

Prestação de Contas

Fevereiro 2021

Convênio nº 815/2016 - Termo Aditivo nº
0001/2021

Leonor

www.ahbb.org.br

contato@ahbb.org.br

14 3532 5198

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

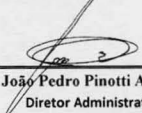
CONCILIAÇÃO BANCARIA

Empresa: Associação Hospitalar Beneficente do Brasil	Banco Do Brasil
CNPJ: 45.349.461/0001-02	Ag: 7004-1
Período: 01/02/2021 a 28/02/2021	CC: 7004195-4
Convênio: Leonor	
Convênio nº: 85/2016 - Termo Aditivo nº 0001/2021	

Data	Fornecedor	Nº Doc	Débito	Crédito	Saldo- Exercício
BANCO DO BRASIL					
28/01/2021	Saldo Anterior		R\$ -	R\$ -	R\$ -
03/02/2021	Gestare Serviços Combinados de Escritório Ltda	Nota Fiscal nº 161	R\$ 11.960,65		R\$ 11.960,65
03/02/2021	Resgate da Aplicação		R\$ -	R\$ 11.960,65	R\$ -
03/02/2021	Rosângela Santos de Oliveira	Rescisão	R\$ 4.560,08		R\$ 4.560,08
04/02/2021	Resgate da Aplicação		R\$ -	R\$ 4.560,08	R\$ -
04/02/2021	Fernanda Ramos Carvalho	Holerite	R\$ 3.183,11		R\$ 3.183,11
04/02/2021	Elaine Cristina Oliveira dos Santos	Holerite	R\$ 2.021,67		R\$ 5.204,78
05/02/2021	Sandra Rodrigues Vieira	Holerite	R\$ 2.138,92		R\$ 7.343,70
05/02/2021	Cátia Elaine Calastro	Holerite	R\$ 3.237,12		R\$ 10.580,82
05/02/2021	Adriana Oliveira Santos Matos	Holerite	R\$ 1.974,36		R\$ 12.555,18
05/02/2021	Ana Paula de Souza	Holerite	R\$ 2.027,98		R\$ 14.583,16
05/02/2021	Camila Ferreira de Carvalho	Holerite	R\$ 4.063,34		R\$ 18.646,50
05/02/2021	Denise Jeanete Rodrigues	Holerite	R\$ 2.097,12		R\$ 20.743,62
05/02/2021	Edcláeia Batista Ferreira	Holerite	R\$ 2.092,38		R\$ 22.836,00
05/02/2021	Efígenia de Freitas	Holerite	R\$ 1.908,54		R\$ 24.744,54
05/02/2021	Eliana Silva Meira	Holerite	R\$ 2.056,64		R\$ 26.801,18
05/02/2021	Flávia Duarte Teixeira	Holerite	R\$ 2.019,10		R\$ 28.820,28
05/02/2021	Kátia Alves dos Santos	Holerite	R\$ 1.908,54		R\$ 30.728,82
05/02/2021	Luciano Lucas de Melo	Holerite	R\$ 2.106,01		R\$ 32.834,83
05/02/2021	Magna Ogleide da Silva Araujo	Holerite	R\$ 2.027,98		R\$ 34.862,81
05/02/2021	Marinalva Moretti Rodgerio	Holerite	R\$ 1.908,54		R\$ 36.771,35
05/02/2021	Nayara Fernanda Silva da Costa	Holerite	R\$ 3.433,75		R\$ 40.205,10
05/02/2021	Priscila Danielle Vigo da Silva	Holerite	R\$ 1.871,61		R\$ 42.076,71
05/02/2021	Quelcilene de Paula e Silva	Holerite	R\$ 1.908,54		R\$ 43.985,25
05/02/2021	Raphaella Moreira Vitalino	Holerite	R\$ 2.095,22		R\$ 46.080,47
05/02/2021	Sueli Gomes Barbosa	Holerite	R\$ 143,43		R\$ 46.223,90
05/02/2021	Talita Helen	Holerite	R\$ 214,03		R\$ 46.437,93
05/02/2021	Vanessa Soares dos Santos	Holerite	R\$ 3.548,13		R\$ 49.986,06
05/02/2021	FGTS Arrecadação GRF	GRRF/FGTS	R\$ 5.373,58		R\$ 55.359,64
05/02/2021	Tarifa Bancária	830.361.200.226.858	R\$ 10,45		R\$ 55.370,09
05/02/2021	Tarifa Bancária	830.361.200.226.859	R\$ 10,45		R\$ 55.380,54
05/02/2021	Tarifa Bancária	830.361.200.226.860	R\$ 10,45		R\$ 55.390,99
05/02/2021	Tarifa Bancária	830.361.200.226.861	R\$ 10,45		R\$ 55.401,44
05/02/2021	Tarifa Bancária	830.361.200.226.862	R\$ 10,45		R\$ 55.411,89
05/02/2021	Tarifa Bancária	830.361.200.226.863	R\$ 10,45		R\$ 55.422,34
05/02/2021	Tarifa Bancária	830.361.200.226.864	R\$ 10,45		R\$ 55.432,79
05/02/2021	Tarifa Bancária	830.361.200.226.865	R\$ 10,45		R\$ 55.443,24
05/02/2021	Tarifa Bancária	830.361.200.226.866	R\$ 10,45		R\$ 55.453,69
05/02/2021	Tarifa Bancária	830.361.200.226.867	R\$ 10,45		R\$ 55.464,14
05/02/2021	Tarifa Bancária	830.361.200.226.868	R\$ 10,45		R\$ 55.474,59
05/02/2021	Resgate da Aplicação		R\$ -	R\$ 55.474,59	R\$ -
09/02/2021	Alcatoner Comercio e Ltda	Nota Fiscal nº 9186	R\$ 239,88		R\$ 239,88
09/02/2021	Kalunga Com e Ind Grafica Ltda	Nota Fiscal nº 252939	R\$ 676,60		R\$ 916,48
09/02/2021	Resgate da Aplicação		R\$ -	R\$ 916,48	R\$ -
10/02/2021	Tarifa Bancária	830.411.202.676.652	R\$ 203,25		R\$ 203,25
10/02/2021	Resgate da Aplicação		R\$ -	R\$ 203,25	R\$ -
19/02/2021	Edcláeia Batista Ferreira	Rescisão	R\$ 2.972,50		R\$ 2.972,50
19/02/2021	Adriana Oliveira Santos Matos	Rescisão	R\$ 4.275,04		R\$ 7.247,54
19/02/2021	FGTS Arrecadação GRF	GRRF/FGTS	R\$ 479,44		R\$ 7.726,98
19/02/2021	FGTS Arrecadação GRF	GRRF/FGTS	R\$ 660,05		R\$ 8.387,03
19/02/2021	Ministério da Fazenda	DARF - Código da receita 0561	R\$ 1.830,04		R\$ 10.217,07
19/02/2021	Ministério da Previdência Social	GPS/INSS	R\$ 4.046,08		R\$ 14.263,15
19/02/2021	Ministério da Fazenda	DARF - Código da receita 1708	R\$ 21,57		R\$ 14.284,72
19/02/2021	Ministério da Fazenda	DARF - Código da receita 5952	R\$ 66,87		R\$ 14.351,59
19/02/2021	Transferencia AHBB Sede		R\$ 60,34		R\$ 14.411,93
19/02/2021	Tarifa Bancária	850.501.100.146.899	R\$ 10,45		R\$ 14.422,38
19/02/2021	Tarifa Bancária	850.501.100.146.900	R\$ 10,45		R\$ 14.432,83
19/02/2021	Tarifa Bancária	850.501.100.146.901	R\$ 10,45		R\$ 14.443,28
19/02/2021	Resgate da Aplicação		R\$ -	R\$ 14.443,28	R\$ -
25/02/2021	Tarifa Bancária	850.560.800.123.684	R\$ 52,35		R\$ 52,35
25/02/2021	Resgate da Aplicação		R\$ -	R\$ 52,35	R\$ -
26/02/2021	São Paulo Transporte	Nota Fiscal nº 53179024	R\$ 2.342,10		R\$ 2.342,10
26/02/2021	Quatari Transporte de Passageiros	Pagamento	R\$ 114,40		R\$ 2.456,50
26/02/2021	Resgate da Aplicação		R\$ -	R\$ 4.489,55	R\$ 2.033,05

Leonor, 19 de Março de 2021.

Responsável pela Conveniada:


João Pedro Pinotti Affonso
Diretor Administrativo



Cliente - Conta atual

Agência 7004-1
Conta corrente 7004195-4 ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN
Período do extrato Mês atual

Lançamentos

Dt. balancete	Dt. movimento	Ag. origem	Lote	Histórico	Documento	Valor R\$	Saldo
28/01/2021		0000	00000 000	Saldo Anterior			0,00 C
03/02/2021		0000	13105 393	TED Transf.Eletr.Disponiv	20.301	11.960,65 D	
				341 0049 034298678000114 GESTARE SERVI			
03/02/2021		0000	00000 855	BB RF CP Aut Empresa	5	11.960,65 C	0,00 C
04/02/2021		0000	13105 393	TED Transf.Eletr.Disponiv	20.401	4.560,08 D	
				341 4616 26042758802 ROSANGELA SANTOS			
04/02/2021		0000	00000 855	BB RF CP Aut Empresa	5	4.560,08 C	0,00 C
05/02/2021		7004	99015 470	Transferência enviada	550.636.000.094.327	3.183,11 D	
				05/02 0636 94327-4 FERNANDA RAMOS			
05/02/2021		7004	99015 470	Transferência enviada	551.819.000.061.003	2.021,67 D	
				05/02 1819 61003-8 ELAINE C O SAN			
05/02/2021		7004	99015 120	Transferido para Poupança	553.386.510.010.811	2.138,92 D	
				05/02 3386 510010811-4 SANDRA RODRIGU			
05/02/2021		7004	99015 470	Transferência enviada	554.298.000.012.791	3.237,12 D	
				05/02 4298 12791-4 CATIA ELAINE C			
05/02/2021		0000	13105 393	TED Transf.Eletr.Disponiv	20.501	1.974,36 D	
				341 6644 62624318534 ADRIANA OLIVEIRA			
05/02/2021		0000	13105 393	TED Transf.Eletr.Disponiv	20.502	2.027,98 D	
				104 4094 26168079807 ANA PAULA DE SOUZ			
05/02/2021		0000	13105 393	TED Transf.Eletr.Disponiv	20.503	4.063,34 D	
				033 3371 33433501840 CAMILA FERREIRA D			
05/02/2021		0000	13105 393	TED Transf.Eletr.Disponiv	20.504	2.097,12 D	
				104 0244 47149615864 DENISE JEANETE RO			
05/02/2021		0000	13105 393	TED Transf.Eletr.Disponiv	20.505	2.092,38 D	
				033 0236 27687991818 EDCLEIA BATISTA F			
05/02/2021		0000	13105 393	TED Transf.Eletr.Disponiv	20.506	1.908,54 D	
				237 0101 19076688885 EFIGENIA DE FREIT			
05/02/2021		0000	13105 393	TED Transf.Eletr.Disponiv	20.507	2.056,64 D	
				237 2302 02748233573 ELIANA SILVA MEIR			
05/02/2021		0000	13105 393	TED Transf.Eletr.Disponiv	20.508	2.019,10 D	
				077 0001 02255077302 FLAVIA DUARTE TEI			
05/02/2021		0000	13105 393	TED Transf.Eletr.Disponiv	20.509	1.908,54 D	
				237 0113 32110828838 KATIA ALVES DOS S			
05/02/2021		0000	13105 393	TED Transf.Eletr.Disponiv	20.510	2.106,01 D	
				104 4634 22291140850 LUCIANO LUCAS DE			
05/02/2021		0000	13105 393	TED Transf.Eletr.Disponiv	20.511	2.027,98 D	
				237 2749 33137808812 MAGNA OGLEIDE DA			
05/02/2021		0000	13105 393	TED Transf.Eletr.Disponiv	20.512	1.908,54 D	
				237 2505 12613135859 MARINALVA MORETTI			
05/02/2021		0000	13105 393	TED Transf.Eletr.Disponiv	20.513	3.433,75 D	
				104 2871 36402655805 NAYARA FERNANDA S			
05/02/2021		0000	13105 393	TED Transf.Eletr.Disponiv	20.514	1.871,61 D	
				033 0001 33626827828 PRISCILA DANIELLE			
05/02/2021		0000	13105 393	TED Transf.Eletr.Disponiv	20.515	1.908,54 D	
				237 0137 28235963809 QUELCILENE DE PAU			
05/02/2021		0000	13105 393	TED Transf.Eletr.Disponiv	20.516	2.095,22 D	
				077 0001 49502184840 RAPHAELLA MOREIRA			
05/02/2021		0000	13105 393	TED Transf.Eletr.Disponiv	20.517	143,43 D	
				341 1192 17443893817 SUELI GOMES BARBO			
05/02/2021		0000	13105 393	TED Transf.Eletr.Disponiv	20.518	214,03 D	
				104 3099 47081551823 TALITA HELEN DE S			

