  
 UGE: 090196 - Hospital Estadual  
 Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis  
 Tipo de Despesa: Custeio

REGISTRO DE PONTO MANUAL							
EMPREGADOR: NOME / EMPRESA AHBB - ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL					CNPJ Nº		
EMPREGADO(A) <i>Lizabel Cristina de Souza</i>							
FUNÇÃO: <i>Aux. de Farmácia</i>				LOCAL DE TRABALHO UTI MIRANDÓPOLIS			
Horário de Trabalho: Das ____ às ____ e das ____ às ____				MÊS: JULHO		ANO: 2021	
DIAS	ENT	INTERVALO		SAÍDA	HORAS EXTRAS		ASSINATURA / OBSERVAÇÕES
		SAIDA	RET		INICIO	FIM	
21/06							
22/06	7:00	14:30	15:30	19:00			<i>Lizabel C. de Souza</i>
23/06							
24/06	19:00	20:30	21:30	7:00			<i>Lizabel C. de Souza</i>
25/06							
26/06	7:00	14:30	15:30	19:00			<i>Lizabel C. de Souza</i>
27/06							
28/06	7:00	14:30	15:30	19:00			<i>Lizabel C. de Souza</i>
29/06							
30/06	7:00	14:30	15:30	19:00			<i>Lizabel C. de Souza</i>
01/07							
02/07	<i>Férias</i>			<i>Férias</i>			} <b>FÉRIAS</b>
03/07							
04/07	—			—			
05/07							
06/07							
07/07							
08/07							
09/07							
10/07							
11/07							
12/07							
13/07							
14/07							
15/07							
16/07							
17/07							
18/07							
19/07							
20/07							

  
 Chefia Imediata  
 Carimbo e Assinatura  
**ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR  
 BENEFICIENTE DO BRASIL**  
 CNPJ: 45.349.461/0008-89

Convênio nº 107/2017  
 Fonte de Recurso Estadual  
 Termo Aditivo nº 00002/2020  
 Secretaria do Estado da Saúde  
 UGE: 090196 - Hospital Estadual  
 Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis  
 Tipo de Despesa: Custeio

**REGISTRO DE PONTO MANUAL**

EMPREGADOR: NOME / EMPRESA  
**AHBB - ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL**

CNPJ Nº

EMPREGADO(A)  
*Eliziane Antunes Rodrigues*

FUNÇÃO:  
*Sec. Enfermagem*

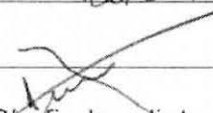
LOCAL DE TRABALHO  
**UTI MIRANDÓPOLIS**

Horário de Trabalho:  
 Das \_\_\_ : \_\_\_ às \_\_\_ : \_\_\_ e das \_\_\_ : \_\_\_ às \_\_\_ : \_\_\_

MÊS:  
**JULHO**

ANO:  
**2021**

DIAS	ENT	INTERVALO		SAÍDA	HORAS EXTRAS		ASSINATURA / OBSERVAÇÕES
		SAÍDA	RET		INÍCIO	FIM	
21/06							
22/06	06:50	14:00	15:00	19:00			ECR
23/06							
24/06	07:00	13:00	14:00	19:00			ECR
25/06							
26/06	06:50	12:30	13:30	19:00			ECR
27/06							
28/06		FOLGA	FOLGA				ER
29/06							
30/06	07:00	13:10	14:10	19:00			ECR
01/07							
02/07	07:00	14:00	15:00	19:00			ECR
03/07							
04/07	07:00	14:00	15:00	19:00			ECR
05/07							
06/07	07:00	13:00	14:00	19:00			ECR
07/07							
08/07	19:00	20:00	21:00	07:00			ECR
09/07							
10/07	07:00	13:00	14:00	19:00			ECR
11/07							
12/07		FOLGA	FOLGA				ECR
13/07							
14/07	07:00	14:00	15:00	19:00			ECR
15/07							
16/07	07:00	13:00	14:00	19:00			ECR
17/07	06:55	13:00	14:00	19:00			ECR
18/07	07:00	14:00	15:00	19:00			ECR
19/07							
20/07	07:00	13:00	14:00	19:00			ECR

  
 Chefia Imediata  
 Carimbo e Assinatura  
**ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR  
 BENEFICIENTE DO BRASIL**  
 CNPJ: 45.349.461/0008-89

Convênio nº 107/2017  
 Fonte de Recurso Estadual  
 Termo Aditivo nº 00002/2020  
 Secretaria do Estado da Saúde  
 UGE: 090198 - Hospital Estadual  
 Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis  
 Tipo de Despesa: Custeio

REGISTRO DE PONTO MANUAL							
EMPREGADOR: NOME / EMPRESA <b>AHBB - ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL</b>					CNPJ Nº		
EMPREGADO(A) <i>Adriana Centeno de Souza da Cruz</i>							
FUNÇÃO: <i>União de Esqº</i>				LOCAL DE TRABALHO <b>UTI MIRANDÓPOLIS</b>			
Horário de Trabalho: Das : às : e das : às :				MÊS: <b>JULHO</b>	ANO: <b>2021</b>		
DIAS	ENT	INTERVALO		SAÍDA	HORAS EXTRAS		ASSINATURA / OBSERVAÇÕES
		SAÍDA	RET		INICIO	FIM	
21/06							
22/06	07:00	12:00	13:00	19:00			<i>[Assinatura]</i>
23/06							
24/06	07:00	13:00	14:00	19:00			<i>[Assinatura]</i>
25/06							
26/06	07:00	12:00	13:00	19:00			<i>[Assinatura]</i>
27/06							
28/06	07:00	13:30	14:30	19:00			<i>[Assinatura]</i>
29/06							
30/06	07:00	12:10	13:10	19:00			<i>[Assinatura]</i>
01/07							
02/07	07:00	12:30	13:30	19:00			<i>[Assinatura]</i>
03/07							
04/07	07:00	13:00	15:00	19:00			<i>[Assinatura]</i>
05/07							
06/07	<i>Folga</i>	<i>Folga</i>	<i>Folga</i>				<i>[Assinatura]</i>
07/07							
08/07	06:45	15:00	16:00	19:00			<i>[Assinatura]</i>
09/07							
10/07	06:50	15:00	16:20	19:00			<i>[Assinatura]</i>
11/07							
12/07	06:50	12:10	13:10	19:00			<i>[Assinatura]</i>
13/07							
14/07	06:50	12:10	13:10	19:00			<i>[Assinatura]</i>
15/07							
16/07	06:45	12:30	13:25	19:00			<i>[Assinatura]</i>
17/07							
18/07	07:05	11:40	12:10	19:00			<i>[Assinatura]</i>
19/07							
20/07	07:00	12:14	13:14	19:00			<i>[Assinatura]</i>

*[Assinatura]*  
 Chefe Imediata  
 Carimbo e Assinatura  
 ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR  
 BENEFICIENTE DO BRASIL  
 CNPJ: 45.349.461/0008-89

Convênio nº 107/2017  
 Fonte de Recurso Estadual  
 Termo Aditivo nº 00002/2020  
 Secretaria do Estado de Saúde  
 UGE: 090196 - Hospital Estadual  
 Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis  
 Tipo de Despesa: Custeio

**REGISTRO DE PONTO MANUAL**

EMPREGADOR: NOME / EMPRESA  
**AHBB - ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL**

CNPJ Nº

EMPREGADO(A)  
*Juilene Stameel*

FUNÇÃO:  
*Técnica em Enfermagem*

LOCAL DE TRABALHO  
**UTI MIRANDOPÓLIS**

Horário de Trabalho:  
 Das : às : e das : às :

MÊS:  
**JULHO**

ANO:  
**2021**

DIAS	ENT	INTERVALO		SAÍDA	HORAS EXTRAS		ASSINATURA / OBSERVAÇÕES
		SAÍDA	RET		INICIO	FIM	
21/06							<i>Juilene Stameel.</i>
22/06	07:00	12:00	13:00	19:00			
23/06							
24/06	06:50	13:00	14:00	19:00			<i>Juilene Stameel.</i>
25/06							
26/06	06:50	12:30	13:30	19:00			<i>Juilene Stameel.</i>
27/06							
28/06	06:49	12:00	13:00	19:00			<i>Juilene Stameel.</i>
29/06							
30/06	06:50	13:00	14:00	19:00			<i>Juilene Stameel.</i>
01/07							
02/07	06:55	12:00	13:00	19:00			<i>Juilene Stameel.</i>
03/07							
04/07	FOLGA	FOLGA	FOLGA	FOLGA			<i>Juilene Stameel.</i>
05/07							
06/07	06:50	12:00	13:00	19:00			<i>Juilene Stameel.</i>
07/07							
08/07	06:59	13:00	14:00	19:00			<i>Juilene Stameel.</i>
09/07							
10/07	06:40	12:00	13:00	19:00			<i>Juilene Stameel.</i>
11/07							
12/07	06:55	13:00	14:00	19:00			<i>Juilene Stameel.</i>
13/07							
14/07	06:59	12:30	13:30	19:00			<i>Juilene Stameel.</i>
15/07							
16/07	06:55	12:00	13:00	19:00			<i>Juilene Stameel.</i>
17/07							
18/07	06:50	12:00	13:00	19:00			<i>Juilene Stameel.</i>
19/07							
20/07	06:55	13:00	14:00	19:00			<i>Juilene Stameel.</i>

*Juilene Stameel*  
 Chefe Imediata  
 Carimbo e Assinatura  
**ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL**  
 CNPJ: 45.349.461/0008-89

Convênio nº 107/2017  
 Fonte de Recurso Estadual  
 Termo Aditivo nº 00002/2020  
 Secretaria do Estado da Saúde  
 UGE: 090196 - Hospital Estadual  
 Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis  
 Tipo de Despesa: Custeio

**REGISTRO DE PONTO MANUAL**

EMPREGADOR: NOME / EMPRESA  
**AHBB - ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL**

CNPJ N°

EMPREGADO(A)  
*Ana Augusta Feliciano Campos*

FUNÇÃO:  
*Téc. enfermagem*

LOCAL DE TRABALHO  
**UTI MIRANDOPÓLIS**

Horário de Trabalho:  
 Das : às : e das : às :

MÊS:  
**JULHO**

ANO:  
**2021**

DIAS	ENT	INTERVALO		SAÍDA	HORAS EXTRAS		ASSINATURA / OBSERVAÇÕES
		SAIDA	RET		INICIO	FIM	
21/06							
22/06	6:50	13:00	14:00	15:00			<i>Ana</i>
23/06							
24/06	6:50	12:00	13:00	15:00			<i>Ana</i>
25/06							
26/06	6:50	12:00	13:00	15:00			<i>A</i>
27/06							
28/06	6:50	12:00	13:00	15:00			<i>A</i>
29/06							
30/06	6:50	12:00	13:00	15:00			<i>A</i>
01/07							
02/07							
03/07							
04/07							
05/07							
06/07							
07/07							
08/07							
09/07							
10/07							
11/07							
12/07							
13/07							
14/07							
15/07							
16/07							
17/07							
18/07							
19/07							
20/07							

*[Signature]*  
 Chefia Imediata  
 Carimbo e Assinatura  
**ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL**  
 CNPJ: 45.349.461/0002-09

Convênio nº 107/2017  
 Fonte de Recurso Estadual  
 Termo Aditivo nº 00002/2020  
 Secretaria do Estado da Saúde  
 UGE: 090196 - Hospital Estadual  
 Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis  
 Tipo de Despesa: Custeio

**REGISTRO DE PONTO MANUAL**

EMPREGADOR: NOME / EMPRESA  
**AHBB - ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL**