05/02/2021	0000	13105 393 TED Transf.Eletr.Disponiv	20.519	3.548,13 D	
		341 7451 31925454886 VANESSA SOARES DO			
05/02/2021	0000	13105 375 Impostos	20.520	5.373,58 D	
		FGTS ARRECADACAO GRF			
05/02/2021	0000	13113 310 Tar DOC/TED Eletrônico	830.361.200.226.858	10,45 D	
		Cobrança referente 05/02/2021			
05/02/2021	0000	13113 310 Tar DOC/TED Eletrônico	830.361.200.226.859	10,45 D	
		Cobrança referente 05/02/2021			
05/02/2021	0000	13113 310 Tar DOC/TED Eletrônico	830.361.200.226.860	10,45 D	
		Cobrança referente 05/02/2021			
05/02/2021	0000	13113 310 Tar DOC/TED Eletrônico	830.361.200.226.861	10,45 D	
		Cobrança referente 05/02/2021			
05/02/2021	0000	13113 310 Tar DOC/TED Eletrônico	830.361.200.226.862	10,45 D	
		Cobrança referente 05/02/2021			
05/02/2021	0000	13113 310 Tar DOC/TED Eletrônico	830.361.200.226.863	10,45 D	
		Cobrança referente 05/02/2021			
05/02/2021	0000	13113 310 Tar DOC/TED Eletrônico	830.361.200.226.864	10,45 D	
		Cobrança referente 05/02/2021			
05/02/2021	0000	13113 310 Tar DOC/TED Eletrônico	830.361.200.226.865	10,45 D	
		Cobrança referente 05/02/2021			
05/02/2021	0000	13113 310 Tar DOC/TED Eletrônico	830.361.200.226.866	10,45 D	
		Cobrança referente 05/02/2021			
05/02/2021	0000	13113 310 Tar DOC/TED Eletrônico	830.361.200.226.867	10,45 D	
		Cobrança referente 05/02/2021			
05/02/2021	0000	13113 310 Tar DOC/TED Eletrônico	830.361.200.226.868	10,45 D	
		Cobrança referente 05/02/2021			
05/02/2021	0000	00000 855 BB RF CP Aut Empresa	5	55.474,59 C	0,00 C
09/02/2021	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	20.901	239,88 D	
		ALCATONER COMERCIO E LTDA			
09/02/2021	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	20.902	676,60 D	
		KALUNGA SA			
09/02/2021	0000	00000 855 BB RF CP Aut Empresa	5	916,48 C	0,00 C
10/02/2021	0000	13113 435 Tarifa Pacote de Serviços	830.411.202.676.652	203,25 D	
		Cobrança referente 10/02/2021			
10/02/2021	0000	00000 855 BB RF CP Aut Empresa	5	203,25 C	0,00 C
19/02/2021	0000	13105 393 TED Transf.Eletr.Disponiv	21.901	2.972,50 D	
		033 0236 27687991818 EDCLEIA BATISTA F			
19/02/2021	0000	13105 393 TED Transf.Eletr.Disponiv	21.902	4.275,04 D	
		341 6644 62624318534 ADRIANA OLIVEIRA			
19/02/2021	0000	13105 375 Impostos	21.903	479,44 D	
		FGTS ARREC GRRF			
19/02/2021	0000	13105 375 Impostos	21.904	660,05 D	
		FGTS ARREC GRRF			
19/02/2021	0000	13105 375 Impostos	21.905	1.830,04 D	
		RFB- DARF PRETO CALCULADO			
19/02/2021	0000	13105 196 INSS Arrecadação	21.906	4.046,08 D	
		GPS- Ident.: 45349461000455 - 01/2021			
19/02/2021	0000	13105 375 Impostos	21.907	21,57 D	
		DARF - 45.349.461/0001-02 -1708			
19/02/2021	0000	13105 375 Impostos	21.908	66,87 D	
		DARF - 45.349.461/0001-02 -5952			
19/02/2021	0000	13105 393 TED Transf.Eletr.Disponiv	21.909	60,34 D	
		756 5042 045349461000374 ASSOCIACAO HO			
19/02/2021	0000	13113 310 Tar DOC/TED Eletrônico	850.501.100.146.899	10,45 D	
		Cobrança referente 19/02/2021			
19/02/2021	0000	13113 310 Tar DOC/TED Eletrônico	850.501.100.146.900	10,45 D	
		Cobrança referente 19/02/2021			
19/02/2021	0000	13113 310 Tar DOC/TED Eletrônico	850.501.100.146.901	10,45 D	
		Cobrança referente 19/02/2021			
19/02/2021	0000	00000 855 BB RF CP Aut Empresa	5	14.443,28 C	0,00 C
25/02/2021	0000	13113 500 Tarifa Renovação Cadastro	850.560.800.123.684	52,35 D	
		Cobrança referente 05/02/2021			
25/02/2021	0000	00000 855 BB RF CP Aut Empresa	5	52,35 C	0,00 C
26/02/2021	7004	07004 109 Pagamento de Boleto	22.601	2.342,10 D	
		SP TRANS - Loja Virtual - Vale			

26/02/2021	7004	07004 393 TED Transf.Eletr.Disponiv	22.602	114,40 D
		341 8859 031599393000125 QUATAI TRANSP		
26/02/2021	0000	00000 999 S A L D O		2.456,50 D
Invest.com Resgate Autom.				4.489,55 C
Saldo				2.033,05 C
Juros *				0,00
Data de Debito de Juros				26/02/2021
IOF *				0,00
Data de Debito de IOF				01/03/2021
Saldo de fundos de investimento				
BB Automático Empres				4.489,82

Transação efetuada com sucesso por: JD707545 JOAO PEDRO MONTEIRO PINOTTI AFFONSO.

Serviço de Atendimento ao Consumidor - SAC 0800 729 0722

Ouvidoria BB 0800 729 5678

Para deficientes auditivos 0800 729 0088



Extrato investimentos financeiros - mensal

G3362615516787361
26/02/2021 16:31:23

Cliente

Agência 7004-1
Conta 7004195-4 ASSOCIACAO H B BRASIL
Mês/ano referência FEVEREIRO/2021

BB Automático Empres - CNPJ: .071.477/0001-68

Data	Histórico	Valor	Valor IR Prej. Comp.	Valor IOF	Quantidade cotas	Valor cota	Saldo cotas
29/01/2021	SALDO ANTERIOR	92.101,44			9.183,765559		
03/02/2021	RESGATE	11.960,65	0,53		1.192,669828	10,028911375	7.991,095731
	Aplicação 04/12/2020	11.960,65	0,53		1.192,669828		
04/02/2021	RESGATE	4.560,08	0,20		454,711508	10,028952251	7.536,384223
	Aplicação 04/12/2020	4.560,08	0,20		454,711508		
05/02/2021	RESGATE	55.474,59	2,59		5.531,680194	10,028992648	2.004,704029
	Aplicação 04/12/2020	55.474,59	2,59		5.531,680194		
09/02/2021	RESGATE	916,48	0,04		91,385934	10,029114576	1.913,318095
	Aplicação 04/12/2020	916,48	0,04		91,385934		
10/02/2021	RESGATE	203,25	0,01		20,266915	10,029153531	1.893,051180
	Aplicação 04/12/2020	203,25	0,01		20,266915		
19/02/2021	RESGATE	14.443,28	0,79		1.440,175563	10,029381395	452,875617
	Aplicação 04/12/2020	14.443,28	0,79		1.440,175563		
25/02/2021	RESGATE	52,35			5,219573	10,029555205	447,656044
	Aplicação 04/12/2020	52,35			5,219573		
26/02/2021	SALDO ATUAL	4.489,82			447,656044		447,656044

Resumo do mês

SALDO ANTERIOR	92.101,44
APLICAÇÕES (+)	0,00
RESGATES (-)	87.610,68
RENDIMENTO BRUTO (+)	3,22
IMPOSTO DE RENDA (-)	4,16
IOF (-)	0,00
RENDIMENTO LÍQUIDO	-0,94
SALDO ATUAL =	4.489,82
Disponível p/ Resg =	4.489,55
Carência p/ Resg =	0,00
IR Estimado =	0,24
IR complementar =	0,03
IOF estimado =	0,00

Aplicações em ser

Data	Documento	Valor aplicado	Quantidade cotas	Saldo cotas
04/12/2020	909.700.404	305.652,00	30.483,166455	447,656044

Valor da Cota

29/01/2021	10,028722393
26/02/2021	10,029609019

Rentabilidade

No mês	0,0088
No ano	0,0190
Últimos 12 meses	0,3250

VALORES LÍQUIDOS PARA RESGATE

Projeção para 26/02/2021 - Cota: 10,029609019

Transação efetuada com sucesso por: JD707545 JOAO PEDRO MONTEIRO PINOTTI AFFONSO.

Serviço de Atendimento ao Consumidor - SAC 0800 729 0722

Ouvidoria BB 0800 729 5678
Para deficientes auditivos 0800 729 0088

CONVÊNIO Nº 815/2016
FONTE DE RECURSO ESTADUAL
TERMO ADITIVO Nº 0001/2021
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
UGE: 090196 - HOSPITAL MATERNIDADE
LEONOR MENDES DE BARROS
TIPO DESPESA: CUSTEIO



Emissão de comprovantes

G3362615516787361
26/02/2021 16:31:05

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
26/02/2021 - AUTOATENDIMENTO - 16.30.56
7004107004 SEGUNDA VIA 0005

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

AGENCIA: 7004-1 CONTA: 7.004.195-4

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA

REMETENTE : ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

BANCO: 341 - ITAU UNIBANCO S.A.

AGENCIA: 0049-3 - SAO CARLOS SP

CONTA: 52.941-5

FAVORECIDO: GESTARE SERVICOS COMBINADOS DE ESCR

CPF/CNPJ: 34.298.678/0001-14

VALOR: R\$ 11.960,65


DEBITO EM: 03/02/2021

=====

DOCUMENTO: 020301

AUTENTICACAO SISBB: 7.FE5.B74.E92.C94.E15

Donor

 PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFS-e <small>20210202u34298678000114</small>	Número da Nota 00000169			
	Data e Hora de Emissão 02/02/2021 13:45:07 Código de Verificação NF6Y-3CSA			
PRESTADOR DE SERVIÇOS				
CPF/CNPJ: 34.298.678/0001-14	Inscrição Municipal: 6.343.469-5			
Nome/Razão Social: GESTARE SERVICOS COMBINADOS DE ESCRITORIO LTDA				
Endereço: R CONCEICAO DE MONTE ALEGRE 107, BLOCO B - CIDADE MONCOES - CEP: 04563-060				
Município: São Paulo	UF: SP			
TOMADOR DE SERVIÇOS				
Nome/Razão Social: ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL				
CPF/CNPJ: 45.349.461/0004-55	Inscrição Municipal: 5.384.195-6			
Endereço: R LOPES CHAVES 00531, 2 ANDAR - BARRA FUNDA - CEP: 01154-010				
Município: São Paulo	UF: SP E-mail: ----			
INTERMEDIÁRIO DE SERVIÇOS				
CPF/CNPJ: ----	Nome/Razão Social: ----			
DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS				
SERVIÇOS DE GESTÃO: ADMINISTRATIVOS, RECURSOS HUMANOS, TI, CONTABILIDADE, CONTROLADORIA E PRESTAÇÃO DE CONTAS - UTI DO HOSPITAL MATERNIDADE LEONOR MENDES DE BARROS - SP COMPETÊNCIA: 01/2021 CONVÊNIO 815/2016- TERMO ADITIVO 001/2021				
VALOR TOTAL DO SERVIÇO = R\$ 11.960,55				
INSS (R\$)	IRRF (R\$)	CSLL (R\$)	COFINS (R\$)	PIS/PASEP (R\$)
-	-	-	-	-
Código do Serviço 06491 - Fornecimento de mão-de-obra em caráter temporário, de empregados ou trabalhadores.				
Valor Total das Deduções (R\$)	Base de Cálculo (R\$)	Alíquota (%)	Valor do ISS (R\$)	Crédito (R\$)
0,00	*	*	*	0,00
Município da Prestação do Serviço		Número Inscrição da Obra	Valor Aproximado dos Tributos / Fonte	
-		-	-	
OUTRAS INFORMAÇÕES				
(1) Esta NFS-e foi emitida com respaldo na Lei nº 14.097/2005; (2) Documento emitido por ME ou EPP optante pelo Simples Nacional;				

03/02/21
Donor

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
26/02/2021 - AUTOATENDIMENTO - 16.30.56
7004107004 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

AGENCIA: 7004-1 CONTA: 7.004.195-4

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA

REMETENTE : ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

BANCO: 341 - ITAU UNIBANCO S.A.