CNPJ Nº

EMPREGADO(A) *Elaine Cristina Nias Borges*

FUNÇÃO: *Sec. Enfermagem* LOCAL DE TRABALHO  
**UTI MIRANDÓPOLIS**

Horário de Trabalho: Das : às : e das : às : MÊS: ANO:  
**JULHO 2021**

DIAS	ENT	INTERVALO		SAÍDA	HORAS EXTRAS		ASSINATURA / OBSERVAÇÕES
		SAIDA	RET		INICIO	FIM	
21/06							
22/06	7:00	12:10	13:10	19:00			<i>Elaine C.W. Borges</i>
23/06							
24/06	<i>folga</i>						
25/06							
26/06	7:00	14:00	15:00	19:00			<i>Elaine C.W. Borges</i>
27/06							
28/06	7:00	12:30	13:30	19:00			<i>Elaine C.W. Borges</i>
29/06							
30/06	7:00	12:30	13:30	19:00			<i>Elaine C.W. Borges</i>
01/07							
02/07	7:00	13:00	14:00	19:00			<i>Elaine C.W. Borges</i>
03/07							
04/07	7:00	13:00	14:00	19:00			<i>Elaine C.W. Borges</i>
05/07							
06/07	7:00	13:00	14:00	19:00			<i>Elaine C.W. Borges</i>
07/07							
08/07	7:00	13:00	14:00	19:00			<i>Elaine C.W. Borges</i>
09/07							
10/07	<i>folga</i>						
11/07							
12/07	7:00	13:00	14:00	19:00			<i>Elaine C.W. Borges</i>
13/07							
14/07	7:00	12:00	13:00	19:00			<i>Elaine C.W. Borges</i>
15/07							
16/07	7:00	12:00	13:00	19:00			<i>Elaine C.W. Borges</i>
17/07							
18/07	7:00	12:00	13:00	19:00			<i>Elaine C.W. Borges</i>
19/07							
20/07	7:00	13:00	14:00	19:00			<i>Elaine C.W. Borges</i>

*[Assinatura]*  
 Chefe Imediata  
 Carimbo e Assinatura  
**ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL**  
 CNPJ: 45.349.461/0008-09

Convênio nº 107/2017  
 Fonte de Recurso Estadual  
 Termo Aditivo nº 00002/2020  
 Secretaria do Estado da Saúde  
 UGE: 090196 - Hospital Estadual  
 Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis  
 Tipo de Despesa: Custeio

REGISTRO DE PONTO MANUAL							
EMPREGADOR: NOME / EMPRESA AHBB - ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL					CNPJ Nº		
EMPREGADO(A) <i>Priscila Gabriela Funari</i>							
FUNÇÃO: <i>Enfermeira</i>				LOCAL DE TRABALHO UTI MIRANDÓPOLIS			
Horário de Trabalho: Das ___ às ___ e das ___ às ___				MÊS: JULHO		ANO: 2021	
DIAS	ENT	INTERVALO		SAÍDA	HORAS EXTRAS		ASSINATURA / OBSERVAÇÕES
		SAÍDA	RET		INICIO	FIM	
21/06							
22/06							
23/06	06:50	12:00	13:00	19:30			<i>[Assinatura]</i>
24/06							
25/06							
26/06							
27/06							
28/06	06:50	11:00	13:00	19:15			<i>[Assinatura]</i>
29/06							
30/06	06:55	12:00	13:00	19:35			<i>[Assinatura]</i>
01/07							
02/07	06:50	12:00	13:00	19:10			<i>[Assinatura]</i>
03/07							
04/07	06:50	12:00	13:00	19:15			<i>[Assinatura]</i>
05/07							
06/07	08:50	20:00	21:00	07:30			<i>[Assinatura]</i>
07/07	<i>férias</i>						
08/07							
09/07	07:00	11:00	13:00	19:20			<i>[Assinatura]</i>
10/07							
11/07	08:50	08:00	09:00	07:15			<i>[Assinatura]</i>
12/07							
13/07	06:50	12:00	13:00	19:20			<i>[Assinatura]</i>
14/07							
15/07	07:15	12:00	13:00	19:30			<i>[Assinatura]</i>
16/07							
17/07	06:50	11:30	12:30	19:15			<i>[Assinatura]</i>
18/07	19:50	20:30	21:30	07:10			<i>[Assinatura]</i>
19/07							
20/07							

*[Assinatura]*  
Chefia Imediata  
Carimbo e Assinatura

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR  
BENEFICIENTE DO BRASIL  
CNPJ: 45.349.461/0008-69

Convênio nº 107/2017  
Fonte de Recurso Estadual  
Termo Aditivo nº 00002/2020  
Secretaria do Estado da Saúde  
UGE: 090196 - Hospital Estadual  
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis  
Tipo de Despesa: Custeio



**REGISTRO DE PONTO MANUAL**

EMPREGADOR: NOME / EMPRESA  
**AHBB - ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL**

CNPJ Nº

EMPREGADO(A)  
*Natalia Bezante de Farias*

FUNÇÃO:  
*Séc. Enfermagem*

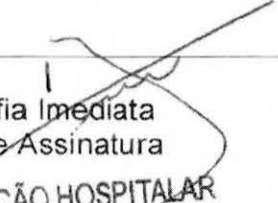
LOCAL DE TRABALHO  
**UTI MIRANDOPÓLIS**

Horário de Trabalho:  
 Das 07:00 às 19:00 e das    às   

MÊS:  
**JULHO**

ANO:  
**2021**

DIAS	ENT	INTERVALO		SAÍDA	HORAS EXTRAS		ASSINATURA / OBSERVAÇÕES
		SAÍDA	RET		INICIO	FIM	
21/06	07:00	14:03	15:05	19:15			<i>Natalia P.</i>
22/06							
23/06	07:05	13:50	14:50	19:15			<i>Natalia P.</i>
24/06							
25/06	07:09	14:05	15:06	19:03			<i>Natalia P.</i>
26/06							
27/06	06:58	15:00	16:00	19:10			<i>Natalia P.</i>
28/06							
29/06	07:03	14:02	15:03	19:07			<i>Natalia P.</i>
30/06							
01/07	06:58	14:13	15:15	19:08			<i>Natalia P.</i>
02/07							
03/07	07:00	13:13	14:10	19:11			<i>Natalia P.</i>
04/07							
05/07	06:57	14:10	15:10	19:10			<i>Natalia P.</i>
06/07							
07/07	07:00	13:15	14:15	19:08			<i>Natalia P.</i>
08/07							
09/07	FOLGA	FOLGA	FOLGA	FOLGA			
10/07							
11/07	06:59	14:03	15:04	19:08			<i>Natalia P.</i>
12/07							
13/07	07:03	13:02	14:05	19:05			<i>Natalia P.</i>
14/07							
15/07	07:00	14:00	15:01	19:10			<i>Natalia P.</i>
16/07							
17/07	06:58	13:40	14:40	19:05			<i>Natalia P.</i>
18/07							
19/07	06:55	14:05	15:05	19:08			<i>Natalia P.</i>
20/07							

  
 Chefia Imediata  
 Carimbo e Assinatura  
**ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL**  
 CNPJ: 45.349.461/0008-89

Convênio nº 107/2017  
 Fonte de Recurso Estadual  
 Termo Aditivo nº 00002/2020  
 Secretaria do Estado da Saúde  
 UGE: 090196 - Hospital Estadual  
 Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis  
 Tipo de Despesa: Custeio

**REGISTRO DE PONTO MANUAL**

EMPREGADOR: NOME / EMPRESA  
**AHBB - ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL**

CNPJ Nº

EMPREGADO(A)  
*Elaina T. Mator Sanchez*

FUNÇÃO:  
*Enfermeira*

LOCAL DE TRABALHO  
**UTI MIRANDOPÓLIS**

Horário de Trabalho:  
 Das : às : e das : às :

MÊS:  
**JULHO**

ANO:  
**2021**

DIAS	ENT	INTERVALO		SAÍDA	HORAS EXTRAS		ASSINATURA / OBSERVAÇÕES
		SAIDA	RET		INICIO	FIM	
21/06	06:47	10:55	11:53	19:00			<i>Elaina mator</i>
22/06	0						
23/06	<i>folga</i>		<i>folga</i>				
24/06							
25/06	06:49	11:02	12:03	19:01			<i>Elaina Mator</i>
26/06							
27/06	06:51	12:17	13:17	19:00			<i>Elaina mator</i>
28/06							
29/06	06:53	12:01	13:02	19:01			<i>Elaina Mator</i>
30/06							
01/07	06:50	12:03	13:04	19:02			<i>Elaina mator</i>
02/07							
03/07	06:45	11:11	12:10	19:00			<i>Elaina mator</i>
04/07							
05/07	06:52	11:42	12:42	19:01			<i>Elaina mator</i>
06/07							
07/07	06:51	11:02	12:03	19:00			<i>Elaina mator</i>
08/07							
09/07	<i>folga</i>						<i>Elaina mator</i>
10/07							
11/07	06:53	11:37	12:35	19:00			<i>Elaina mator</i>
12/07							
13/07	06:50	11:14	12:14	19:00			<i>Elaina mator</i>
14/07							
15/07	06:52	11:36	12:35	19:01			<i>Elaina mator</i>
16/07							
17/07	<i>folga</i>						<i>Elaina mator</i>
18/07							
19/07	06:49	11:52	12:53	19:00			<i>Elaina mator</i>
20/07							

*1*  
 Chefia Imediata  
 Carimbo e Assinatura  
**ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL**  
 CNPJ: 45.349.461/0008-09

Convênio nº 107/2017  
 Fonte de Recurso Estadual  
 Termo Aditivo nº 00002/2020  
 Secretaria do Estado da Saúde  
 UGE: 090196 - Hospital Estadual  
 Dr. Oswaldo Brandt Faria de Mirandópolis  
 Tipo de Despesa: Custoio

**REGISTRO DE PONTO MANUAL**

EMPREGADOR: NOME / EMPRESA  
**AHBB - ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL**

CNPJ Nº

EMPREGADO(A) *Kelly Cristina Ramos Rocha*

FUNÇÃO:  
*Téc. Enfermagem*

LOCAL DE TRABALHO  
**UTI MIRANDOPÓLIS**

Horário de Trabalho:  
 Das : às : e das : às :

MÊS:  
**JULHO**

ANO:  
**2021**

DIAS	ENT	INTERVALO		SAÍDA	HORAS EXTRAS		ASSINATURA / OBSERVAÇÕES
		SAÍDA	RET		INICIO	FIM	
21/06	07:00	12:30	13:30	19:00			<i>Kelly C. R. Rocha</i>
22/06							
23/06	06:56	12:15	13:15	19:00			<i>Kelly C. R. Rocha</i>
24/06							
25/06	06:51	12:20	13:20	19:00			<i>Kelly C. R. Rocha</i>
26/06							
27/06	06:55	12:30	13:30	19:00			<i>Kelly C. R. Rocha</i>
28/06							
29/06	06:57	12:20	13:20	19:00			<i>Kelly C. R. Rocha</i>
30/06							
01/07	06:55	12:00	13:00	19:00			<i>Kelly C. R. Rocha</i>
02/07							
03/07	06:54	12:40	13:40	19:00			<i>Kelly C. R. Rocha</i>
04/07							
05/07	06:55	12:15	13:15	19:00			<i>Kelly C. R. Rocha</i>
06/07							
07/07							
08/07							
09/07							
10/07							
11/07							
12/07							
13/07							<i>Kelly C. R. Rocha</i>
14/07							
15/07							
16/07							
17/07							
18/07							
19/07	06:55	12:08	13:05	13:00			<i>Kelly C. R. Rocha</i>
20/07							

*Afastado*

**1**  
 Chefia Imediata  
 Carimbo e Assinatura  
 ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR  
 BENEFICIENTE DO BRASIL  
 CNPJ: 45.349.461/0008-89

Convênio nº 107/2017  
 Fonte de Recurso Estadual  
 Termo Aditivo nº 00002/2020  
 Secretaria do Estado da Saúde  
 UGE: 090196 - Hospital Estadual  
 Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis  
 Tipo de Despesa: Custeio

**REGISTRO DE PONTO MANUAL**

EMPREGADOR: NOME / EMPRESA  
**AHBB - ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL**

CNPJ Nº

EMPREGADO(A)  
*Marina Pereira de Castro*

FUNÇÃO:  
*tenista de enfermagem*

LOCAL DE TRABALHO  
**UTI 2 COVID MIRANDÓPOLIS**

Horário de Trabalho:  
 Das *07:00* às *11:00* e das *12:00* às *19:00*

MÊS:  
**JULHO**

ANO:  
**2021**

DIAS	ENT	INTERVALO		SAÍDA	HORAS EXTRAS		ASSINATURA / OBSERVAÇÕES
		SAÍDA	RET		INICIO	FIM	
21/06	<i>ferias</i>						<i>[assinatura]</i>
22/06	<i>ferias</i>						<i>[assinatura]</i>
23/06	<i>ferias</i>						<i>[assinatura]</i>
24/06	<i>ferias</i>						<i>[assinatura]</i>
25/06	<i>ferias</i>						<i>[assinatura]</i>
26/06	<i>ferias</i>						<i>[assinatura]</i>
27/06	<i>ferias</i>						<i>[assinatura]</i>
28/06	<i>ferias</i>						<i>[assinatura]</i>
29/06	<i>ferias</i>						<i>[assinatura]</i>
30/06	<i>ferias</i>						<i>[assinatura]</i>
01/07	<i>06:52</i>	<i>11:00</i>	<i>12:00</i>	<i>19:00</i>			<i>[assinatura]</i>
02/07							
03/07	<i>06:58</i>	<i>11:00</i>	<i>12:00</i>	<i>19:00</i>			<i>[assinatura]</i>
04/07							
05/07	<i>06:52</i>	<i>11:00</i>	<i>12:00</i>	<i>19:00</i>			<i>[assinatura]</i>
06/07							
07/07	<i>06:54</i>	<i>11:00</i>	<i>12:00</i>	<i>19:00</i>			<i>[assinatura]</i>
08/07							
09/07	<i>06:51</i>	<i>11:00</i>	<i>12:00</i>	<i>19:00</i>			<i>[assinatura]</i>
10/07							
11/07	<i>folga</i>						<i>[assinatura]</i>
12/07							
13/07	<i>folga</i>						<i>[assinatura]</i>
14/07							
15/07	<i>06:50</i>	<i>11:00</i>	<i>12:00</i>	<i>19:00</i>			<i>[assinatura]</i>
16/07							
17/07	<i>06:51</i>	<i>11:00</i>	<i>12:00</i>	<i>19:00</i>			<i>[assinatura]</i>
18/07							
19/07	<i>06:52</i>	<i>11:00</i>	<i>12:00</i>	<i>19:00</i>			<i>[assinatura]</i>
20/07							

*[assinatura]*  
 Chefia Imediata  
 Carimbo e Assinatura  
 ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR  
 BENEFICIENTE DO BRASIL  
 CNPJ: 45.349.461/0008-09

Convênio nº 107/2017  
 Fonte de Recurso Estadual  
 Termo Aditivo nº 00002/2020  
 Secretaria do Estado da Saúde  
 UGE: 090196 - Hospital Estadual  
 Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis  
 Tipo de Despesa: Custeio

**REGISTRO DE PONTO MANUAL**

EMPREGADOR: NOME / EMPRESA  
**AHBB - ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL**

CNPJ Nº

EMPREGADO(A) *Patúcia Michele de Almeida*

FUNÇÃO:  
*Sic Enfermeira*

LOCAL DE TRABALHO  
**UTI MIRANDÓPOLIS**

Horário de Trabalho:  
 Das : às : e das : às :

MÊS:  
**JULHO**

ANO:  
**2021**

DIAS	ENT	INTERVALO		SAÍDA	HORAS EXTRAS		ASSINATURA / OBSERVAÇÕES
		SAIDA	RET		INICIO	FIM	
21/06		FOLGA			FOLGA		
22/06		FOLGA			FOLGA		
23/06	7:00	12:00	13:00	19:00			<i>Patúcia m. Almeida</i>
24/06							
25/06	7:10	12:00	13:00	19:10			<i>Patúcia m. Almeida</i>
26/06							
27/06	7:00	13:00	14:00	19:00			<i>Patúcia m. Almeida</i>
28/06							
29/06	7:00	12:00	13:00	19:00			<i>Patúcia m. Almeida</i>
30/06							
01/07	7:00	13:00	14:00	19:00			<i>Patúcia m. Almeida</i>
02/07							
03/07	7:00	13:00	14:00	19:00			<i>Patúcia m. Almeida</i>
04/07							
05/07	7:10	12:00	13:00	19:00			<i>Patúcia m. Almeida</i>
06/07							
07/07	7:10	12:00	13:00	19:05			<i>Patúcia m. Almeida</i>
08/07							
09/07	7:00	11:00	12:00	19:00			<i>Patúcia m. Almeida</i>
10/07							
11/07	7:00	12:00	13:00	19:10			<i>Patúcia m. Almeida</i>
12/07							
13/07	7:00	13:00	14:00	19:00			<i>Patúcia m. Almeida</i>
14/07							
15/07	7:10	13:00	14:00	19:00			<i>Patúcia m. Almeida</i>
16/07							
17/07		FOLGA			FOLGA		
18/07							
19/07	7:00	13:00	14:00	19:00			<i>Patúcia m. Almeida</i>
20/07							

*[Assinatura]*  
 Chefia Imediata  
 Carimbo e Assinatura  
**ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL**  
 CNPJ: 45.349.461/0008-89

Convênio nº 107/2017  
 Fonte de Recurso Estadual  
 Termo Aditivo nº 00002/2020  
 Secretaria do Estado da Saúde  
 UGE: 090196 - Hospital Estadual  
 Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis  
 Tipo de Despesa: Custeio

REGISTRO DE PONTO MANUAL							
EMPREGADOR: NOME / EMPRESA <b>AHBB - ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL</b>					CNPJ Nº		
EMPREGADO(A) <i>Herando de Carvalho</i>							
FUNÇÃO: <i>Rec. Enfermagem</i>				LOCAL DE TRABALHO <b>UTI MIRANDOPÓLIS</b>			
Horário de Trabalho: Das : às : e das : às :				MÊS: <b>JULHO</b>	ANO: <b>2021</b>		
DIAS	ENT	INTERVALO		SAÍDA	HORAS EXTRAS		ASSINATURA / OBSERVAÇÕES
		SAIDA	RET		INICIO	FIM	
21/06							
22/06							
23/06	18:50	20:10	21:04	07:03			<i>[Assinatura]</i>
24/06							
25/06	18:55	20:18	21:17	07:09			<i>[Assinatura]</i>
26/06							
27/06	18:50	20:15	21:14	07:03			<i>[Assinatura]</i>
28/06							
29/06	18:50	20:20	21:19	07:09			<i>[Assinatura]</i>
30/06							
01/07							
02/07							
03/07							
04/07							
05/07							
06/07							
07/07							
08/07							
09/07							
10/07							
11/07							
12/07							
13/07							
14/07							
15/07							
16/07							
17/07							
18/07							
19/07							
20/07							

*FÉRIAS*

**Chefia Imediata**  
**Carimbo e Assinatura**  
**ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR**  
**BENEFICIENTE DO BRASIL**  
**CNPJ: 45.349.461/0008-89**

Convênio nº 107/2017  
 Fonte de Recurso Estadual  
 Termo Aditivo nº 0002/2020  
 Secretaria do Estado da Saúde  
 UGE: 090196 - Hospital Estadual  
 Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis  
 Tipo de Despesa: Custeio

REGISTRO DE PONTO MANUAL							
EMPREGADOR: NOME / EMPRESA <b>AHBB - ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL</b>					CNPJ Nº		
EMPREGADO(A) <i>Regina Leão Ferraz Rodrigues de Sousa</i>							
FUNÇÃO: <i>Técnica de Enfermagem</i>				LOCAL DE TRABALHO <b>UTI MIRANDÓPOLIS</b>			
Horário de Trabalho: Das <u>  </u> : <u>  </u> às <u>  </u> : <u>  </u> e das <u>  </u> : <u>  </u> às <u>  </u> :				MÊS: <b>JULHO</b>		ANO: <b>2021</b>	
DIAS	ENT	INTERVALO		SAÍDA	HORAS EXTRAS		ASSINATURA / OBSERVAÇÕES
		SAÍDA	RET		INICIO	FIM	
21/06	18:50	20:30	21:30	07:00			<i>[Assinatura]</i>
22/06							
23/06	18:50	20:30	21:30	07:00			<i>[Assinatura]</i>
24/06							
25/06	18:50	20:30	20:30	07:00			<i>[Assinatura]</i>
26/06							
27/06	18:50	20:30	21:00	07:00			<i>[Assinatura]</i>
28/06							
29/06	18:50	20:30	21:30	07:00			<i>[Assinatura]</i>
30/06							
01/07	19:00	20:30	21:30	07:00			<i>[Assinatura]</i>
02/07							
03/07	19:00	20:30	21:30	07:00			<i>[Assinatura]</i>
04/07							
05/07	19:00	20:30	21:30	07:00			<i>[Assinatura]</i>
06/07							
07/07	19:00	20:30	21:30	07:00			<i>[Assinatura]</i>
08/07							
09/07	18:50	20:30	21:30	07:00			<i>[Assinatura]</i>
10/07							
11/07	19:00	20:30	21:30	07:00			<i>[Assinatura]</i>
12/07							
13/07	19:00	20:30	21:30	07:00			<i>[Assinatura]</i>
14/07							
15/07	18:50	20:30	21:30	07:00			<i>[Assinatura]</i>
16/07							
17/07	18:50	20:30	21:30	07:00			<i>[Assinatura]</i>
18/07							
19/07	<i>[Assinatura]</i>						<i>[Assinatura]</i>
20/07							

1  
 Chefia Imediata  
 Carimbo e Assinatura  
**ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR  
 BENEFICIENTE DO BRASIL**  
 CNPJ: 45.349.461/0006-89

Convênio nº 107/2017  
 Fonte de Recurso Estadual  
 Termo Aditivo nº 00002/2020  
 Secretaria do Estado da Saúde  
 UGE: 090196 - Hospital Estadual  
 Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis  
 Tipo de Despesa: Custeio

**REGISTRO DE PONTO MANUAL**

EMPREGADOR: NOME / EMPRESA  
**AHBB - ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL**

CNPJ Nº

EMPREGADO(A)  
*Daniela dos Santos Oliveira*

FUNÇÃO:  
*Séniora de Enfermagem*

LOCAL DE TRABALHO  
**UTI MIRANDOPÓLIS**

Horário de Trabalho:  
 Das : : às : : e das : : às : :

MÊS:  
**JULHO**

ANO:  
**2021**

DIAS	ENT	INTERVALO		SAÍDA	HORAS EXTRAS		ASSINATURA / OBSERVAÇÕES
		SAÍDA	RET		INICIO	FIM	
21/06	18:50	20:00	21:00	7:00			<i>Daniela dos Santos Oliveira</i>
22/06							
23/06	18:50	20:30	21:30	7:00			<i>Daniela dos Santos Oliveira</i>
24/06							
25/06	18:50	20:00	21:00	7:00			<i>Daniela dos Santos Oliveira</i>
26/06							
27/06	18:55	20:30	21:30	7:00			<i>Daniela dos Santos Oliveira</i>
28/06							
29/06	18:50	20:00	21:00	7:00			<i>Daniela dos Santos Oliveira</i>
30/06							
01/07	18:50	20:00	21:00	7:00			<i>Daniela dos Santos Oliveira</i>
02/07							
03/07	18:50	20:30	21:30	7:00			<i>Daniela dos Santos Oliveira</i>
04/07							
05/07	18:55	20:00	21:00	7:00			<i>Daniela dos Santos Oliveira</i>
06/07							
07/07	FOLGA						<i>Daniela dos Santos Oliveira</i>
08/07							
09/07	18:50	20:30	21:30	7:00			<i>Daniela dos Santos Oliveira</i>
10/07							
11/07	18:50	20:00	21:00	7:00			<i>Daniela dos Santos Oliveira</i>
12/07							
13/07	18:50	20:00	21:00	7:00			<i>Daniela dos Santos Oliveira</i>
14/07							
15/07	FOLGA						<i>Daniela dos Santos Oliveira</i>
16/07							
17/07	18:50	20:30	21:30	7:00			<i>Daniela dos Santos Oliveira</i>
18/07							
19/07	18:50	20:30	21:30	7:00			<i>Daniela dos Santos Oliveira</i>
20/07							