AGENCIA: 4616-7 - BARUERI PB TEMPO PARTIC

CONTA: 2.161-6

FAVORECIDO: ROSANGELA SANTOS DE OLIVEIRA

CPF/CNPJ: 260.427.588-02

VALOR: R\$ 4.560,08

DEBITO EM: 04/02/2021

=====

DOCUMENTO: 020401

AUTENTICACAO SISBB: 0.BCA.FBB.C71.71C.DA8

CONVÊNIO Nº 815/2016
FONTE DE RECURSO ESTADUAL
TERMO ADITIVO Nº 0001/2021
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
UGE: 090196 - HOSPITAL MATERNIDADE
LEONOR MENDES DE BARROS
TIPO DESPESA: CUSTEIO

TERMO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR

01 CNPJ/CEI 45.349.461/0004-55		02 Razão Social/Nome ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL			
03 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) RUA LOPES CHAVES, 531, ANDAR 2					04 Bairro BARRA FUNDA
05 Município SAO PAULO	06 UF SP	07 CEP 01.154-010	08 CNAE 8610-1/02	09 CNPJ/CEI Tomador/Obra	

IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR

10 PIS/PASEP 129.40035.85-9		11 Nome ROSANGELA SANTOS DE OLIVEIRA			
12 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) Rua MARIA FERNANDA, 515 - AP104					13 Bairro CHACARAS MARIA INES
14 Município SANTANA DE PARNAIBA	15 UF SP	16 CEP 06.516-010	17 CTPS (nº, série, UF) 99771 - 00191 / SP	18 CPF 260.427.588-02	
19 Data de Nascimento 27/03/1976	20 Nome da Mãe ARMINDA SOUZA DOS SANTOS				

DADOS DO CONTRATO

21 Tipo de Contrato 3. Contrato de trabalho por prazo determinado sem cláusula assecuratória de direito recíproco de rescisão antecipada					
22 Causa do Afastamento Rescisão antecipada, pelo empregado, do contrato de trabalho por prazo determinado					
23 Remuneração Mês Ant. 3.764,28	24 Data de Admissão 04/11/2020	25 Data do Aviso Prévio 29/01/2021	26 Data de Afastamento 29/01/2021	27 Cod. Afastamento RA1	
28 Pensão Alim. (%) TRCT 0,00	29 Pensão Alim. (%) FGTS 0,00		30 Categoria do Trabalhador 01 - Empregado		
31 Código Sindical 000.021.150.01669-0	32 CNPJ e Nome da Entidade Sindical Laboral 51.100.477/0001-80 SINDICATO DOS EMPREGADOS EM ESTABELECIMENTO DE SERVIÇOS DE SAUDE DE JAU E REGIAO				

DISCRIMINAÇÃO DAS VERBAS RESCISÓRIAS

VERBAS RESCISÓRIAS					
Rubrica	Valor	Rubrica	Valor	Rubrica	Valor
50 Saldo de 29/dias Salário (líquido de 0/faltas e DSR)	R\$ 3.360,29	51 Comissões	R\$ 0,00	52 Gratificação	R\$ 0,00
53 Adic. de Insalubridade 20%	R\$ 212,67	54 Adic. de Periculosidade ___%	R\$ 0,00	55 Adic. Noturno 42,00 horas 20,00%	R\$ 132,73
56.1 Horas Extras ___ horas a ___%	R\$ 0,00	57 Gorjetas	R\$ 0,00	58 Descanso Semanal Remunerado (DSR)	R\$ 0,00
59 Reflexo do DSR sobre Salário Variável	R\$ 34,63	60 Multa Art. 477 § 8º/CLT	R\$ 0,00	61 Multa Art. 479/CLT	R\$ 0,00
62 Salário-Família	R\$ 0,00	63 13º Salário Proporcional 1/12 avos	R\$ 308,01	64.1 13º Salário-Exerc. ___ - ___/12 avos	R\$ 0,00
65 Férias Proporc 3/12 avos	R\$ 935,10	66.1 Férias Venc. Per. Aquis. / / / a / / /	R\$ 0,00	68 Terço Constituc. de Férias	R\$ 311,70
69 - Aviso-Prévio Indenizado ___/dias	R\$ 0,00	70 13º Salário (Aviso Prévio Indenizado)	R\$ 0,00	71 Férias (Aviso-Prévio Indenizado)	R\$ 0,00
		99 Ajuste de Saldo Devedor	R\$ 0,00	TOTAL BRUTO	R\$ 5.295,13

DEDUÇÕES					
Desconto	Valor	Desconto	Valor	Desconto	Valor
100 Pensão Alimentícia	R\$ 0,00	101 Adiantamento Salarial	R\$ 0,00	102 Adiantamento 13º Salário	R\$ 0,00
103 Aviso-Prévio Indenizado ___/dias	R\$ 0,00	104 Indenização Art. 480 CLT	R\$ 187,02	112.1 Previdência Social	R\$ 374,92
112.2 Prev. Social - 13º Salário	R\$ 23,10	114.1 IRRF	R\$ 150,01	114.2 IRRF sobre 13º Salário	R\$ 0,00
				TOTAL DEDUÇÕES	R\$ 735,05
				VALOR LÍQUIDO	R\$ 4.560,08

CONVÊNIO Nº 815/2016
 FONTE DE RECURSO ESTADUAL
 TERMO ADITIVO Nº 0001/2021
 SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
 UGE: 090196 - HOSPITAL MATERNIDADE
 LEONOR MENDES DE BARROS
 TIPO DESPESA: CUSTEIO

Assinatura
 05/02

Assinatura
 05/02

EMPREGADOR		01 CNPJ/CEI		02 Razão Social/Nome	
45.349.461/0004-55				ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL	
TRABALHADOR					
10 PIS/PASEP		11 Nome			
129.40035.85-9		ROSANGELA SANTOS DE OLIVEIRA			
17 CTPS (nº, série, UF)		18 CPF	19 Data de Nascimento	20 Nome da Mãe	
99771 - 00191 / SP		260.427.588-02	27/03/1976	ARMINDA SOUZA DOS SANTOS	
CONTRATO					
22 Causa do Afastamento					
Rescisão antecipada, pelo empregado, do contrato de trabalho por prazo determinado					
24 Data de Admissão	25 Data do Aviso Prévio	26 Data de Afastamento	27 Cod. Afastamento	29 Pensão Alim. (%) FGTS	
04/11/2020	29/01/2021	29/01/2021	RA1	0,00	
30 Categoria do Trabalhador					
01 - Empregado					
31 Código Sindical		32 CNPJ e Nome da Entidade Sindical Laboral			
000.021.150.01669-0		51.100.477/0001-80 SINDICATO DOS EMPREGADOS EM ESTABELECIMENTO DE SERVIÇOS DE SAÚDE DE JAU E REGIAO			

As partes assistidas no presente ato de rescisão contratual foram identificadas como legítimas conforme previsto na Instrução Normativa/SRT nº 15/2010.

Fica ressalvado o direito de o trabalhador pleitear judicialmente os direitos informados no campo 155, abaixo.

_____ de _____ de _____

150 Assinatura do Empregador ou Preposto
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

151 Assinatura do Trabalhador

152 Assinatura do Responsável Legal do Trabalhador

153 Carimbo e Assinatura do Assistente

154 Nome do Órgão Homologador

155 Ressalvas

J.P. 12/03/21
Até o momento não veio ajuizar rescisão!

Pub
COPIA Nº 10230-511

CONVÊNIO Nº 815/2016
FONTE DE RECURSO ESTADUAL
TERMO ADITIVO Nº 0001/2021
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
UGE. 090196 HOSPITAL MATERNIDADE
LEONOR MENDES DE BARROS
TIPO DESPESA: GUSTEIO

156 Informações a CAIXA

A ASSISTÊNCIA NO ATO DE RESCISÃO CONTRATUAL É GRATUITA.

Pode o trabalhador iniciar ação judicial quanto aos créditos resultantes das relações de trabalho até o limite de dois

RELAÇÃO GERAL DOS LÍQUIDOS

Código	Nome do empregado	CPF	Valor
Empregados			
3801	ADRIANA OLIVEIRA SANTOS MATOS	626.243.185-34	1.974,36
2989	ANA PAULA DE SOUZA	261.680.798-07	2.027,98
3751	CAMILA FERREIRA DE CARVALHO	334.335.018-40	4.063,34
2807	CATTIA ELAINE CALASTRO	262.554.738-30	3.237,12
3814	DENISE JEANETE RODRIGUES	471.496.158-64	2.097,12
3909	EDCLEIA BATISTA FERREIRA	276.879.918-18	2.092,38
2805	EFIGENIA DE FREITAS	190.766.888-85	1.908,54
3566	ELAINE CRISTINA OLIVEIRA DOS S/	216.525.618-62	2.021,67
2786	ELIANA SILVA MEIRA	027.482.335-73	2.056,64
3737	FERNANDA RAMOS DE CARVALHO	311.721.208-62	3.183,11
3752	FLAVIA DUARTE TEICHEIRA	022.550.773-02	2.019,10
2433	JUSCELIA CRISTINA GOMES	303.479.708-77	1.908,54
3556	KATIA ALVES DOS SANTOS	321.108.288-38	1.908,54
2216	LUCIANO LUCAS DE MELO	222.911.408-50	2.106,01
2358	MAGNA OGLEIDE DA SILVA ARAUJO	331.378.088-12	2.027,98
2112	MARINALVA MORETTI RODGERIO	126.131.358-59	1.908,54
2813	NAYARA FERNANDA SILVA DA COST	364.026.558-05	3.433,75
2109	PRISCILA DANIELLE VIGO DA SILVA	336.268.278-28	1.871,61
2047	QUELCILENE DE PAULA E SILVA	282.359.638-09	1.908,54
3812	RAPHAELLA MOREIRA VITALINO	495.021.848-40	2.095,22
2166	SANDRA RODRIGUES VIEIRA	176.372.948-62	2.138,92
2052	SUELI GOMES BARBOSA	174.438.938-17	143,43
4089	TALITA HELEN DE SOUZA SILVA	470.815.518-23	214,03
2773	VANESSA SOARES DOS SANTOS	319.254.548-86	3.548,13
Empregados: 24	Estagiários: 0	Contribuintes: 0	Total da Empresa: 51.894,60
(cinquenta e um mil oitocentos e noventa e quatro reais e sessenta centavos)			

SAO PAULO, 05/02/2021

Responsável: _____

CONVÊNIO Nº 815/2016
FONTE DE RECURSO ESTADUAL
TERMO ADITIVO Nº 0001/2021
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
UGE: 090196 - HOSPITAL MATERNIDADE
LEONOR MENDES DE BARROS
TIPO DESPESA: CUSTEIO