*[Assinatura]*  
 Chefe Imediata  
 Carimbo e Assinatura  
**ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL**  
 CNPJ: 45.349.461/0008-89

Convênio nº 107/2017  
 Fonte de Recurso Estadual  
 Termo Aditivo nº 00002/2020  
 Secretaria do Estado da Saúde  
 UGE: 090196 - Hospital Estadual  
 Joswaldo Brandi Faria de Mirandópolis  
 Tipo de Despesa: Custeio



**REGISTRO DE PONTO MANUAL**

EMPREGADOR: NOME / EMPRESA  
**AHBB - ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL**

CNPJ Nº

EMPREGADO(A)  
*Cotia Fernanda Feres*

FUNÇÃO:  
*tec enfermagem*

LOCAL DE TRABALHO  
**UTI MIRANDOPÓLIS**

Horário de Trabalho:  
 Das 19:00 às 07:00 e das    às   

MÊS:  
**JULHO**

ANO:  
**2021**

DIAS	ENT	INTERVALO		SAÍDA	HORAS EXTRAS		ASSINATURA / OBSERVAÇÕES
		SAIDA	RET		INICIO	FIM	
21/06	19:00	20:00	21:00	07:00			<i>[Signature]</i>
22/06							
23/06	19:00	20:00	21:00	07:00			<i>[Signature]</i>
24/06							
25/06	19:00	20:00	21:00	07:00			<i>[Signature]</i>
26/06							
27/06	19:00	20:00	21:00	07:00			<i>[Signature]</i>
28/06							
29/06	19:00	20:00	21:00	07:10			<i>[Signature]</i>
30/06							
01/07	18:50	20:00	21:00	07:10			<i>[Signature]</i>
02/07							
03/07	18:50	20:00	21:00	07:10			<i>[Signature]</i>
04/07							
05/07	18:50	20:00	21:00	07:15			<i>[Signature]</i>
06/07							
07/07	18:50	20:00	21:00	07:00			<i>[Signature]</i>
08/07							
09/07	18:50	20:00	21:00	07:00			<i>[Signature]</i>
10/07							
11/07	<i>folga</i>						<i>[Signature]</i>
12/07							
13/07	<i>folga</i>						<i>[Signature]</i>
14/07							
15/07	18:50	20:10	21:10	07:15			<i>[Signature]</i>
16/07							
17/07	18:50	20:00	21:00	07:10			<i>[Signature]</i>
18/07							
19/07							
20/07	18:50	20:00	21:00	07:10			<i>[Signature]</i>

*[Signature]*  
 Chefia Imediata  
 Carimbo e Assinatura

**ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR  
 BENEFICIENTE DO BRASIL**  
 CNPJ: 45.349.461/0008-09

Convênio nº 107/2017  
 Fonte de Recurso Estadual  
 Termo Aditivo nº 00002/2020  
 Secretaria do Estado da Saúde  
 UGE: 090196 - Hospital Estadual  
 Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis  
 Tipo de Despesa: Custeio

**REGISTRO DE PONTO MANUAL**

EMPREGADOR: NOME / EMPRESA  
**AHBB - ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL**

CNPJ Nº

EMPREGADO(A)  
*Braniceu Antônio Costes Silva*

FUNÇÃO:  
*Esfermeiro*

LOCAL DE TRABALHO  
**UTI MIRANDOPÓLIS**

Horário de Trabalho:  
 Das : às : e das : às :

MÊS:  
**JULHO**

ANO:  
**2021**

DIAS	ENT	INTERVALO		SAÍDA	HORAS EXTRAS		ASSINATURA / OBSERVAÇÕES
		SAIDA	RET		INÍCIO	FIM	
21/06	19:00	20:00	21:00	7:00			<i>Braniceu Antônio C. Silva</i>
22/06							
23/06	19:00	20:00	21:00	7:00			<i>Braniceu Antônio C. Silva</i>
24/06							
25/06	19:00	20:00	21:00	7:00			<i>Braniceu Antônio C. Silva</i>
26/06							
27/06	19:00	20:00	21:00	7:00			<i>Braniceu Antônio C. Silva</i>
28/06							
29/06	19:00	20:00	21:00	7:00			<i>Braniceu Antônio C. Silva</i>
30/06							
01/07	19:00	20:00	21:00	7:00			<i>Braniceu C. C. Silva</i>
02/07							
03/07	19:00	20:00	21:00	7:00			<i>Braniceu Antônio C. Silva</i>
04/07							
05/07	19:00	20:00	21:00	7:00			<i>Braniceu Antônio C. Silva</i>
06/07							
07/07	19:00	20:00	21:00	7:00			<i>Braniceu Antônio C. Silva</i>
08/07							
09/07	19:00	20:00	21:00	7:00			<i>Braniceu Antônio C. Silva</i>
10/07							
11/07	<i>folga</i>						
12/07							
13/07	19:00	20:00	21:00	7:00			<i>Braniceu Antônio C. Silva</i>
14/07							
15/07	19:00	20:00	21:00	7:00			<i>Braniceu Antônio C. Silva</i>
16/07							
17/07	19:00	20:00	21:00	7:00			<i>Braniceu Antônio C. Silva</i>
18/07							
19/07	19:00	20:00	21:00	7:00			<i>Braniceu Antônio C. Silva</i>
20/07							

*[Assinatura]*  
 Chefe Immediata  
 Carimbo e Assinatura  
**ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR  
 BENEFICIENTE DO BRASIL.**  
 CNPJ: 45.349.461/0008-89

Convênio nº 107/2017  
 Fonte de Recurso Estadual  
 Termo Aditivo nº 00002/2020  
 Secretaria do Estado da Saúde  
 UGE: 090196 - Hospital Estadual  
 Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis  
 Tipo de Despesa: Custeio

**REGISTRO DE PONTO MANUAL**

EMPREGADOR: NOME / EMPRESA  
**AHBB - ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL**

CNPJ Nº

EMPREGADO(A)  
*Alexandre de Amorim Mendes*

FUNÇÃO:  
*Enfermeiro*

LOCAL DE TRABALHO  
**UTI MIRANDÓPOLIS**

Horário de Trabalho:  
 Das : às : e das : às :

MÊS:  
**JULHO**

ANO:  
**2021**

DIAS	ENT	INTERVALO		SAÍDA	HORAS EXTRAS		ASSINATURA / OBSERVAÇÕES
		SAIDA	RET		INICIO	FIM	
21/06	19:00	20:00	21:00	07:00			A
22/06							
23/06	19:00	20:00	21:00	07:00			A
24/06							
25/06	19:00	20:00	21:00	07:00			A
26/06							
27/06	19:00	20:00	21:00	07:00			A
28/06							
29/06	19:00	20:00	21:00	07:00			A
30/06							
01/07							
02/07	07:00	11:00	12:00	19:00			A
03/07							
04/07	<i>folga</i>						A
05/07							
06/07	07:00	11:00	12:00	19:00			A
07/07							
08/07	07:00	11:00	12:00	19:00			A
09/07							
10/07	07:00	11:00	12:00	19:00			A
11/07							
12/07	07:00	11:00	12:00	19:00			A
13/07							
14/07	07:00	11:00	12:00	19:00			A
15/07							
16/07	07:00	11:00	12:00	19:00			A
17/07							
18/07	07:00	11:00	12:00	19:00			A
19/07							
20/07	07:00	11:00	12:00	19:00			A

*[Assinatura]*  
 Chefe Imediata  
 Carimbo e Assinatura  
**ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL**  
 CNPJ: 45.349.461/0008-89

Convênio nº 107/2017  
 Fonte de Recurso Estadual  
 Termo Aditivo nº 00002/2020  
 Secretaria do Estado da Saúde  
 UGE: 090196 - Hospital Estadual  
 Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis  
 Tipo de Despesa: Custeio

**REGISTRO DE PONTO MANUAL**

EMPREGADOR: NOME / EMPRESA <b>AHBB - ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL</b>		CNPJ Nº
EMPREGADO(A) <i>Denise Bispo dos Santos</i>		
FUNÇÃO: <i>Tec Enfermeira</i>		LOCAL DE TRABALHO <b>UTI MIRANDOPÓLIS</b>
Horário de Trabalho: Das <i>07:00</i> às <i>12:00</i> e das <i>13:00</i> às <i>19:00</i>		MÊS: <b>JULHO</b>
		ANO: <b>2021</b>

DIAS	ENT	INTERVALO		SAÍDA	HORAS EXTRAS		ASSINATURA / OBSERVAÇÕES
		SAÍDA	RET		INÍCIO	FIM	
21/06	07:00	12:00	13:00	19:00			
22/06							
23/06	07:00	12:00	13:00	19:00			
24/06							
25/06	07:00	12:00	13:00	19:00			
26/06							
27/06	07:00	12:00	13:00	19:00			
28/06							
29/06	07:00	12:00	13:00	19:00			
30/06							
01/07	07:00	12:00	13:00	19:00			
02/07							
03/07	07:00	11:00	12:00	19:00			
04/07							
05/07	07:00	12:00	13:00	19:00			
06/07							
07/07							
08/07							<i>folga</i>
09/07	07:00	12:00	13:00	19:00			
10/07							
11/07	07:00	13:00	14:00	19:00			
12/07							
13/07	07:00	12:00	13:00	19:00			
14/07							
15/07	07:00	12:00	13:00	19:00			
16/07							
17/07	07:00	11:00	12:00	19:00			
18/07							
19/07							<i>folga</i>
20/07							

**Chefia Imediata**  
**Carimbo e Assinatura**  
**ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR**  
**BENEFICIENTE DO BRASIL**  
**CNPJ: 45.349.461/0008-89**

Convênio nº 107/2017  
 Fonte de Recurso Estadual  
 Termo Aditivo nº 00002/2020  
 Secretaria do Estado da Saúde  
 UGE: 090196 - Hospital Estadual  
 Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis  
 Tipo de Despesa: Custeio

**REGISTRO DE PONTO MANUAL**

EMPREGADOR: NOME / EMPRESA  
**AHBB - ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL**

CNPJ Nº

EMPREGADO(A)  
*Denise Lucila Anzilotto Silva de Souza*

FUNÇÃO:  
*Técnica de Enfermagem*

LOCAL DE TRABALHO  
**UTI MIRANDOPÓLIS**

Horário de Trabalho:  
 Das 19:00 às 07:00 e das    às   

MÊS:  
**JULHO**

ANO:  
**2021**

DIAS	ENT	INTERVALO		SAÍDA	HORAS EXTRAS		ASSINATURA / OBSERVAÇÕES
		SAIDA	RET		INICIO	FIM	
21/06							
22/06							
23/06							
24/06							
25/06							
26/06							
27/06							
28/06							
29/06							
30/06							
01/07							
02/07							
03/07							
04/07	18:50	20:30	21:30	07:15	-	-	<i>RS</i>
05/07							
06/07	18:50	20:00	21:00	07:10			<i>RS</i>
07/07							
08/07							
09/07							
10/07							
11/07							
12/07							
13/07							
14/07							
15/07							
16/07							
17/07							
18/07							
19/07							
20/07							