Empresa: 103 - ASSOCI HOSP BENEFIC DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0004-55
Cálculo: Folha Mensal
Competência: 01/2021

Página: 1/8
Emissão: 15/02/2021
Horas: 11:41:19

EXTRATO MENSAL

Empr.: 3801 ADRIANA OLIVEIRA SANTOS MATOS Situação: Trabalhando CPF: 626.243.185-34 PIS: 136.86253.77-0
Cargo: 71 TEC. ENFERMAGEM Vínculo: Celetista Adm: 20/10/2020 CTPS/Série: 044731/00413
CC: 6 Depto: 6 Filial: 1 Salário: 1.990,64

8781 DIAS NORMAIS	30,00	1.990,64 P	998 I.N.S.S.	8,39	191,64 D
854 REFLEXO ADIC. NOTURNO DSR	0,00	16,89 P	284 DESC VALE TRANSPORTE	6,00	119,44 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00 P			
25 ADICIONAL NOTURNO (INFOR)	32,00	57,91 P			

ND: 1 Proventos: 2.285,44 Descontos: 311,08 Informativa: 182,83 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.974,36
NF: 0 Base INSS: 2.285,44 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 2.285,44 Valor FGTS: 182,83 Base IRRF: 1.904,21

Empr.: 2989 ANA PAULA DE SOUZA Situação: Trabalhando CPF: 261.680.798-07 PIS: 125.47019.62-2
Cargo: 71 TEC. ENFERMAGEM Vínculo: Celetista prazo determinado Adm: 03/02/2020 CTPS/Série: 021317/152
CC: 6 Depto: 6 Filial: 1 Salário: 1.990,64

8781 DIAS NORMAIS	30,00	1.990,64 P	998 I.N.S.S.	8,26	182,66 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00 P			

ND: 2 Proventos: 2.210,64 Descontos: 182,66 Informativa: 176,85 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 2.027,98
NF: 0 Base INSS: 2.210,64 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 2.210,64 Valor FGTS: 176,85 Base IRRF: 1.648,80

Empr.: 3751 CAMILA FERREIRA DE CARVALHO Situação: Trabalhando CPF: 334.335.018-40 PIS: 206.42326.36-8
Cargo: 56 ENFERMEIRO (A) Vínculo: Celetista Adm: 24/09/2020 CTPS/Série: 34464/00258
CC: 6 Depto: 6 Filial: 1 Salário: 3.476,16

8781 DIAS NORMAIS	30,00	3.476,16 P	998 I.N.S.S.	10,10	385,54 D
19 DIFERENÇA DE SALARIOS	36,71	36,71 P	999 IMPOSTO DE RENDA	15,00	159,80 D
285 REEMB DE VALE TRANSPORTE	164,16	164,16 P			
316 VALE REFEIÇÃO	300,00	300,00 P			
329 VALE TRANSPORTE DO MÊS	328,32	328,32 P			
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00 P			
347 ADICIONAL DE SUPERVISÃO	83,33	83,33 P			

ND: 0 Proventos: 4.608,68 Descontos: 545,34 Informativa: 305,29 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 4.063,34
NF: 0 Base INSS: 3.816,20 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 3.816,20 Valor FGTS: 305,29 Base IRRF: 3.430,66

Empr.: 2807 CATIA ELAINE CALASTRO Situação: Trabalhando CPF: 262.554.738-30 PIS: 129.73613.81-9
Cargo: 56 ENFERMEIRO (A) Vínculo: Celetista Adm: 04/07/2019 CTPS/Série: 043754/00262
CC: 616 Depto: 600 Filial: 1 Salário: 3.476,16

8781 DIAS NORMAIS	30,00	3.476,16 P	998 I.N.S.S.	10,33	419,02 D
854 REFLEXO ADIC. NOTURNO DSR	0,00	81,11 P	999 IMPOSTO DE RENDA	15,00	190,65 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00 P	284 DESC VALE TRANSPORTE	6,00	208,57 D
25 ADICIONAL NOTURNO (INFOR)	88,00	278,09 P			

ND: 0 Proventos: 4.055,36 Descontos: 818,24 Informativa: 324,42 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 3.237,12
NF: 0 Base INSS: 4.055,36 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 4.055,36 Valor FGTS: 324,42 Base IRRF: 3.636,34

Empr.: 2335 CLAUDIA GONÇALVES ALBIM BARROS Situação: Doença CPF: 148.283.128-70 PIS: 124.88802.95-8
Cargo: 71 TEC. ENFERMAGEM Vínculo: Celetista Adm: 18/01/2018 CTPS/Série: 37405/00178
CC: 6 Depto: 6 Filial: 1 Salário: 1.990,64

8785 DIAS AFAST.INSS (P/DOENÇA)	30,00	1.990,64 P	8801 DESCONTO DIAS AFASTADOS	30,00	2.210,64 D
990 ESTOURO DO MES	0,00	13,74 P	991 ESTOURO MES ANTERIOR	13,74	13,74 D
8013 INSALUB 20% DOENÇA	20,00	220,00 P			

ND: 0 Proventos: 2.224,38 Descontos: 2.224,38 Informativa: 0 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 0,00
NF: 0 Base INSS: 0,00 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 0,00 Valor FGTS: 0,00 Base IRRF: 0,00

Novo afast. mesma doença: 13/06/2020 a 04/04/2021

CONVÊNIO Nº 815/2016
FUNDECO DE RECURSO ESTADUAL
TERMO ADITIVO Nº 0001/2021
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
UGE: 090196 - HOSPITAL MATERNIDADE
LEONOR MENDES DE BARROS
TIPO DESPESA: CUSTEIO

Empresa: 103 - ASSOCI HOSP BENEFIC DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0004-55
Cálculo: Folha Mensal
Competência: 01/2021

Página: 2/8
Emissão: 15/02/2021
Horas: 11:41:19

EXTRATO MENSAL

Empr.: 3814 DENISE JEANETE RODRIGUES Situação: Trabalhando CPF: 471.496.158-64 PIS: 209.73968.64-2
Cargo: 71 TEC. ENFERMAGEM Vínculo: Celetista Adm: 04/11/2020 CTPS/Série: 015791/00426
CC: 6 Depto: 6 Filial: 1 Salário: 1.990,64

8781 DIAS NORMAIS	30,00	1.990,64 P	998	I.N.S.S.	8,63	211,84 D
854 REFLEXO ADIC. NOTURNO DSR	0,00	54,89 P	999	IMPOSTO DE RENDA	7,50	25,34 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00 P	284	DESC VALE TRANSPORTE	6,00	119,44 D
25 ADICIONAL NOTURNO (INFOR)	104,00	188,21 P				

ND: 0 Proventos: 2.453,74 Descontos: 356,62 Informativa: 196,29 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 2.097,12
NF: 0 Base INSS: 2.453,74 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 2.453,74 Valor FGTS: 196,29 Base IRRF: 2.241,90

Empr.: 3909 EDCLEIA BATISTA FERREIRA Situação: Trabalhando CPF: 276.879.918-18 PIS: 119.57695.66-2
Cargo: 71 TEC. ENFERMAGEM Vínculo: Celetista Contrato Intermitente Adm: 23/12/2020 CTPS/Série: 2768799/1818
CC: 6 Depto: 6 Filial: 1 Salário: 9,05

9435 HORAS TRAB INTERMITENTE	145,10	1.313,16 P	825	INSS 13o SALARIO	7,50	10,60 D
9437 DSR HORISTA INTERMITENTE	0,00	383,01 P	998	I.N.S.S.	8,12	153,11 D
329 VALE TRANSPORTE DO MÊS	230,10	230,10 P				
9442 FERIAS PROPORC TRAB INTERMITE	1,00	141,35 P				
9443 1/3 FERIAS PROPORC TRAB INTERM	33,33	47,12 P				
9441 13 SALARIO TRAB INTERMITENTE	1,00	141,35 P				

ND: 0 Proventos: 2.256,09 Descontos: 163,71 Informativa: 162,07 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 2.092,38
NF: 0 Base INSS: 2.025,99 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 2.025,99 Valor FGTS: 162,07 Base IRRF: 1.862,28

Empr.: 2805 EFIGENIA DE FREITAS Situação: Trabalhando CPF: 190.766.888-85 PIS: 124.58220.91-8
Cargo: 71 TEC. ENFERMAGEM Vínculo: Celetista Adm: 01/07/2019 CTPS/Série: 67383/00284
CC: 6 Depto: 6 Filial: 1 Salário: 1.990,64

8781 DIAS NORMAIS	30,00	1.990,64 P	998	I.N.S.S.	8,26	182,66 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00 P	284	DESC VALE TRANSPORTE	6,00	119,44 D

ND: 0 Proventos: 2.210,64 Descontos: 302,10 Informativa: 176,85 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.908,54
NF: 0 Base INSS: 2.210,64 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 2.210,64 Valor FGTS: 176,85 Base IRRF: 2.027,98

Empr.: 3566 ELAINE CRISTINA OLIVEIRA DOS SANTOS Situação: Trabalhando CPF: 216.525.618-62 PIS: 129.28265.89-0
Cargo: 71 TEC. ENFERMAGEM Vínculo: Celetista Adm: 09/06/2020 CTPS/Série: 37710/170
CC: 6 Depto: 6 Filial: 1 Salário: 1.990,64

8781 DIAS NORMAIS	30,00	1.990,64 P	998	I.N.S.S.	8,47	198,09 D
854 REFLEXO ADIC. NOTURNO DSR	0,00	29,03 P	284	DESC VALE TRANSPORTE	6,00	119,44 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00 P				
25 ADICIONAL NOTURNO (INFOR)	55,00	99,53 P				

ND: 3 Proventos: 2.339,20 Descontos: 317,53 Informativa: 187,13 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 2.021,67
NF: 2 Base INSS: 2.339,20 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 2.339,20 Valor FGTS: 187,13 Base IRRF: 1.572,34

Empr.: 2786 ELIANA SILVA MEIRA Situação: Trabalhando CPF: 027.482.335-73 PIS: 160.20011.58-6
Cargo: 71 TEC. ENFERMAGEM Vínculo: Celetista Adm: 13/05/2019 CTPS/Série: 007630/00357
CC: 6 Depto: 6 Filial: 1 Salário: 1.990,64

8781 DIAS NORMAIS	30,00	1.990,64 P	998	I.N.S.S.	8,53	202,86 D
854 REFLEXO ADIC. NOTURNO DSR	0,00	38,00 P	284	DESC VALE TRANSPORTE	6,00	119,44 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00 P				
25 ADICIONAL NOTURNO (INFOR)	72,00	130,30 P				

ND: 1 Proventos: 2.378,94 Descontos: 322,30 Informativa: 190,31 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 2.056,64
NF: 1 Base INSS: 2.378,94 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 2.378,94 Valor FGTS: 190,31 Base IRRF: 1.986,49

CONVÊNIO Nº 815/2016
FONTE DE RECURSO ESTADUAL
TERMO ADITIVO Nº 0001/2021
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
UGE: 090196 - HOSPITAL MATERNIDADE
LEONOR MENDES DE BARROS
TIPO DESPESA: CUSTEIO

Empresa: 103 - ASSOCI HOSP BENEFIC DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0004-55
Cálculo: Folha Mensal
Competência: 01/2021

Página: 3/8
Emissão: 15/02/2021
Horas: 11:41:19

EXTRATO MENSAL

Empr.: 3737 FERNANDA RAMOS DE CARVALHO Situação: Trabalhando CPF: 311.721.208-62 PIS: 133.76733.93-6
Cargo: 56 ENFERMEIRO (A) Vínculo: Celetista Adm: 10/09/2020 CTPS/Série: 39807/00187
CC: 6 Depto: 600 Filial: 1 Salário: 3.476,16

8781 DIAS NORMAIS	30,00	3.476,16 P	998	I.N.S.S.	9,98	368,74 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00 P	999	IMPOSTO DE RENDA	15,00	144,31 D

ND: 0 Proventos: 3.696,16 Descontos: 513,05 Informativa: 295,69 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 3.183,11
NF: 0 Base INSS: 3.696,16 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 3.696,16 Valor FGTS: 295,69 Base IRRF: 3.327,42

Empr.: 3752 FLAVIA DUARTE TEICHEIRA Situação: Trabalhando CPF: 022.550.773-02 PIS: 160.00576.23-5
Cargo: 71 TEC. ENFERMAGEM Vínculo: Celetista Adm: 28/09/2020 CTPS/Série: 066402/00056
CC: 6 Depto: 6 Filial: 1 Salário: 1.990,64

8781 DIAS NORMAIS	30,00	1.990,64 P	998	I.N.S.S.	8,50	200,34 D
854 REFLEXO ADIC. NOTURNO DSR	0,00	33,25 P	999	IMPOSTO DE RENDA	7,50	19,02 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00 P	284	DESC VALE TRANSPORTE	6,00	119,44 D
25 ADICIONAL NOTURNO (INFOR)	63,00	114,01 P				

ND: 0 Proventos: 2.357,90 Descontos: 338,80 Informativa: 188,63 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 2.019,10
NF: 0 Base INSS: 2.357,90 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 2.357,90 Valor FGTS: 188,63 Base IRRF: 2.157,56

Empr.: 2433 JUSCELIA CRISTINA GOMES Situação: Doença CPF: 303.479.708-77 PIS: 210.69056.70-9
Cargo: 71 TEC. ENFERMAGEM Vínculo: Celetista Adm: 30/05/2018 CTPS/Série: 064608/213
CC: 6 Depto: 6 Filial: 1 Salário: 1.990,64

8785 DIAS AFAST.INSS (P/DOENÇA)	30,00	1.990,64 P	8801	DESCONTO DIAS AFASTADOS	30,00	2.210,64 D
8013 INSALUB 20% DOENÇA	20,00	220,00 P				

ND: 0 Proventos: 2.210,64 Descontos: 2.210,64 Informativa: 0 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 0,00
NF: 0 Base INSS: 0,00 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 0,00 Valor FGTS: 0,00 Base IRRF: 0,00
Novo afast. mesma doença: 03/07/2020 a 31/01/2021

Empr.: 3556 KATIA ALVES DOS SANTOS Situação: Trabalhando CPF: 321.108.288-38 PIS: 203.91813.86-7
Cargo: 71 TEC. ENFERMAGEM Vínculo: Celetista Adm: 02/06/2020 CTPS/Série: 39197/284
CC: 6 Depto: 6 Filial: 1 Salário: 1.990,64

8781 DIAS NORMAIS	30,00	1.990,64 P	998	I.N.S.S.	8,26	182,66 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00 P	284	DESC VALE TRANSPORTE	6,00	119,44 D

ND: 3 Proventos: 2.210,64 Descontos: 302,10 Informativa: 176,85 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.908,54
NF: 1 Base INSS: 2.210,64 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 2.210,64 Valor FGTS: 176,85 Base IRRF: 1.459,21

Empr.: 2216 LUCIANO LUCAS DE MELO Situação: Trabalhando CPF: 222.911.408-50 PIS: 129.35723.85-8
Cargo: 71 TEC. ENFERMAGEM Vínculo: Celetista Adm: 17/11/2017 CTPS/Série: 15358/213
CC: 6 Depto: 6 Filial: 1 Salário: 1.990,64

8781 DIAS NORMAIS	30,00	1.990,64 P	998	I.N.S.S.	8,61	209,59 D
854 REFLEXO ADIC. NOTURNO DSR	0,00	50,67 P	284	DESC VALE TRANSPORTE	6,00	119,44 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00 P				
25 ADICIONAL NOTURNO (INFOR)	96,00	173,73 P				

ND: 1 Proventos: 2.435,04 Descontos: 329,03 Informativa: 194,80 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 2.106,01
NF: 1 Base INSS: 2.435,04 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 2.435,04 Valor FGTS: 194,80 Base IRRF: 2.035,86

CONVÊNIO Nº 815/2016
FONTE DE RECURSO ESTADUAL
TERMO ADITIVO Nº 0001/2021
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
UGE: 090196 - HOSPITAL MATERNIDADE
LEONOR MENDES DE BARROS
TIPO DESPESA: CUSTEIO

Empresa: 103 - ASSOCI HOSP BENEFIC DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0004-55
Cálculo: Folha Mensal
Competência: 01/2021

Página: 4/8
Emissão: 15/02/2021
Horas: 11:41:19

EXTRATO MENSAL

Empr.: 2358 MAGNA OGLEIDE DA SILVA ARAUJO Situação: Licença maternidade CPF: 331.378.088-12 PIS: 139.14841.93-0
Cargo: 71 TEC. ENFERMAGEM Vínculo: Celetista Adm: 16/02/2018 CTPS/Série: 87370/0291
CC: 6 Depto: 6 Filial: 1 Salário: 1.990,64

8784 SALARIO MATERNIDADE DIAS	30,00	1.990,64 P	998	I.N.S.S.	8,26	182,66 D
8011 INSALUB 20% LIC.MATERN	20,00	220,00 P				

ND: 1 Proventos: 2.210,64 Descontos: 182,66 Informativa: 176,85 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 2.027,98
NF: 1 Base INSS: 2.210,64 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 2.210,64 Valor FGTS: 176,85 Base IRRF: 1.838,39
Licença maternidade: 14/12/2020 a 12/04/2021

Empr.: 3023 MARILUCE MEDEIROS HERCULANO DE LIMA Situação: Trabalhando CPF: 227.143.698-20 PIS: 164.36495.40-2
Cargo: 71 TEC. ENFERMAGEM Vínculo: Celetista Adm: 02/04/2020 CTPS/Série: 039492/00265
CC: 6 Depto: 6 Filial: 1 Salário: 1.990,64

8781 DIAS NORMAIS	30,00	1.990,64 P	991	ESTOURO MES ANTERIOR	234,24	234,24 D
990 ESTOURO DO MES	0,00	300,59 P	8792	DIAS FALTAS	31,00	2.056,99 D

ND: 1 Proventos: 2.291,23 Descontos: 2.291,23 Informativa: 0 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 0,00
NF: 0 Base INSS: 0,00 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 0,00 Valor FGTS: 0,00 Base IRRF: 0,00

Empr.: 2112 MARINALVA MORETTI RODGERIO Situação: Trabalhando CPF: 126.131.358-59 PIS: 122.13221.40-7
Cargo: 71 TEC. ENFERMAGEM Vínculo: Celetista Adm: 11/04/2017 CTPS/Série: 33574/66
CC: 6 Depto: 6 Filial: 1 Salário: 1.990,64

8781 DIAS NORMAIS	30,00	1.990,64 P	998	I.N.S.S.	8,26	182,66 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00 P	284	DESC VALE TRANSPORTE	6,00	119,44 D

ND: 0 Proventos: 2.210,64 Descontos: 302,10 Informativa: 176,85 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.908,54
NF: 0 Base INSS: 2.210,64 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 2.210,64 Valor FGTS: 176,85 Base IRRF: 2.027,98

Empr.: 2064 MURILO MESSIAS DOS SANTOS Situação: Trabalhando CPF: 136.081.248-29 PIS: 124.42227.71-3
Cargo: 71 TEC. ENFERMAGEM Vínculo: Celetista Adm: 02/11/2016 CTPS/Série: 068461/00157
CC: 6 Depto: 6 Filial: 1 Salário: 1.990,64

8781 DIAS NORMAIS	30,00	1.990,64 P	991	ESTOURO MES ANTERIOR	16.955,67	16.955,67 D
990 ESTOURO DO MES	0,00	17.022,02 P	8792	DIAS FALTAS	31,00	2.056,99 D

ND: 3 Proventos: 19.012,66 Descontos: 19.012,66 Informativa: 0 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 0,00
NF: 1 Base INSS: 0,00 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 0,00 Valor FGTS: 0,00 Base IRRF: 0,00

Empr.: 2813 NAYARA FERNANDA SILVA DA COSTA Situação: Trabalhando CPF: 364.026.558-05 PIS: 267.18175.60-7
Cargo: 56 ENFERMEIRO (A) Vínculo: Celetista Adm: 11/07/2019 CTPS/Série: 93722/00331
CC: 616 Depto: 600 Filial: 1 Salário: 3.476,16

8781 DIAS NORMAIS	30,00	3.476,16 P	998	I.N.S.S.	10,32	416,74 D
854 REFLEXO ADIC. NOTURNO DSR	0,00	77,42 P	999	IMPOSTO DE RENDA	15,00	188,54 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00 P				
25 ADICIONAL NOTURNO (INFOR)	84,00	265,45 P				

ND: 0 Proventos: 4.039,03 Descontos: 605,28 Informativa: 323,12 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 3.433,75
NF: 0 Base INSS: 4.039,03 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 4.039,03 Valor FGTS: 323,12 Base IRRF: 3.622,29

CONVÊNIO Nº 815/2016
FONTE DE RECURSO ESTADUAL
TERMO ADITIVO Nº 0001/2021
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
UGE: 090196 - HOSPITAL MATERNIDADE
LEONOR MENDES DE BARROS
TIPO DESPESA: CUSTEIO

Empresa: 103 - ASSOCI HOSP BENEFIC DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0004-55
Cálculo: Folha Mensal
Competência: 01/2021

Página: 5/8
Emissão: 15/02/2021
Horas: 11:41:19

EXTRATO MENSAL

Empr.: 2109 PRISCILA DANIELLE VIGO DA SILVA Situação: Trabalhando CPF: 336.268.278-28 PIS: 138.70676.89-1
Cargo: 56 ENFERMEIRO (A) Vínculo: Celetista Adm: 22/02/2017 CTPS/Série: 21714/00309
CC: 6 Depto: 6 Filial: 1 Salário: 3.476,68

8781 DIAS NORMAIS	9,00	1.043,00 P	937 ADIANTAMENTO DE FERIAS	0,00	3.263,81 D
341 AJUDA DE CUSTO	600,00	600,00 P	812 INSS FERIAS	11,58	473,05 D
8112 DIFERENCA DE 1/3 DE FERIAS	2,91	2,91 P	821 INSS DIFERENCA FERIAS	0,00	37,68 D
8190 DIFERENCA MEDIA VALOR FERIAS	1,03	1,03 P	998 I.N.S.S.	7,84	111,35 D
8192 DIFERENCA ADICIONAL FERIAS	7,70	7,70 P	942 IRRF FERIAS	27,50	348,23 D
805 MEDIA VALOR FERIAS	466,67	466,67 P			
806 MEDIA HORAS FERIAS	17,17	17,17 P			
807 VANTAGENS FERIAS	146,30	146,30 P			
931 1/3 DAS FERIAS	33,33	1.021,27 P			
8783 DIAS FERIAS	21,00	2.433,68 P			
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	66,00 P			
27 ADICIONAL RT	1.000,00	300,00 P			

ND: 1 Proventos: 6.105,73 Descontos: 4.234,12 Informativa: 440,45 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.871,61
NF: 1 Base INSS: 5.505,73 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 5.505,73 Valor FGTS: 440,45 Base IRRF: 1.070,38
FERIAS DE 11/01/2021 - 09/02/2021

Empr.: 2047 QUELCILENE DE PAULA E SILVA Situação: Trabalhando CPF: 282.359.638-09 PIS: 126.93690.77-5
Cargo: 71 TEC. ENFERMAGEM Vínculo: Celetista Adm: 05/10/2016 CTPS/Série: 52925/199
CC: 6 Depto: 6 Filial: 1 Salário: 1.990,64

8781 DIAS NORMAIS	30,00	1.990,64 P	998 I.N.S.S.	8,26	182,66 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00 P	284 DESC VALE TRANSPORTE	6,00	119,44 D

ND: 1 Proventos: 2.210,64 Descontos: 302,10 Informativa: 176,85 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.908,54
NF: 1 Base INSS: 2.210,64 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 2.210,64 Valor FGTS: 176,85 Base IRRF: 1.838,39

Empr.: 3812 RAPHAELLA MOREIRA VITALINO Situação: Trabalhando CPF: 495.021.848-40 PIS: 238.25230.23-2
Cargo: 71 TEC. ENFERMAGEM Vínculo: Celetista Adm: 04/11/2020 CTPS/Série: 049500/442
CC: 6 Depto: 6 Filial: 1 Salário: 1.990,64