*[Assinatura]*  
 Chefe Imediata  
 Carimbo e Assinatura  
**ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL**  
 CNPJ: 45.349.461/0008-89

Convênio nº 107/2017  
 Fonte de Recurso Estadual  
 Termo Aditivo nº 00002/2020  
 Secretaria do Estado da Saúde  
 UGE: 090196 - Hospital Estadual  
 Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis  
 Tipo de Despesa: Custeio

**REGISTRO DE PONTO MANUAL**

EMPREGADOR: NOME / EMPRESA  
**AHBB - ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL**

CNPJ Nº

EMPREGADO(A)  
*Márcia X. Nascimento Elisabete*

FUNÇÃO:  
*Enfermeira*

LOCAL DE TRABALHO  
**UTI MIRANDÓPOLIS**

Horário de Trabalho:  
 Das : às : e das : às :

MÊS:  
**JULHO**

ANO:  
**2021**

DIAS	ENT	INTERVALO		SAÍDA	HORAS EXTRAS		ASSINATURA / OBSERVAÇÕES
		SAÍDA	RET		INÍCIO	FIM	
21/06							
22/06	19:00	20:00	21:00	07:30			<i>[assinatura]</i>
23/06							<i>[assinatura]</i>
24/06	18:50	20:15	21:15	07:15			<i>[assinatura]</i>
25/06							<i>[assinatura]</i>
26/06	19:00	20:30	21:30	07:10			<i>[assinatura]</i>
27/06							<i>[assinatura]</i>
28/06	19:00	20:00	21:00	07:15			<i>[assinatura]</i>
29/06							<i>[assinatura]</i>
30/06	18:55	20:30	21:30	07:10			<i>[assinatura]</i>
01/07							<i>[assinatura]</i>
02/07	19:10	20:30	21:20	07:00			<i>[assinatura]</i>
03/07							<i>[assinatura]</i>
04/07	18:50	20:00	21:00	07:10			<i>[assinatura]</i>
05/07							<i>[assinatura]</i>
06/07	FOLGA						<i>[assinatura]</i>
07/07							<i>[assinatura]</i>
08/07	18:55	20:00	21:00	07:10			<i>[assinatura]</i>
09/07							<i>[assinatura]</i>
10/07	atestado (alobramento)						<i>[assinatura]</i>
11/07							<i>[assinatura]</i>
12/07	19:10	20:50	21:50	07:20			<i>[assinatura]</i>
13/07							<i>[assinatura]</i>
14/07	19:00	20:40	21:40	07:05			<i>[assinatura]</i>
15/07							<i>[assinatura]</i>
16/07	19:10	20:00	21:00	07:15			<i>[assinatura]</i>
17/07							<i>[assinatura]</i>
18/07	Folga						<i>[assinatura]</i>
19/07							<i>[assinatura]</i>
20/07	19:00	20:40	21:40	07:10			<i>[assinatura]</i>

Chefe Imediata  
 Carimbo e Assinatura  
**ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL**  
 CNPJ: 45.349.461/0006-09

Convênio nº 107/2017  
 Fonte de Recurso Estadual  
 Termo Aditivo nº 00002/2020  
 Secretaria do Estado da Saúde  
 UGE: 090196 - Hospital Estadual  
 Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis  
 Tipo de Despesa: Custeio

**REGISTRO DE PONTO MANUAL**

EMPREGADOR: NOME / EMPRESA <b>AHBB - ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL</b>		CNPJ Nº
EMPREGADO(A) <i>Adelaine Munchy Moquea</i>		
FUNÇÃO: <i>Sec. Enfermagem</i>		LOCAL DE TRABALHO <b>UTI MIRANDOPÓLIS</b>
Horário de Trabalho: Das : às : e das : às :		MÊS: <b>JULHO</b>
		ANO: <b>2021</b>

DIAS	ENT	INTERVALO		SAÍDA	HORAS EXTRAS		ASSINATURA / OBSERVAÇÕES
		SAÍDA	RET		INICIO	FIM	
21/06							
22/06							
23/06							
24/06							
25/06							
26/06							
27/06							
28/06							
29/06							
30/06							
01/07							
02/07	18:55	20:30	21:25	7:35			<i>[Signature]</i>
03/07							<i>[Signature]</i>
04/07	19:00	20:50	21:40	7:15			<i>[Signature]</i>
05/07							
06/07	19:00	20:45	21:40	7:05			<i>[Signature]</i>
07/07							
08/07		<i>folga</i>					
09/07							
10/07	19:00	20:40	21:35	7:10			<i>[Signature]</i>
11/07							
12/07	19:00	20:30	21:25	7:15			<i>[Signature]</i>
13/07							
14/07	19:00	20:50	21:45	7:16			<i>[Signature]</i>
15/07							
16/07	19:00	20:55	21:50	7:10			<i>[Signature]</i>
17/07							
18/07	19:00	20:50	21:45	7:15			<i>[Signature]</i>
19/07							
20/07	18:55	20:50	21:45	7:10			<i>[Signature]</i>

~~Chefia Imediata~~  
~~Carimbo e Assinatura~~  
**ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL**  
 CNPJ: 45.349.461/0008-89

Convênio nº 107/2017  
 Fonte de Recurso Estadual  
 Termo Aditivo nº 00002/2020  
 Secretaria do Estado da Saúde  
 UGE: 090196 - Hospital Estadual  
 Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis  
 Tipo de Despesa: Custeio

REGISTRO DE PONTO MANUAL							
EMPREGADOR: NOME / EMPRESA <b>AHBB - ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL</b>					CNPJ Nº		
EMPREGADO(A) <i>Oma Paula A. Zanatta</i>							
FUNÇÃO: <i>Téc. Enfs.</i>				LOCAL DE TRABALHO <b>UTI MIRANDOPÓLIS</b>			
Horário de Trabalho: Das <u>  </u> : <u>  </u> às <u>  </u> : <u>  </u> e das <u>  </u> : <u>  </u> às <u>  </u> :				MÊS: <b>JULHO</b>		ANO: <b>2021</b>	
DIAS	ENT	INTERVALO		SAÍDA	HORAS EXTRAS		ASSINATURA / OBSERVAÇÕES
		SAIDA	RET		INICIO	FIM	
21/06							<i>[Signature]</i>
22/06	18:55	20:00	21:00	19:30			<i>[Signature]</i>
23/06							<i>[Signature]</i>
24/06	18:55	20:00	21:00	19:15			<i>[Signature]</i>
25/06							<i>[Signature]</i>
26/06	18:50	20:00	21:00	19:30			<i>[Signature]</i>
27/06							<i>[Signature]</i>
28/06	18:55	20:00	21:00	19:15			<i>[Signature]</i>
29/06							<i>[Signature]</i>
30/06	18:55	20:00	21:00	19:15			<i>[Signature]</i>
01/07							<i>[Signature]</i>
02/07	18:55	20:00	21:00	19:30			<i>[Signature]</i>
03/07							<i>[Signature]</i>
04/07	FOLGA						
05/07							<i>[Signature]</i>
06/07	18:50	20:00	21:00	19:20			<i>[Signature]</i>
07/07							<i>[Signature]</i>
08/07	18:55	20:00	21:00	19:30			<i>[Signature]</i>
09/07							<i>[Signature]</i>
10/07	18:55	20:00	21:00	19:15			<i>[Signature]</i>
11/07							<i>[Signature]</i>
12/07	18:50	20:00	21:00	19:15			<i>[Signature]</i>
13/07							<i>[Signature]</i>
14/07	18:55	20:00	21:00	19:15			<i>[Signature]</i>
15/07							<i>[Signature]</i>
16/07	18:50	20:00	21:00	19:05			<i>[Signature]</i>
17/07							<i>[Signature]</i>
18/07	18:55	20:00	21:00	19:05			<i>[Signature]</i>
19/07							<i>[Signature]</i>
20/07	18:55	20:00	21:00	19:00			<i>[Signature]</i>

~~Chefia Imediata~~  
 Carimbo e Assinatura  
**ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL**  
 CNPJ: 45.349.461/0008-89

Convênio nº 107/2017  
 Fonte de Recurso Estadual  
 Termo Aditivo nº 00002/2020  
 Secretaria do Estado da Saúde  
 UGE: 090196 - Hospital Estadual  
 Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis  
 Tipo de Despesa: Custeio



**REGISTRO DE PONTO MANUAL**

EMPREGADOR: NOME / EMPRESA  
**AHBB - ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL**

CNPJ Nº

EMPREGADO(A) *Tônia dos Santos Rocha.*

FUNÇÃO: *Técnico Enfermagem.* LOCAL DE TRABALHO  
**UTI MIRANDOPÓLIS**

Horário de Trabalho: Das : às : e das : às : MÊS: ANO:  
**JULHO 2021**

DIAS	ENT	INTERVALO		SAÍDA	HORAS EXTRAS		ASSINATURA / OBSERVAÇÕES
		SAIDA	RET		INICIO	FIM	
21/06							
22/06	19.00	20.00	21.00	07.10			<i>Shocha.</i>
23/06							
24/06	19.00	20.00	21.00	07.15			<i>Shocha</i>
25/06							
26/06	<i>folga</i>	<i>folga</i>	<i>folga</i>	<i>folga</i>			<i>Shocha</i>
27/06							
28/06	19.00	20.00	21.00	07.15			<i>Shocha</i>
29/06							
30/06	19.00	20.00	21.00	07.10			<i>Shocha</i>
01/07							
02/07	<i>folga</i>	<i>folga</i>	<i>folga</i>	<i>folga</i>			<i>Shocha</i>
03/07							
04/07	19.00	20.00	21.00	07.10			<i>Shocha</i>
05/07							
06/07	19.00	20.00	21.00	07.15			<i>Shocha</i>
07/07							
08/07	19.00	20.00	21.00	07.10			<i>Shocha</i>
09/07							
10/07	19.00	20.00	21.00	07.15			<i>Shocha</i>
11/07							
12/07	19.00	20.00	21.00	07.10			<i>Shocha</i>
13/07							
14/07	19.00	20.00	21.00	07.05			<i>Shocha</i>
15/07							
16/07	19.00	20.00	21.00	07.10			<i>Shocha</i>
17/07							
18/07	19.00	20.00	21.00	07.10			<i>Shocha</i>
19/07							
20/07	19.00	20.00	21.00	07.10			<i>Shocha</i>

*[Assinatura]*  
 Chefe Imediata  
 Carimbo e Assinatura  
**ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL**  
 CNPJ: 45.349.461/0008-89

Convênio nº 107/2017  
 Fonte de Recurso Estadual  
 Termo Aditivo nº 00002/2020  
 Secretaria do Estado da Saúde  
 UGE: 090196 - Hospital Estadual  
 Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis  
 Tipo de Despesa: Custeio