8781 DIAS NORMAIS	30,00	1.990,64 P	998 I.N.S.S.	8,63	211,56 D
854 REFLEXO ADIC. NOTURNO DSR	0,00	54,37 P	999 IMPOSTO DE RENDA	7,50	25,19 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00 P	284 DESC VALE TRANSPORTE	6,00	119,44 D
25 ADICIONAL NOTURNO (INFOR)	103,00	186,40 P			

ND: 0 Proventos: 2.451,41 Descontos: 356,19 Informativa: 196,11 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 2.095,22
NF: 0 Base INSS: 2.451,41 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 2.451,41 Valor FGTS: 196,11 Base IRRF: 2.239,85

Empr.: 3813 ROSANGELA SANTOS DE OLIVEIRA Situação: Demitido CPF: 260.427.588-02 PIS: 129.40035.85-9
Cargo: 56 ENFERMEIRO (A) Vínculo: Celetista Adm: 04/11/2020 CTPS/Série: 99771/00191
CC: 616 Depto: 600 Filial: 1 Salário: 3.476,16

9180 SALDO DE SALARIO DIAS	29,00	3.360,29 P	51 LIQUIDO RESCISAO	0,00	4.560,08 D
854 REFLEXO ADIC. NOTURNO DSR	0,00	34,63 P	842 MULTA ESTABILIDADE Art. 480/CLT	3,00	187,02 D
8550 13 SALARIO INTEGRAL RESCISAO1	1,00	289,68 P	826 INSS SOBRE RESCISAO	10,02	374,92 D
8553 VANTAGENS 13o RESCISAO	1,00	18,33 P	989 INSS 13 SAL.RESCISAO	7,50	23,10 D
29 FERIAS PROPORCIONAIS	3,00	869,04 P	828 IRRF SOBRE RESCISAO	15,00	150,01 D
815 MEDIA HR FER PROPORCIONAL	3,00	11,06 P			
817 VANTAGEM FER PROPORCIONAL	3,00	55,00 P			
8169 1/3 FERIAS PROPORCIONAIS RESCI	33,33	311,70 P			
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	212,67 P			
25 ADICIONAL NOTURNO (INFOR)	42,00	132,73 P			

ND: 0 Proventos: 5.295,13 Descontos: 5.295,13 Informativa: 323,86 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 0,00
NF: 0 Base INSS: 4.048,33 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 4.048,33 Valor FGTS: 323,86 Base IRRF: 3.650,31

DEMITIDO EM 29/01/2021 - MOTIVO 11-Rescisão contrato experiência antecipado pelo empregado

CONVÊNIO Nº 815/2016
FUNDEPREV - FONTE DE RECURSO ESTADUAL
TERMO ADITIVO Nº 0001/2021
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
LGE: 090196 - HOSPITAL MATERNIDADE
LEONOR MENDES DE BARROS
TIPO DESPESA: CUSTEIO

Empresa: 103 - ASSOCI HOSP BENEFIC DO BRASIL
 CNPJ: 45.349.461/0004-55
 Cálculo: Folha Mensal
 Competência: 01/2021

Página: 6/8
 Emissão: 15/02/2021
 Horas: 11:41:19

EXTRATO MENSAL

Empr.: 2166 SANDRA RODRIGUES VIEIRA Situação: Trabalhando CPF: 176.372.948-62 PIS: 123.59654.80-4
 Cargo: 71 TEC. ENFERMAGEM Vínculo: Celetista Adm: 06/09/2017 CTPS/Série: 31673/00161
 CC: 6 Depto: 6 Filial: 1 Salário: 1.990,64

8781 DIAS NORMAIS	30,00	1.990,64 P	998	I.N.S.S.	8,66	214,08 D
854 REFLEXO ADIC. NOTURNO DSR	0,00	59,12 P	284	DESC VALE TRANSPORTE	6,00	119,44 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00 P				
25 ADICIONAL NOTURNO (INFOR)	112,00	202,68 P				

ND: 3 Proventos: 2.472,44 Descontos: 333,52 Informativa: 197,79 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 2.138,92
 NF: 0 Base INSS: 2.472,44 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 2.472,44 Valor FGTS: 197,79 Base IRRF: 1.689,59

Empr.: 2052 SUELI GOMES BARBOSA Situação: Trabalhando CPF: 174.438.938-17 PIS: 166.12349.50-7
 Cargo: 71 TEC. ENFERMAGEM Vínculo: Celetista Adm: 10/10/2016 CTPS/Série: 05723/00143
 CC: 6 Depto: 6 Filial: 1 Salário: 1.990,64

8781 DIAS NORMAIS	2,00	132,71 P	937	ADIANTAMENTO DE FERIAS	0,00	2.621,69 D
8112 DIFERENCA DE 1/3 DE FERIAS	3,42	3,42 P	812	INSS FERIAS	9,52	280,02 D
8192 DIFERENCA ADICIONAL FERIAS	10,26	10,26 P	998	I.N.S.S.	7,50	12,07 D
806 MEDIA HORAS FERIAS	153,12	153,12 P	942	IRRF FERIAS	7,50	39,78 D
807 VANTAGENS FERIAS	195,07	195,07 P	284	DESC VALE TRANSPORTE	6,00	7,96 D
931 1/3 DAS FERIAS	33,33	735,37 P				
8783 DIAS FERIAS	28,00	1.857,93 P				
836 INSS DIF FER DESC A MAIOR	0,00	2,40 P				
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	14,67 P				

ND: 2 Proventos: 3.104,95 Descontos: 2.961,52 Informativa: 248,19 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 143,43
 NF: 0 Base INSS: 3.102,55 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 3.102,55 Valor FGTS: 248,19 Base IRRF: 0,00

FERIAS DE 04/01/2021 - 02/02/2021

Empr.: 4089 TALITA HELEN DE SOUZA SILVA Situação: Trabalhando CPF: 470.815.518-23 PIS: 204.28731.85-0
 Cargo: 56 ENFERMEIRO (A) Vínculo: Celetista Adm: 29/01/2021 CTPS/Série: 069271/00403
 CC: 6 Depto: 6 Filial: 1 Salário: 3.476,16

8781 DIAS NORMAIS	2,00	231,74 P	998	I.N.S.S.	7,50	18,48 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	14,67 P	284	DESC VALE TRANSPORTE	6,00	13,90 D

ND: 0 Proventos: 246,41 Descontos: 32,38 Informativa: 19,71 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 214,03
 NF: 0 Base INSS: 246,41 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 246,41 Valor FGTS: 19,71 Base IRRF: 227,93

Empr.: 2773 VANESSA SOARES DOS SANTOS Situação: Trabalhando CPF: 319.254.548-86 PIS: 134.02808.93-4
 Cargo: 56 ENFERMEIRO (A) Vínculo: Celetista Adm: 06/05/2019 CTPS/Série: 63778/00241
 CC: 616 Depto: 600 Filial: 1 Salário: 3.476,16

8781 DIAS NORMAIS	30,00	3.476,16 P	998	I.N.S.S.	10,46	438,74 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00 P	999	IMPOSTO DE RENDA	22,50	209,29 D
27 ADICIONAL RT	500,00	500,00 P				

ND: 0 Proventos: 4.196,16 Descontos: 648,03 Informativa: 335,69 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 3.548,13
 NF: 0 Base INSS: 4.196,16 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 4.196,16 Valor FGTS: 335,69 Base IRRF: 3.757,42

Total Geral Proventos: 95.780,56 Total Geral Descontos: 45.794,50
 Líquido Geral: 49.986,06

CONVÊNIO Nº 815/2016
 FONTE DE RECURSO ESTADUAL
 TERMO ADITIVO Nº 0001/2021
 SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
 UGE: 090196 - HOSPITAL MATERNIDADE
 LEONOR MENDES DE BARROS
 TIPO DESPESA: CUSTEIO

EXTRATO MENSAL

Resumo por Rubrica

16 INSALUBRIDADE 20%	440,00	4.268,01 P	51 LIQUIDO RESCISAO	0,00	4.560,08 D
19 DIFERENCA DE SALARIOS	36,71	36,71 P	284 DESC VALE TRANSPORTE	90,00	1.663,71 D
25 ADICIONAL NOTURNO (INFOR)	851,00	1.829,04 P	812 INSS FERIAS	21,10	753,07 D
27 ADICIONAL RT	1.500,00	800,00 P	821 INSS DIFERENCA FERIAS	0,00	37,68 D
29 FERIAS PROPORCIONAIS	3,00	869,04 P	825 INSS 13o SALARIO	7,50	10,60 D
285 REEMB DE VALE TRANSPORTE	164,16	164,16 P	826 INSS SOBRE RESCISAO	10,02	374,92 D
316 VALE REFEIÇÃO	300,00	300,00 P	828 IRRF SOBRE RESCISAO	15,00	150,01 D
329 VALE TRANSPORTE DO MÊS	558,42	558,42 P	842 MULTA ESTABILIDADE Art. 480/CLT	3,00	187,02 D
341 AJUDA DE CUSTO	600,00	600,00 P	937 ADIANTAMENTO DE FERIAS	0,00	5.885,50 D
347 ADICIONAL DE SUPERVISÃO	83,33	83,33 P	942 IRRF FERIAS	35,00	388,01 D
805 MEDIA VALOR FERIAS	466,67	466,67 P	989 INSS 13 SAL.RESCISAO	7,50	23,10 D
806 MEDIA HORAS FERIAS	170,29	170,29 P	991 ESTOURO MES ANTERIOR	17.203,65	17.203,65 D
807 VANTAGENS FERIAS	341,37	341,37 P	998 I.N.S.S.	200,13	5.059,75 D
815 MEDIA HR FER PROPORCIONAL	3,00	11,06 P	999 IMPOSTO DE RENDA	105,00	962,14 D
817 VANTAGEM FER PROPORCIONAL	3,00	55,00 P	8792 DIAS FALTAS	62,00	4.113,98 D
836 INSS DIF FER DESC A MAIOR	0,00	2,40 P	8801 DESCONTO DIAS AFASTADOS	60,00	4.421,28 D
854 REFLEXO ADIC. NOTURNO DSR	0,00	529,38 P			
931 1/3 DAS FERIAS	66,66	1.756,64 P			
990 ESTOURO DO MES	0,00	17.336,35 P			
8011 INSALUB 20% LIC.MATERN	20,00	220,00 P			
8013 INSALUB 20% DOENCA	40,00	440,00 P			
8112 DIFERENCA DE 1/3 DE FERIAS	6,33	6,33 P			
8169 1/3 FERIAS PROPORCIONAIS RESCI	33,33	311,70 P			
8190 DIFERENCA MEDIA VALOR FERIAS	1,03	1,03 P			
8192 DIFERENCA ADICIONAL FERIAS	17,96	17,96 P			
8550 13 SALARIO INTEGRAL RESCISAO1	1,00	289,68 P			
8553 VANTAGENS 13o RESCISAO	1,00	18,33 P			
8781 DIAS NORMAIS	613,00	48.647,85 P			
8783 DIAS FERIAS	49,00	4.291,61 P			
8784 SALARIO MATERNIDADE DIAS	30,00	1.990,64 P			
8785 DIAS AFAST.INSS (P/DOENCA)	60,00	3.981,28 P			
9180 SALDO DE SALARIO DIAS	29,00	3.360,29 P			
9435 HORAS TRAB INTERMITENTE	145,10	1.313,16 P			
9437 DSR HORISTA INTERMITENTE	0,00	383,01 P			
9441 13 SALARIO TRAB INTERMITENTE	1,00	141,35 P			
9442 FERIAS PROPORC TRAB INTERMITE	1,00	141,35 P			
9443 1/3 FERIAS PROPORC TRAB INTERM	33,33	47,12 P			

Líquido Geral: 49.986,06

Empresa: 103 - ASSOCI HOSP BENEFIC DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0004-55
Cálculo: Folha Mensal
Competência: 01/2021