REGISTRO DE PONTO MANUAL							
EMPREGADOR: NOME / EMPRESA <b>AHBB - ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL</b>					CNPJ Nº		
EMPREGADO(A) <i>Patricia Adriana Summa</i>							
FUNÇÃO: <i>Técnica Enfermagem</i>				LOCAL DE TRABALHO <b>UTI MIRANDÓPOLIS</b>			
Horário de Trabalho: Das : às : e das : às :				MÊS: <b>JULHO</b>		ANO: <b>2021</b>	
DIAS	ENT	INTERVALO		SAÍDA	HORAS EXTRAS		ASSINATURA / OBSERVAÇÕES
		SAIDA	RET		INICIO	FIM	
21/06							<i>Patricia Adriana Summa</i>
22/06	18:45	20:00	21:00	07:10			<i>Patricia Adriana Summa</i>
23/06							<i>Patricia Adriana Summa</i>
24/06	18:50	20:00	21:00	07:15			<i>Patricia Adriana Summa</i>
25/06							<i>Patricia Adriana Summa</i>
26/06	19:00	20:00	21:00	07:10			<i>Patricia Adriana Summa</i>
27/06							
28/06							<i>folga</i>
29/06							
30/06	19:00	20:00	21:00	07:15			<i>Patricia Adriana Summa</i>
01/07							
02/07	19:00	20:00	21:00	07:15			<i>Patricia Adriana Summa</i>
03/07							
04/07	19:00	20:00	21:00	07:10			<i>Patricia Adriana Summa</i>
05/07							
06/07							<i>folga</i>
07/07							
08/07	19:00	20:00	21:00	07:15			<i>Patricia Adriana Summa</i>
09/07							
10/07	19:00	20:00	21:00	07:30			<i>Patricia Adriana Summa</i>
11/07							
12/07	19:00	20:00	21:00	07:15			<i>Patricia Adriana Summa</i>
13/07							
14/07	19:00	20:00	21:00	07:10			<i>Patricia Adriana Summa</i>
15/07							
16/07	18:45	20:00	21:00	07:10			<i>Patricia Adriana Summa</i>
17/07							
18/07	19:00	20:00	21:00	07:10			<i>Patricia Adriana Summa</i>
19/07							
20/07							<i>folga</i>

~~Chefe Imediata~~  
Carimbo e Assinatura  
**ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL**  
CNPJ: 45.349.461/0008-89

Convênio nº 107/2017  
Fonte de Recurso Estadual  
Termo Aditivo nº 00002/2020  
Secretaria do Estado da Saúde  
LGE: 090196 - Hospital Estadual  
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis  
Tipo de Despesa: Custeio

**REGISTRO DE PONTO MANUAL**

EMPREGADOR: NOME / EMPRESA  
**AHBB - ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL**

CNPJ Nº

EMPREGADO(A)  
*Marcia Maiara Rosenti Marques*

FUNÇÃO:  
*Aux. Administrativa*

LOCAL DE TRABALHO  
**UTI MIRANDÓPOLIS**

Horário de Trabalho:  
 Das : : às : : e das : : às : :

MÊS:  
**JULHO**

ANO:  
**2021**

DIAS	ENT	INTERVALO		SAÍDA	HORAS EXTRAS		ASSINATURA / OBSERVAÇÕES
		SAÍDA	RET		INICIO	FIM	
21/06	08:05	11:50	12:48	18:05			<i>Marcia Rosenti</i>
22/06	08:02	12:05	13:04	17:50			
23/06	08:10	12:07	13:05	17:57			
24/06	13:30	—	—	17:30	BH.		
25/06	08:00	11:57	12:55	18:30			
26/06	—						
27/06	—						
28/06	08:03	11:45	12:43	17:55			
29/06	08:02	12:07	13:06	18:07			
30/06	08:11	11:08	12:07	18:47			
01/07	08:09	12:10	13:08	17:50			
02/07	08:07	13:07	14:05	18:03			
03/07	—	—	—	—			
04/07	—	—	—	—			
05/07	08:05	11:07	12:05	18:05			
06/07	07:35	12:04	13:02	17:40			
07/07	08:02	12:30	13:15	17:45			
08/07	08:01	12:07	13:05	17:30			
09/07	<i>Feriado</i>	<i>Feriado</i>					
10/07	—	—	—	—			
11/07	—	—	—	—			
12/07	08:02	11:55	12:50	17:47			
13/07	08:05	12:07	13:05	18:05			
14/07	08:07	12:08	13:04	17:35			
15/07	08:04	11:50	12:47	17:40			
16/07	08:05	11:47	12:45	17:48			
17/07	—	—	—	—			
18/07	—	—	—	—			
19/07	08:11	11:15	12:10	17:50			
20/07	08:10	12:05	13:03	18:05			

*[Assinatura]*  
 Chefia Imediata  
 Carimbo e Assinatura  
**ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL**  
 CNPJ: 45.349.461/0008-89

Convenio nº 107/2017  
 Fonte de Recurso Estadual  
 Termo Aditivo nº 00002/2020  
 Secretaria do Estado da Saúde  
 UGE: 090196 - Hospital Estadual  
 Dr. Osvaldo Brandi Faria de Mirandópolis  
 Tipo de Despesa: Custeio

**REGISTRO DE PONTO MANUAL**

EMPREGADOR: NOME / EMPRESA  
**AHBB - ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL**

CNPJ Nº

EMPREGADO(A)  
*Thair Boaretto da Silva*

FUNÇÃO:  
*RT. UTI<sup>o</sup>-1*

LOCAL DE TRABALHO  
**UTI 1-MIRANDOPÓLIS**

Horário de Trabalho:  
 Das : às e das : às

MÊS:  
**JULHO**

ANO:  
**2021**

DIAS	ENT	INTERVALO		SAÍDA	HORAS EXTRAS		ASSINATURA / OBSERVAÇÕES
		SAÍDA	RET		INICIO	FIM	
21/06	06:02	12:05	13:00	15:02			
22/06	06:05	13:05	14:00	15:03			
23/06	06:15	11:50	12:47	15:04			
24/06	<i>feriado</i>		<i>feriado</i>				
25/06	06:10	11:47	12:40	15:03			
26/06	—	—	—	—			
27/06	—	—	—	—			
28/06	06:03	11:15	12:10	15:02			
29/06	06:10	11:50	12:40	15:01			
30/06	06:05	11:47	12:40	15:03			
01/07	06:10	11:50	12:40	15:04			
02/07	06:15	11:57	12:50	15:03			
03/07	—	—	—	—			
04/07	—	—	—	—			
05/07	06:11	12:10	13:05	15:02			
06/07	06:12	12:35	13:30	15:03			
07/07	06:05	12:40	13:35	15:04			
08/07	06:20	12:45	13:40	15:05			
09/07	<i>feriado</i>		<i>feriado</i>				
10/07	18:50	21:00	22:00	07:20			
11/07	—	—	—	—			
12/07	06:12	12:10	13:05	15:04			
13/07	06:15	12:15	13:10	15:03			
14/07	06:20	12:12	13:10	15:02			
15/07	06:05	12:50	13:45	15:05			
16/07	06:04	12:47	13:40	15:04			
17/07	—	—	—	—			
18/07	—	—	—	—			
19/07	06:05	11:50	12:47	15:03			
20/07	06:12	11:57	12:50	15:02			

Chefia Imediata  
 Carimbo e Assinatura  
**ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL**  
 CNPJ: 45.349.461/0008-89

Convênio nº 107/2017  
 Fonte de Recurso Estadual  
 Termo Aditivo nº 00002/2020  
 Secretaria do Estado da Saúde  
 UGE: 090196 - Hospital Estadual  
 Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis  
 Tipo de Despesa: Custeio

REGISTRO DE PONTO MANUAL							
EMPREGADOR: NOME / EMPRESA AHBB - ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL					CNPJ Nº		
EMPREGADO(A) MAURO CHAUVELLI							
FUNÇÃO: FARMACEUTICO				LOCAL DE TRABALHO UTI MIRANDOPÓLIS			
Horário de Trabalho: Das : às : e das : às :				MÊS: JULHO		ANO: 2021	
DIAS	ENT	INTERVALO		SAÍDA	HORAS EXTRAS		ASSINATURA / OBSERVAÇÕES
		SAÍDA	RET		INICIO	FIM	
21/06	8:00	12:15	13:30	17:20			
22/06	7:30	13:00	14:30	16:40			
23/06	7:30	14:00	15:30	16:45			
24/06	7:30	15:00	16:00	17:00			
25/06	8:00	13:00	14:20	16:30			
26/06	-	-	-	-			
27/06	-	-	-	-			
28/06	7:15	13:10	14:40	17:10			
29/06	7:00	13:05	14:20	17:20			
30/06	7:20	13:15	14:30	16:30			
01/07	8:00	13:10	14:30	16:30			
02/07	7:10	12:10	13:20	18:50			
03/07	-	-	-	-			
04/07	7:00	13:05	14:30	19:10			
05/07	7:30	13:00	14:05	16:30			
06/07	7:30	13:15	14:20	18:45			
07/07	7:30	13:20	14:15	17:05			
08/07	7:05	13:00	14:30	19:50			
09/07	8:00	13:30	15:00	16:40			
10/07	7:30	12:50	13:00	19:00			
11/07	-	-	-	-			
12/07	7:00	14:00	15:30	19:00			
13/07	7:40	13:00	14:40	17:30			
14/07	FOLGA	FOLGA	FOLGA	FOLGA			
15/07	7:40	13:30	14:40	16:30			
16/07	7:00	12:00	13:30	18:40			
17/07	-	-	-	-			
18/07	7:30	12:20	13:30	19:00			
19/07	7:30	13:05	14:15	16:40			
20/07	7:15	12:05	13:15	19:20			

Cherfia Imediata  
Carimbo e Assinatura  
ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR  
BENEFICIENTE DO BRASIL  
CNPJ: 45.349.461/0008-89

Convênio nº 107/2017  
Fonte de Recurso Estadual  
Termo Aditivo nº 00002/2020  
Secretaria do Estado da Saúde  
UGE: 090196 - Hospital Estadual  
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis  
Tipo de Despesa: Custeio

**REGISTRO DE PONTO MANUAL**

EMPREGADOR: NOME / EMPRESA  
**AHBB - ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL**

CNPJ Nº

EMPREGADO(A) *Debara Cristina Locke*

FUNÇÃO: *Quilômetro de Farmácia* LOCAL DE TRABALHO  
**UTI MIRANDÓPOLIS**

Horário de Trabalho: Das *19:00* às *07:00* das *19:00* às *07:00*

MÊS: **JULHO** ANO: **2021**

DIAS	ENT	INTERVALO		SAÍDA	HORAS EXTRAS		ASSINATURA / OBSERVAÇÕES
		SAÍDA	RET		INICIO	FIM	
21/06							
22/06	18:50	20:30	21:30	07:05			<i>Debara Cristina Locke</i>
23/06							
24/06	<i>Folga</i>	<i>Folga</i>	<i>Folga</i>	<i>Folga</i>			
25/06							
26/06	18:50	20:30	21:30	07:00			<i>Debara Cristina Locke</i>
27/06							
28/06	18:50	20:30	21:30	07:06			<i>Debara Cristina Locke</i>
29/06							
30/06	18:50	20:30	21:30	07:05			<i>Debara Cristina Locke</i>
01/07							
02/07	18:50	20:30	21:30	07:03			<i>Debara Cristina Locke</i>
03/07							
04/07	18:50	20:30	21:30	07:00			<i>Debara Cristina Locke</i>
05/07							
06/07	18:50	20:30	21:30	07:07			<i>Debara Cristina Locke</i>
07/07							
08/07	18:50	20:30	21:30	07:10			<i>Debara Cristina Locke</i>
09/07							
10/07	18:50	20:30	21:30	07:00			<i>Debara Cristina Locke</i>
11/07							
12/07	18:50	20:30	21:30	07:05			<i>Debara Cristina Locke</i>
13/07							
14/07	18:50	20:30	21:30	07:05			<i>Debara Cristina Locke</i>
15/07							
16/07	18:50	20:30	21:30	07:00			<i>Debara Cristina Locke</i>
17/07							
18/07	18:50	20:30	21:30	07:07			<i>Debara Cristina Locke</i>
19/07							
20/07	18:50	20:30	21:30	07:05			<i>Debara Cristina Locke</i>

Chefia Imediata  
 Carimbo e Assinatura

**ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR  
 BENEFICIENTE DO BRASIL**  
 CNPJ: 45.349.461/0008-89

Convênio nº 107/2017  
 Fonte de Recurso Estadual  
 Termo Aditivo nº 00002/2020  
 Secretaria do Estado da Saúde  
 UGE: 090196 - Hospital Estadual  
 Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis  
 Tipo de Despesa: Custeio

REGISTRO DE PONTO MANUAL			
EMPREGADOR: NOME / EMPRESA <b>AHBB - ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL</b>		CNPJ Nº	
EMPREGADO(A) <b>ALESSANDRA APARECIDA DOS SANTOS GONCALVES</b>			
FUNÇÃO: <b>AUXILIAR DE FARMACIA</b>		LOCAL DE TRABALHO <b>UTI MIRANDÓPOLIS</b>	
Horário de Trabalho: Das : às : e das : às :		MÊS: <b>JULHO</b>	ANO: <b>2021</b>

DIAS	ENT	INTERVALO		SAÍDA	HORAS EXTRAS		ASSINATURA / OBSERVAÇÕES
		SAIDA	RET		INICIO	FIM	
21/06	18:35	20:30	21:30	07:10			<i>[assinatura]</i>
22/06							<i>[assinatura]</i>
23/06	18:30	20:30	21:30	07:10			<i>[assinatura]</i>
24/06							<i>[assinatura]</i>
25/06	18:30	20:30	21:30	07:10			<i>[assinatura]</i>
26/06							<i>[assinatura]</i>
27/06	18:30	20:30	21:30	07:10			<i>[assinatura]</i>
28/06							<i>[assinatura]</i>
29/06	FOLGA	FOLGA	FOLGA	FOLGA			<i>[assinatura]</i>
30/06							<i>[assinatura]</i>
01/07	18:35	20:30	21:30	07:00			<i>[assinatura]</i>
02/07							<i>[assinatura]</i>
03/07	18:40	20:30	21:30	07:05			<i>[assinatura]</i>
04/07							<i>[assinatura]</i>
05/07	18:45	20:30	21:30	07:05			<i>[assinatura]</i>
06/07							<i>[assinatura]</i>
07/07	18:30	20:30	21:30	07:10			<i>[assinatura]</i>
08/07							<i>[assinatura]</i>
09/07	18:30	20:30	21:30	07:00			<i>[assinatura]</i>
10/07							<i>[assinatura]</i>
11/07	18:30	20:30	21:30	07:00			<i>[assinatura]</i>
12/07							<i>[assinatura]</i>
13/07	18:25	20:30	21:30	07:05			<i>[assinatura]</i>
14/07							<i>[assinatura]</i>
15/07	18:30	20:30	21:30	07:00			<i>[assinatura]</i>
16/07							<i>[assinatura]</i>
17/07	18:30	20:30	21:30	07:00			<i>[assinatura]</i>
18/07							<i>[assinatura]</i>
19/07	18:40	20:30	21:30	07:00			<i>[assinatura]</i>
20/07							<i>[assinatura]</i>

*[assinatura]*  
 Chefe Imediata  
 Carimbo e Assinatura  
 ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR  
 BENEFICIENTE DO BRASIL  
 CNPJ: 45.349.461/0008-89

Convênio nº 107/2017  
 Fonte de Recurso Estadual  
 Termo Aditivo nº 00002/2020  
 Secretaria do Estado da Saúde  
 UGE: 090196 - Hospital Estadual  
 Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis  
 Tipo de Despesa: Custeio

**REGISTRO DE PONTO MANUAL**

EMPREGADOR: NOME / EMPRESA  
**AHBB - ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL**

CNPJ N°

EMPREGADO(A)  
*Maria Eduarda Odoni Bomtempo*

FUNÇÃO:  
*Auxiliar de farmácia*

LOCAL DE TRABALHO  
**UTI MIRANDÓPOLIS**

Horário de Trabalho:  
 Das \_\_\_ : \_\_\_ às \_\_\_ : \_\_\_ e das \_\_\_ : \_\_\_ às \_\_\_ : \_\_\_

MÊS:  
**JULHO**

ANO:  
**2021**

DIAS	ENT	INTERVALO		SAÍDA	HORAS EXTRAS		ASSINATURA / OBSERVAÇÕES
		SAÍDA	RET		INÍCIO	FIM	
21/06	6:50	12:00	13:00	19:05			<i>Maria Eduarda O. Bomtempo</i>
22/06							
23/06	6:45	12:10	13:10	19:05			<i>Maria Eduarda O. Bomtempo</i>
24/06							
25/06	6:50	12:10	13:10	19:05			<i>Maria Eduarda O. Bomtempo</i>
26/06							
27/06	6:45	12:00	13:00	19:08			<i>Maria Eduarda O. Bomtempo</i>
28/06							
29/06	6:45	20:15	21:15	7:00			<i>Maria Eduarda O. Bomtempo</i>
30/06							
01/07	6:50	12:10	13:10	19:07			<i>Maria Eduarda O. Bomtempo</i>
02/07							
03/07	6:45	12:00	13:00	19:09			<i>Maria Eduarda O. Bomtempo</i>
04/07							
05/07	6:45	12:30	13:30	19:10			<i>Maria Eduarda O. Bomtempo</i>
06/07							
07/07	6:50	12:10	13:08	19:08			<i>Maria Eduarda O. Bomtempo</i>
08/07							
09/07	6:50	12:10	13:10	19:10			<i>Maria Eduarda O. Bomtempo</i>
10/07							
11/07	6:45	12:05	13:05	19:09			<i>Maria Eduarda O. Bomtempo</i>
12/07							
13/07	6:45	12:10	13:10	19:10			<i>Maria Eduarda O. Bomtempo</i>
14/07							
15/07	6:45	12:00	13:00	19:10			<i>Maria Eduarda O. Bomtempo</i>
16/07							
17/07	6:45	12:00	13:00	19:10			<i>Maria Eduarda O. Bomtempo</i>
18/07							
19/07	6:45	12:00	13:00	19:05			<i>Maria Eduarda O. Bomtempo</i>
20/07							

*Maria Eduarda Odoni Bomtempo*  
 Chefe Imediata  
 Carimbo e Assinatura  
 ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR  
 BENEFICIENTE DO BRASIL  
 CNPJ: 45.349.461/0008-89

Convênio nº 107/2017  
 Fonte de Recurso Estadual  
 Termo Aditivo nº 00002/2020  
 Secretaria do Estado da Saúde  
 UGE: 090196 - Hospital Estadual  
 Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis  
 Tipo de Despesa: Custeio



**REGISTRO DE PONTO MANUAL**

EMPREGADOR: NOME / EMPRESA  
**AHBB - ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL**

CNPJ Nº

EMPREGADO(A) *Cristiane Pascoalito Vendrame*

FUNÇÃO: *Técnico Em Enfermagem*

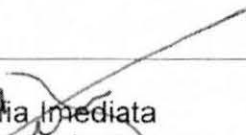
LOCAL DE TRABALHO  
**UTI MIRANDOPÓLIS**

Horário de Trabalho:  
 Das : às : e das : às :

MÊS: **JULHO**

ANO: **2021**

DIAS	ENT	INTERVALO		SAÍDA	HORAS EXTRAS		ASSINATURA / OBSERVAÇÕES
		SAÍDA	RET		INICIO	FIM	
21/06	7:00	11:50	12:57	19:07			<i>Cristiane</i>
22/06							
23/06	7:00	12:02	13:07	19:15			<i>Cristiane</i>
24/06							
25/06	7:00	11:58	12:00	19:10			<i>Cristiane</i>
26/06							
27/06	7:00	13:02	14:01	19:09			<i>Cristiane</i>
28/06							
29/06	7:00	13:05	14:00	19:05			<i>Cristiane</i>
30/06							
01/07	<i>Folga</i>			<i>Folga</i>			<i>Cristiane</i>
02/07							
03/07	7:00	12:02	13:00	19:07			<i>Cristiane</i>
04/07							
05/07	7:00	13:01	14:00	19:00			
06/07							
07/07	7:00	12:00	13:01	19:00			
08/07							
09/07	7:00	12:00	13:01	19:00			
10/07							
11/07	7:00	13:02	14:01	19:00			
12/07							
13/07	7:00	13:01	14:00	19:00			
14/07							
15/07							
16/07							
17/07		<b>ATESTADO</b>					
18/07							
19/07							
20/07							

  
 Chelita Immediata  
 Carimbo e Assinatura  
**ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL**  
 CNPJ: 45.349.461/0008-89

Convênio nº 107/2017  
 Fonte de Recurso Estadual  
 Termo Aditivo nº 00002/2020  
 Secretaria do Estado da Saúde  
 UGE: 090196 - Hospital Estadual  
 Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis  
 Tipo de Despesa: Custeio

REGISTRO DE PONTO MANUAL							
EMPREGADOR: NOME / EMPRESA <b>AHBB - ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL</b>					CNPJ Nº		
EMPREGADO(A) <i>Lucas Carvalho das Santos</i>							
FUNÇÃO: <i>Tec de Enfermagem</i>				LOCAL DE TRABALHO <b>UTI MIRANDOPÓLIS</b>			
Horário de Trabalho: Das <i>19:00</i> às <i>20:00</i> e das <i>21:00</i> às <i>07:00</i>				MÊS: <b>JULHO</b>		ANO: <b>2021</b>	
DIAS	ENT	INTERVALO		SAÍDA	HORAS EXTRAS		ASSINATURA / OBSERVAÇÕES
		SAIDA	RET		INICIO	FIM	
21/06							<i>[Signature]</i>
22/06	18:50	20:00	21:00	07:10			<i>[Signature]</i>
23/06							
24/06	<i>Falga</i>						
25/06							
26/06	18:45	20:00	21:00	07:10			<i>[Signature]</i>
27/06							
28/06	18:50	20:00	21:00	07:15			<i>[Signature]</i>
29/06							
30/06	18:55	20:00	21:00	07:10			<i>[Signature]</i>
01/07							
02/07	18:55	20:00	21:00	07:15			<i>[Signature]</i>
03/07							
04/07	19:00	20:00	21:00	07:10			<i>[Signature]</i>
05/07							
06/07	18:50	20:00	21:00	07:15			<i>[Signature]</i>
07/07							
08/07	07:00	12:00	13:00	19:00			<i>[Signature]</i>
09/07							
10/07	<i>Falga</i>						
11/07							
12/07	18:57	21:00	22:00	07:05			<i>[Signature]</i>
13/07							
14/07	18:45	21:00	22:00	07:10			<i>[Signature]</i>
15/07							
16/07	18:50	20:00	21:00	07:05			<i>[Signature]</i>
17/07							
18/07	18:55	20:00	21:00	07:05			<i>[Signature]</i>
19/07							
20/07	18:59	20:00	21:00	07:15			<i>[Signature]</i>

Chefia Imediata  
Carimbo e Assinatura

**ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL**  
CNPJ: 45.349.461/0008-89

Convênio nº 107/2017  
Fonte de Recurso Estadual  
Termo Aditivo nº 00002/2020  
Secretaria do Estado da Saúde  
UGE: 090196 - Hospital Estadual  
Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis  
Tipo de Despesa: Custeio

**GESTÃO E CONSULTORIA MÉDICA**

**RELATÓRIO DE ATIVIDADES**

**HOSPITAL ESTADUAL “DR. OSWALDO BRANDI  
FARIA”- MIRANDÓPOLIS  
ENFERMARIA**

**AGOSTO  
2021**

Convênio nº 107/2017  
Fonte de Recurso Estadual  
Termo Aditivo nº 00002/2020  
Secretaria do Estado da Saúde  
LIGE: 090196 - Hospital Estadual  
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis  
Tipo de Despesa: Custeio



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
CADASTRO NACIONAL DA PESSOA JURÍDICA

NÚMERO DE INSCRIÇÃO 26.392.666/0001-26 MATRIZ	COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO E DE SITUAÇÃO CADASTRAL	DATA DE ABERTURA 20/10/2016
---	---	--------------------------------