Página: 8/8
Emissão: 15/02/2021
Horas: 11:41:19

EXTRATO MENSAL

Situações

Número de empregados:	28	Salário contribuição empregados:	67.169,87	Base IRRF Mensal:	50.463,75
Numero de estagiários:	0	Salário contribuição contribuintes:	0,00	Valor IRRF Mensal:	1.112,15
Trabalhando:	24	Excedente:	0,00	Base IRRF Férias:	5.812,22
Afastado direitos integrais:	0	Base total:	67.169,87	Valor IRRF Férias:	388,01
Afastado acidente de trabalho:	0	Segurados:	6.256,72	Base IRRF Partic. Lucros:	0,00
Afastado serviço militar:	0	Empresa:	0,00	Valor IRRF Partic. Lucros:	0,00
Salário maternidade:	1	RAT:	0,00	Base IRRF Exterior:	0,00
Salário maternidade INSS:	0	Contribuintes:	0,00	Valor IRRF Exterior:	0,00
Doença:	2	Sub-Total:	6.256,72	Base IRRF 13º Salário:	415,66
Doença Profissional:	0	Retenções:	0,00	Valor IRRF 13º Salário:	0,00
Licença sem vencimento:	0	(-) Salário família/maternidade:	2.210,64	Valor Total do IRRF:	1.500,16
Demitido:	1	Compensações:	0,00	IRRF Aluguéis:	0,00
Transferido:	0	Valores pagos a Cooperativas:	0,00	IRRF contribuintes:	0,00
Férias:	0	Outras Compensações:	0,00	Base do FGTS:	67.169,87
Mandato sindical:	0	Total:	4.046,08	Valor do FGTS:	5.373,48
Aposentadoria:	0	Terceiros:	0,00	Base do FGTS Aprendiz:	0,00
Partic. curso/programa de qualificação:	0	Total INSS:	4.046,08	Valor do FGTS Aprendiz:	0,00
Ausência justificada:	0			Base FGTS - GRRF:	0,00
Outros motivos de afastamento:	0			FGTS - GRRF:	0,00
Admissões:	1			Base FGTS mes ant. - GRRF:	0,00
Número de contribuintes:	0			FGTS mes ant. - GRRF:	0,00
				Base PIS:	0,00
				Valor PIS:	0,00
				Base ISS:	0,00
				Valor ISS:	0,00

Líquido Geral: 49.986,06

CONVÊNIO Nº 815/2016
FONTE DE RECURSO ESTADUAL
TERMO ADITIVO Nº 0001/2021
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
UGE: 090196 - HOSPITAL MATERNIDADE
LEONOR MENDES DE BARROS
TIPO DESPESA: CUSTEIO

05/02/2021 - BANCO DO BRASIL - 16:21:47
700407004 SEGUNDA VIA 0002
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN
AGENCIA: 7004-1 CONTA: 7.004.195-4
=====

DATA DA TRANSFERENCIA	05/02/2021
NR. DOCUMENTO	550.636.000.094.327
VALOR TOTAL	3.183,11

***** TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: FERNANDA RAMOS CARVALHO
AGENCIA: 0636-X CONTA: 94.327-4
NR. DOCUMENTO 557.004.007.004.195
=====

NR.AUTENTICACAO	3.545.700.8E1.E98.991
-----------------	-----------------------

CONVÊNIO Nº 815/2016
FONTE DE RECURSO ESTADUAL
TERMO ADITIVO Nº 0001/2021
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
UGE: 090196 - HOSPITAL MATERNIDADE
LEONOR MENDES DE BARROS
TIPO DESPESA: CUSTEIO

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
 CNPJ: 45.349.461/0004-55

CC: UTI LEONOR
 Mensalista

Folha Mensal
 Janeiro de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
3737	FERNANDA RAMOS DE CARVALHO ENFERMEIRO (A)	223505	600	1
		Admissão:	10/09/2020	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	3.476,16		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00		
998	I.N.S.S.	9,98		368,74	
999	IMPOSTO DE RENDA	15,00		144,31	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			3.696,16	513,05	
BANCO DO BRASIL 1 conta: 94327-4			Valor Líquido →	3.183,11	
Agência: 0636 - X					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
3.476,16	3.696,16	3.696,16	295,69	3.327,42	15,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
 CNPJ: 45.349.461/0004-55

CC: UTI LEONOR
 Mensalista

Folha Mensal
 Janeiro de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
3737	FERNANDA RAMOS DE CARVALHO ENFERMEIRO (A)	223505	600	1
		Admissão:	10/09/2020	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	3.476,16		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00		
998	I.N.S.S.	9,98		368,74	
999	IMPOSTO DE RENDA	15,00		144,31	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			3.696,16	513,05	
BANCO DO BRASIL 1 conta: 94327-4			Valor Líquido →	3.183,11	
Agência: 0636 - X					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
3.476,16	3.696,16	3.696,16	295,69	3.327,42	15,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

CONVÊNIO Nº 815/2016
 FONTE DE RECURSO ESTADUAL
 TERMO ADITIVO Nº 0001/2021
 SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
 UGE: 090196 - HOSPITAL MATERNIDADE
 LEONOR MENDES DE BARROS
 TIPO DESPESA: CUSTEIO

05/02/2021 - BANCO DO BRASIL - 16:21:47
700407004 SEGUNDA VIA 0001
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN
AGENCIA: 7004-1 CONTA: 7.004.195-4
=====

DATA DA TRANSFERENCIA	05/02/2021
NR. DOCUMENTO	551.819.000.061.003
VALOR TOTAL	2.021,67

***** TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: ELAINE C O SANTOS
AGENCIA: 1819-8 CONTA: 61.003-8
NR. DOCUMENTO 557.004.007.004.195
=====

NR.AUTENTICACAO	B.BB9.7A9.F91.67A.220
-----------------	-----------------------

CONVÊNIO Nº 815/2016
FONTE DE RECURSO ESTADUAL
TERMO ADITIVO Nº 0001/2021
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
UGE: 090196 - HOSPITAL MATERNIDADE
LEONOR MENDES DE BARROS
TIPO DESPESA: CUSTEIO

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
 CNPJ: 45.349.461/0004-55

CC: UTI LEONOR
 Mensalista

Folha Mensal
 Janeiro de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
3566	ELAINE CRISTINA OLIVEIRA DOS SANTOS TEC. ENFERMAGEM	322205	6	1
		Admissão:	09/06/2020	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.990,64		
854	REFLEXO ADIC. NOTURNO DSR	0,00	29,03		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00		
25	ADICIONAL NOTURNO (INFOR)	55,00	99,53		
998	I.N.S.S.	8,47		198,09	
284	DESC VALE TRANSPORTE	6,00		119,44	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			2.339,20	317,53	
			Valor Líquido →	2.021,67	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.990,64	2.339,20	2.339,20	187,13	1.572,34	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
 CNPJ: 45.349.461/0004-55

CC: UTI LEONOR
 Mensalista

Folha Mensal
 Janeiro de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
3566	ELAINE CRISTINA OLIVEIRA DOS SANTOS TEC. ENFERMAGEM	322205	6	1
		Admissão:	09/06/2020	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.990,64		
854	REFLEXO ADIC. NOTURNO DSR	0,00	29,03		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00		
25	ADICIONAL NOTURNO (INFOR)	55,00	99,53		
998	I.N.S.S.	8,47		198,09	
284	DESC VALE TRANSPORTE	6,00		119,44	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			2.339,20	317,53	
			Valor Líquido →	2.021,67	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.990,64	2.339,20	2.339,20	187,13	1.572,34	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

CONVÊNIO Nº 815/2016
 FONTE DE RECURSO ESTADUAL
 TERMO ADITIVO Nº 0001/2021
 SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
 UGE: 090196 - HOSPITAL MATERNIDADE
 LEONOR MENDES DE BARROS
 TIPO DESPESA: CUSTEIO

05/02/2021 - BANCO DO BRASIL - 16:21:47
700407004 SEGUNDA VIA 0002
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE PARA POUPANCA

CLIENTE: ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN
AGENCIA: 7004-1 CONTA: 7.004.195-4

=====

DATA DA TRANSFERENCIA	05/02/2021
NR. DOCUMENTO	173.386.510.010.811
VALOR TOTAL	2.138,92

***** TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: SANDRA RODRIGUES VIEIRA
AGENCIA: 3386-3 CONTA: 510.010.811-4
VARIACAO DA POUPANCA 51
NR. DOCUMENTO 177.004.007.004.195

=====

NR.AUTENTICACAO	D.D86.A6D.700.3D3.603
-----------------	-----------------------

Creditos a partir de 04 05 2012 estao
disciplinados pela Lei 12.703.

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0004-55

CC: UTI LEONOR
MensalistaFolha Mensal
Janeiro de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2166	SANDRA RODRIGUES VIEIRA TEC. ENFERMAGEM	322205	6	1
		Admissão:	06/09/2017	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.990,64		
854	REFLEXO ADIC. NOTURNO DSR	0,00	59,12		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00		
25	ADICIONAL NOTURNO (INFOR)	112,00	202,68		
998	I.N.S.S.	8,66		214,08	
284	DESC VALE TRANSPORTE	6,00		119,44	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			2.472,44	333,52	
Banco do Brasil 1 conta corrente: 10811-1			Valor Líquido →	2.138,92	
Agência: 3386 - 3					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	FG.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.990,64	2.472,44	2.472,44	197,79	1.689,59	0,00

*** PARABÉNS PELO SEU ANIVERSÁRIO NO DIA 14 DE FEVEREIRO ***

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0004-55

CC: UTI LEONOR
MensalistaFolha Mensal
Janeiro de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2166	SANDRA RODRIGUES VIEIRA TEC. ENFERMAGEM	322205	6	1
		Admissão:	06/09/2017	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.990,64		
854	REFLEXO ADIC. NOTURNO DSR	0,00	59,12		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00		
25	ADICIONAL NOTURNO (INFOR)	112,00	202,68		
998	I.N.S.S.	8,66		214,08	
284	DESC VALE TRANSPORTE	6,00		119,44	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			2.472,44	333,52	
Banco do Brasil 1 conta corrente: 10811-1			Valor Líquido →	2.138,92	
Agência: 3386 - 3					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	FG.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.990,64	2.472,44	2.472,44	197,79	1.689,59	0,00

*** PARABÉNS PELO SEU ANIVERSÁRIO NO DIA 14 DE FEVEREIRO ***

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

CONVÊNIO Nº 815/2016
 FONTE DE RECURSO ESTADUAL
 TERMO ADITIVO Nº 0001/2021
 SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
 UGE: 090196 - HOSPITAL MATERNIDADE
 LEONOR MENDES DE BARROS
 TIPO DESPESA: CUSTEIO

05/02/2021 - BANCO DO BRASIL - 16:21:47
700407004 SEGUNDA VIA 0001
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN
AGENCIA: 7004-1 CONTA: 7.004.195-4

=====

DATA DA TRANSFERENCIA	05/02/2021
NR. DOCUMENTO	554.298.000.012.791
VALOR TOTAL	3.237,12

***** TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: CATIA ELAINE CALASTRO
AGENCIA: 4298-6 CONTA: 12.791-4
NR. DOCUMENTO 557.004.007.004.195
=====

NR.AUTENTICACAO	2.7BC.A26.93E.550.0A6
-----------------	-----------------------

CONVÊNIO Nº 815/2016
FONTE DE RECURSO ESTADUAL
TERMO ADITIVO Nº 0001/2021
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
UGE: 090196 - HOSPITAL MATERNIDADE
LEONOR MENDES DE BARROS
TIPO DESPESA: CUSTEIO

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
 CNPJ: 45.349.461/0004-55

CC: ENFERMARIA
 Mensalista

Folha Mensal
 Janeiro de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2807	CATIA ELAINE CALASTRO ENFERMEIRO (A)	223505	600	1
		Admissão:	04/07/2019	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	3.476,16		
854	REFLEXO ADIC. NOTURNO DSR	0,00	81,11		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00		
25	ADICIONAL NOTURNO (INFOR)	88,00	278,09		
998	I.N.S.S.	10,33		419,02	
999	IMPOSTO DE RENDA	15,00		190,65	
284	DESC VALE TRANSPORTE	6,00		208,57	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			4.055,36	818,24	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 12791-4			Valor Líquido →	3.237,12	
Agência: 4298 - 6					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	FG.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
3.476,16	4.055,36	4.055,36	324,42	3.636,34	15,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
 CNPJ: 45.349.461/0004-55

CC: ENFERMARIA
 Mensalista

Folha Mensal
 Janeiro de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2807	CATIA ELAINE CALASTRO ENFERMEIRO (A)	223505	600	1
		Admissão:	04/07/2019	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	3.476,16		
854	REFLEXO ADIC. NOTURNO DSR	0,00	81,11		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00		
25	ADICIONAL NOTURNO (INFOR)	88,00	278,09		
998	I.N.S.S.	10,33		419,02	
999	IMPOSTO DE RENDA	15,00		190,65	
284	DESC VALE TRANSPORTE	6,00		208,57	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			4.055,36	818,24	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 12791-4			Valor Líquido →	3.237,12	
Agência: 4298 - 6					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	FG.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
3.476,16	4.055,36	4.055,36	324,42	3.636,34	15,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

CONVÊNIO Nº 815/2016
 FONTE DE RECURSO ESTADUAL
 TERMO ADITIVO Nº 0001/2021
 SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
 UGE: 090196 - HOSPITAL MATERNIDADE
 LEONOR MENDES DE BARROS
 TIPO DESPESA: CUSTEIO

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
26/02/2021 - AUTOATENDIMENTO - 16.30.56
7004107004 SEGUNDA VIA 0002

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

AGENCIA: 7004-1 CONTA: 7.004.195-4

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA

REMETENTE : ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

BANCO: 341 - ITAU UNIBANCO S.A.