NOME EMPRESARIAL  
WINTER - GESTAO E CONSULTORIA MEDICA LTDA

TÍTULO DO ESTABELECIMENTO (NOME DE FANTASIA) WINTER	FORMA DEMAIS
--	-----------------

CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE ECONÔMICA PRINCIPAL  
86.30-5-01 - Atividade médica ambulatorial com recursos para realização de procedimentos cirúrgicos

CÓDIGO E DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES ECONÔMICAS SECUNDARIAS  
86.10-1-01 - Atividades de atendimento hospitalar, exceto pronto-socorro e unidades para atendimento a urgências  
86.10-1-02 - Atividades de atendimento em pronto-socorro e unidades hospitalares para atendimento a urgências  
86.40-2-03 - Serviços de diálise e nefrologia  
86.40-2-12 - Serviços de hemoterapia  
86.50-0-99 - Atividades de profissionais da área de saúde não especificadas anteriormente

CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA NATUREZA JURÍDICA  
206-2 - Sociedade Empresária Limitada

LOGRADOURO R PASSEIO DOS IPES	NÚMERO 320	COMPLEMENTO EDIF LONDRES SALA 308 ANDAR 3
----------------------------------	---------------	--

CEP 13.561-385	BAIRRO/DISTRITO PARQUE FABER CASTELL I	MUNICÍPIO SAO CARLOS	UF SP
-------------------	---	-------------------------	----------

ENDEREÇO ELETRÔNICO CONTABILIDADE@GESTARECSC.COM.BR	TELEFONE (16) 3363-2200
--	----------------------------

ENTE FEDERATIVO RESPONSÁVEL (EFR)  
\*\*\*\*\*

SITUAÇÃO CADASTRAL ATIVA	DATA DA SITUAÇÃO CADASTRAL 20/10/2016
-----------------------------	--

MOTIVO DE SITUAÇÃO CADASTRAL

SITUAÇÃO ESPECIAL *****	DATA DA SITUAÇÃO ESPECIAL *****
----------------------------	------------------------------------

Convênio nº 107/2017  
Fonte de Recurso Estadual  
Termo Aditivo nº 00002/2020  
Secretaria do Estado da Saúde  
UGE: 090196 - Hospital Estadual  
Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis  
Tipo de Despesa: Custeio

## MEMBROS QUE COMPÕE A EMPRESA:

**Diretor Presidente:** Antonio Monteiro Pinotti Affonso;

**Diretor Clínico:** Dr. André Luis Gomes;

**Coordenador Médico:** Dr. Marcos Sandino Ornelas de Souza;

**Gerente Administrativo/Operacional:** Stefany Medeiros;

**Gerente Assistencial/Qualidade:** Evelyn Alves;

**Assistente Administrativo:** Patricia Canzano, Maria Eduarda e Kemilly Rodrigues.

### Unidade Gerenciada:

Enfermaria- Mirandópolis

### Membros do Corpo Clinico/Médicos:

MÉDICO	CRM
Cynthia Maria Liminides Silva	217605
Débora Leticia Correia Ishii	214040
Diego Henrique Lipe Garcia dos Santos	217619
Eloisa Breda Rocha	217.625
Johnny Anderson Barbosa	223240
Leonardo Elias Silveira da Cunha	213986
Vinícius Carlos de Oliveira	217888

Convênio nº 107/2017  
Fonte de Recurso Estadual  
Termo Aditivo nº 00002/2020  
Secretaria do Estado da Saúde  
UGE: 090196 - Hospital Estadual  
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis  
Tipo de Despesa: Custeio

## 1. DESCRIÇÃO A UNIDADE GERENCIADA

Enfermaria, é a uma unidade de internação ou serviço, no sentido de atender a ambiência hospitalar necessária para a execução do processo assistencial, qualificado e humanizado de acordo com a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 50/2002, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

### 1.1 Na admissão da paciente na enfermaria

A admissão acontece quando há a necessidade de o paciente permanecer no hospital por um período igual ou maior a 24 horas. O paciente é encaminhado pela equipe após ser avaliado pelo médico. O serviço disponibiliza de 30 leitos COVID.

## 2. JUSTIFICATIVA

A maioria dos pacientes com COVID-19 evoluem com poucos sintomas ou até mesmo assintomáticos. Contudo, alguns casos necessitam de maior atenção e de um atendimento especializado em ambiente hospitalar, sobretudo naqueles pacientes considerados de risco, pela presença de comorbidades e/ou pela idade elevada.

De acordo com as evidências atuais, consideramos que os pacientes com síndrome gripal (tosse ou dor de garganta com pelo menos um dos sintomas: mialgia, cefaleia e artralgia) ou com sintomas respiratórios (sinais de esforço ventilatório, suporte de oxigênio complementar, ou dispneia, por exemplo) que apresentem alguma das indicações presentes, devem ser avaliados para internação hospitalar. Esses sintomas de alarme que indicam o prosseguimento da investigação etimológica e o seguimento terapêutico em regime hospitalar podem ser considerados como sinais de alarme (clínicos, radiológicos e laboratoriais).

## 3. OBJETIVO

Seu objetivo básico é auxiliar na recuperação ou dar suporte às funções vitais dos pacientes enquanto eles se recuperam. Os leitos de enfermaria permitem com que o

Convênio nº 107/2017  
Fonte de Recurso Estadual  
Termo Aditivo nº 00002/2020  
Secretaria do Estado da Saúde  
UGE: 090196 - Hospital Estadual  
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis  
Tipo de Despesa: Custeio

paciente se mantenha assistido dentro do ambiente hospitalar, facilitando a sua recuperação e se necessário encaminhando a UTI e/ou alta hospitalar.

#### 4. CHECK LIST DE ATIVIDADES REALIZADAS NO MÊS DE MAIO/21

DESCRIÇÃO DE ATIVIDADES	SIM	NÃO	NÃO SE APLICA
Acesso central	X		
Admissão do paciente	X		
Drenagem de tórax	X		
Evolução médica	X		
Execução de protocolos	X		
Intubação orotraqueal	X		
Passagem de plantão	X		
Prescrição médica	X		
Televisitas			X

#### 5. INDICADORES : INFELIZMENTE, NÃO OBTIVE ACESSO!

Convênio nº 107/2017  
Fonte de Recurso Estadual  
Termo Aditivo nº 00002/2020  
Secretaria do Estado da Saúde  
LICE: 080196 - Hospital Estadual  
Dr. Orlando Brandi Faria de Mirandópolis  
Tipo de Despesa: Custeio

## 6. ESCALA MÉDICA:

01/09/2021

Escala

Mirandópolis - ENFERMARIA  
Winter - Gestão e Consultoria Médica  
01/08/2021 - 31/08/2021

**WINTER**  
MEDICAL SERVICES

Agosto / 2021							
	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo
	26/07	27/07	28/07	29/07	30/07	31/07	01/08
<b>DIURNO</b> 07:00 19:00							Leonardo Cunha
<b>NOTURNO</b> 19:00 07:00							Leonardo Cunha
	02/08	03/08	04/08	05/08	06/08	07/08	08/08
<b>DIURNO</b> 07:00 19:00	Vinicius Oliveira	Vinicius Oliveira	Vinicius Oliveira 07:00 / 13:00 Diego Lipe 13:00 / 19:00	Diego Lipe	Eloisa Rocha	Eloisa Rocha	Leonardo Cunha
<b>NOTURNO</b> 19:00 07:00	Vinicius Oliveira	Vinicius Oliveira	Diego Lipe	Johnny Barbosa	Eloisa Rocha	Johnny Barbosa	Leonardo Cunha
	09/08	10/08	11/08	12/08	13/08	14/08	15/08
<b>DIURNO</b> 07:00 19:00	Cinthia Silva	Diego Lipe	Diego Lipe	Vinicius Oliveira	Vinicius Oliveira	Leonardo Cunha	Leonardo Cunha
<b>NOTURNO</b> 19:00 07:00	Diego Lipe	Diego Lipe	Vinicius Oliveira	Vinicius Oliveira	Vinicius Oliveira	Leonardo Cunha	Leonardo Cunha
	16/08	17/08	18/08	19/08	20/08	21/08	22/08
<b>DIURNO</b> 07:00 19:00	Cinthia Silva	Diego Lipe	Diego Lipe	Vinicius Oliveira	Vinicius Oliveira	Débora Letícia	Johnny Barbosa
<b>NOTURNO</b> 19:00 07:00	Diego Lipe	Diego Lipe	Vinicius Oliveira	Vinicius Oliveira	Vinicius Oliveira	Débora Letícia	Cinthia Silva
	23/08	24/08	25/08	26/08	27/08	28/08	29/08
<b>DIURNO</b> 07:00 19:00	Cinthia Silva	Diego Lipe	Diego Lipe	Vinicius Oliveira	Vinicius Oliveira	Leonardo Cunha	Leonardo Cunha
<b>NOTURNO</b> 19:00 07:00	Diego Lipe	Diego Lipe	Vinicius Oliveira	Vinicius Oliveira	Vinicius Oliveira	Leonardo Cunha	Leonardo Cunha
Setembro / 2021							
	30/08	31/08	01/09	02/09	03/09	04/09	05/09
<b>DIURNO</b> 07:00 19:00	Cinthia Silva	Diego Lipe					

[https://escala.med.br/painel/#!/print\\_timetable/2021-08-01/2021-08-31/29272,29273?department=46611&printPlanned=false&printFooter=false&...](https://escala.med.br/painel/#!/print_timetable/2021-08-01/2021-08-31/29272,29273?department=46611&printPlanned=false&printFooter=false&...) 1/2

Convênio nº 107/2017  
Fonte de Recurso Estadual  
Termo Aditivo nº 00002/2020  
Secretaria do Estado da Saúde  
UGE: 090196 - Hospital Estadual  
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis  
Tipo de Despesa: Custeio

**WINTER**  
MEDICAL SERVICES

📍 Rua Passeio dos Ipês, 320  
Torre Londres - Sala 308  
13561-390 - São Carlos/SP


🌐 [www.wintermed.com.br](http://www.wintermed.com.br)  
☎ 16 99635-3443  
✉ [contato@wintermed.com.br](mailto:contato@wintermed.com.br)



## 7. METAS:

Mantemos o objetivo de fortalecer as atividades que assegurem a qualidade na prestação dos serviços, sempre com a intenção de promover e desenvolver ações que qualifiquem o serviço, sendo nossa responsabilidade:

- Cumprir a programação pactuada com o gestor de contrato e direção hospitalar;
- Participar ativamente das reuniões técnicas no hospital;
- Fazer análise do desempenho do corpo clínico médico do Pronto Socorro, pontualmente;
- Avaliar a qualidade do atendimento;
- A política de controle orçamentário é realizada com assessoramento do Planejamento e Monitoramento pela direção financeira e administrativa na Sede, em São Carlos;
- A escala médica é organizada pelo gerente administrativo da empresa prestadora de serviços médicos Winter;
- Constantes melhorias na qualidade da informação nos prontuários médicos;
- Devolutiva dentro do prazo mínimo das queixas na ouvidoria supervisionada pelo coordenador médico local;
- Cumprir com as normas e rotinas operacionais da unidade hospitalar;
- Manter equipe médica qualitativa e quantitativa suficiente para atender a demanda da Enfermaria.



---

Dr André Luis Gomes  
Diretor Médico das Unidades de Terapia Intensiva

Convênio nº 107/2017  
Fonte de Recurso Estadual  
Termo Aditivo nº 00002/2020  
Secretaria do Estado da Saúde  
UG: 090196 - Hospital Estadual  
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis  
Tipo de Despesa: Custeio

**WINTER**  
MEDICAL SERVICES

📍 Rua Passeio dos Ipês, 320  
Torre Londres - Sala 308  
13561-390 - São Carlos/SP

🌐 [www.wintermed.com.br](http://www.wintermed.com.br)  
☎ 16 99635-3443  
📧 [contato@wintermed.com.br](mailto:contato@wintermed.com.br)