AGENCIA: 6644-3 - SP/BAIRRO IGUATEMI

CONTA: 35.792-0

FAVORECIDO: ADRIANA OLIVEIRA SANTOS MATOS

CPF/CNPJ: 626.243.185-34

VALOR: R\$ 1.974,36

DEBITO EM: 05/02/2021

=====

DOCUMENTO: 020501

AUTENTICACAO SISBB: 5.6FE.D24.209.100.513

CONVÊNIO Nº 815/2016
FONTE DE RECURSO ESTADUAL
TERMO ADITIVO Nº 0001/2021
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
UGE: 090196 - HOSPITAL MATERNIDADE
LEONOR MENDES DE BARROS
TIPO DESPESA: CUSTEIO

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
 CNPJ: 45.349.461/0004-55 CC: UTI LEONOR Mensalista
 Folha Mensal Janeiro de 2021

Código Nome do Funcionário CBO Departamento Filial
 3801 ADRIANA OLIVEIRA SANTOS MATOS 322205 6 1
 TEC. ENFERMAGEM Admissão: 20/10/2020

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.990,64		
854	REFLEJO ADIC. NOTURNO DSR	0,00	16,89		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00		
25	ADICIONAL NOTURNO (INFOR)	32,00	57,91		
998	I.N.S.S.	8,39		191,64	
284	DESC VALE TRANSPORTE	6,00		119,44	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			2.285,44	311,08	
			Valor Líquido →	1.974,36	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.990,64	2.285,44	2.285,44	182,83	1.904,21	7,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
 CNPJ: 45.349.461/0004-55 CC: UTI LEONOR Mensalista
 Folha Mensal Janeiro de 2021

Código Nome do Funcionário CBO Departamento Filial
 3801 ADRIANA OLIVEIRA SANTOS MATOS 322205 6 1
 TEC. ENFERMAGEM Admissão: 20/10/2020

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.990,64		
854	REFLEJO ADIC. NOTURNO DSR	0,00	16,89		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00		
25	ADICIONAL NOTURNO (INFOR)	32,00	57,91		
998	I.N.S.S.	8,39		191,64	
284	DESC VALE TRANSPORTE	6,00		119,44	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			2.285,44	311,08	
			Valor Líquido →	1.974,36	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.990,64	2.285,44	2.285,44	182,83	1.904,21	7,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

CONVÊNIO Nº 815/2016
 FONTE DE RECURSO ESTADUAL
 TERMO ADITIVO Nº 0001/2021
 SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
 UGE: 090196 - HOSPITAL MATERNIDADE
 LEONOR MENDES DE BARROS
 TIPO DESPESA: CUSTEIO

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
26/02/2021 - AUTOATENDIMENTO - 16.30.57
7004107004 SEGUNDA VIA 0005

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN
AGENCIA: 7004-1 CONTA: 7.004.195-4

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN
BANCO: 104 - CAIXA ECONOMICA FEDERAL
AGENCIA: 4094-0 - CURUCA
CONTA: 1.709-6

FAVORECIDO: ANA PAULA DE SOUZA
CPF/CNPJ: 261.680.798-07
VALOR: R\$ 2.027,98
DEBITO EM: 05/02/2021

=====

DOCUMENTO: 020502
AUTENTICACAO SISBB: 0.822.BF9.ED8.120.EC6

CONVÊNIO Nº 815/2016
FONTE DE RECURSO ESTADUAL
TERMO ADITIVO Nº 0001/2021
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
UGE: 090196 - HOSPITAL MATERNIDADE
LEONOR MENDES DE BARROS
TIPO DESPESA: CUSTEIO

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
 CNPJ: 45.349.461/0004-55

CC: UTI LEONOR
 Mensalista

Folha Mensal
 Janeiro de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2989	ANA PAULA DE SOUZA TEC. ENFERMAGEM	322205	6	1
		Admissão:	03/02/2020	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.990,64		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00		
998	I.N.S.S.	8,26		182,66	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			2.210,64	182,66	
			Valor Líquido →	2.027,98	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.990,64	2.210,64	2.210,64	176,85	1.648,80	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
 CNPJ: 45.349.461/0004-55

CC: UTI LEONOR
 Mensalista

Folha Mensal
 Janeiro de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2989	ANA PAULA DE SOUZA TEC. ENFERMAGEM	322205	6	1
		Admissão:	03/02/2020	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.990,64		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00		
998	I.N.S.S.	8,26		182,66	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			2.210,64	182,66	
			Valor Líquido →	2.027,98	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.990,64	2.210,64	2.210,64	176,85	1.648,80	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

CONVÊNIO Nº 815/2016
 FONTE DE RECURSO ESTADUAL
 TERMO ADITIVO Nº 0001/2021
 SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
 UGE: 090196 - HOSPITAL MATERNIDADE
 LEONOR MENDES DE BARROS
 TIPO DESPESA: CUSTEIO

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
26/02/2021 - AUTOATENDIMENTO - 16.30.57
7004107004 SEGUNDA VIA 0003

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

AGENCIA: 7004-1 CONTA: 7.004.195-4

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA

REMETENTE : ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

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

AGENCIA: 3371-5 - SP-PAES DE BARROS

CONTA: 1.094.936-2

FAVORECIDO: CAMILA FERREIRA DE CARVALHO

CPF/CNPJ: 334.335.018-40

VALOR: R\$ 4.063,34

DEBITO EM: 05/02/2021

=====

DOCUMENTO: 020503

AUTENTICACAO SISBB: A.541.C5C.ADC.6A8.129

CONVÊNIO Nº 815/2016
FONTE DE RECURSO ESTADUAL
TERMO ADITIVO Nº 0001/2021
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
UNIDADE: 090196 - HOSPITAL MATERNIDADE
LEONOR MENDES DE BARROS
TIPO DESPESA: CUSTEIO

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
 CNPJ: 45.349.461/0004-55

CC: UTI LEONOR
 Mensalista

Folha Mensal
 Janeiro de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
3751	CAMILA FERREIRA DE CARVALHO ENFERMEIRO (A)	223505	6	1
		Admissão:	24/09/2020	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	3.476,16		
19	DIFERENCA DE SALARIOS	36,71	36,71		
285	REEMB DE VALE TRANSPORTE	164,16	164,16		
316	VALE REFEIÇÃO	300,00	300,00		
329	VALE TRANSPORTE DO MÊS	328,32	328,32		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00		
347	ADICIONAL DE SUPERVISÃO	83,33	83,33		
998	I.N.S.S.	10,10		385,54	
999	IMPOSTO DE RENDA	15,00		159,80	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			4.608,68	545,34	
			Valor Líquido →	4.063,34	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálcl. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálcl. IRRF	Faixa IRRF
3.476,16	3.816,20	3.816,20	305,29	3.430,66	15,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
 CNPJ: 45.349.461/0004-55

CC: UTI LEONOR
 Mensalista

Folha Mensal
 Janeiro de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
3751	CAMILA FERREIRA DE CARVALHO ENFERMEIRO (A)	223505	6	1
		Admissão:	24/09/2020	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	3.476,16		
19	DIFERENCA DE SALARIOS	36,71	36,71		
285	REEMB DE VALE TRANSPORTE	164,16	164,16		
316	VALE REFEIÇÃO	300,00	300,00		
329	VALE TRANSPORTE DO MÊS	328,32	328,32		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00		
347	ADICIONAL DE SUPERVISÃO	83,33	83,33		
998	I.N.S.S.	10,10		385,54	
999	IMPOSTO DE RENDA	15,00		159,80	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			4.608,68	545,34	
			Valor Líquido →	4.063,34	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálcl. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálcl. IRRF	Faixa IRRF
3.476,16	3.816,20	3.816,20	305,29	3.430,66	15,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

CONVÊNIO Nº 815/2016
 FONTE DE RECURSO ESTADUAL
 TERMO ADITIVO Nº 0001/2021
 SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
 UGE: 090196 - HOSPITAL MATERNIDADE
 LEONOR MENDES DE BARROS
 TIPO DESPESA: CUSTEIO

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
26/02/2021 - AUTOATENDIMENTO - 16.30.57
7004107004 SEGUNDA VIA 0003

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

AGENCIA: 7004-1 CONTA: 7.004.195-4

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA

REMETENTE : ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

BANCO: 104 - CAIXA ECONOMICA FEDERAL

AGENCIA: 0244-5 - CASA VERDE

CONTA: 26.781-2

FAVORECIDO: DENISE JEANETE RODRIGUES

CPF/CNPJ: 471.496.158-64

VALOR: R\$ 2.097,12

DEBITO EM: 05/02/2021

=====

DOCUMENTO: 020504

AUTENTICACAO SISBB: D.2DF.748.0E3.87E.3E8

CONVÊNIO Nº 815/2016
FONTE DE RECURSO ESTADUAL
TERMO ADITIVO Nº 0001/2021
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
UGE: 080196 - HOSPITAL MATERNIDADE
LEONOR MENDES DE BARROS
TIPO DESPESA: CUSTEIO

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0004-55

CC: UTI LEONOR
Mensalista

Folha Mensal
Janeiro de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
3814	DENISE JEANETE RODRIGUES TEC. ENFERMAGEM	322205	6	1

Admissão: 04/11/2020

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.990,64		
854	REFLEJO ADIC. NOTURNO DSR	0,00	54,89		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00		
25	ADICIONAL NOTURNO (INFOR)	104,00	188,21		
998	I.N.S.S.	8,63		211,84	
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		25,34	
284	DESC VALE TRANSPORTE	6,00		119,44	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			2.453,74	356,62	
BANCO DO BRASIL 1 conta: 90209-8			Valor Líquido →	2.097,12	
Agência: 0295 - X					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.990,64	2.453,74	2.453,74	196,29	2.241,90	7,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0004-55

CC: UTI LEONOR
Mensalista

Folha Mensal
Janeiro de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
3814	DENISE JEANETE RODRIGUES TEC. ENFERMAGEM	322205	6	1

Admissão: 04/11/2020

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.990,64		
854	REFLEJO ADIC. NOTURNO DSR	0,00	54,89		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00		
25	ADICIONAL NOTURNO (INFOR)	104,00	188,21		
998	I.N.S.S.	8,63		211,84	
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		25,34	
284	DESC VALE TRANSPORTE	6,00		119,44	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			2.453,74	356,62	
BANCO DO BRASIL 1 conta: 90209-8			Valor Líquido →	2.097,12	
Agência: 0295 - X					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.990,64	2.453,74	2.453,74	196,29	2.241,90	7,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

CONVÊNIO Nº 815/2016
FONTE DE RECURSO ESTADUAL
TERMO ADITIVO Nº 0001/2021
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
UGE: 090196 - HOSPITAL MATERNIDADE
LEONOR MENDES DE BARROS
TIPO DESPESA: CUSTEIO

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
26/02/2021 - AUTOATENDIMENTO - 16.30.57
7004107004 SEGUNDA VIA 0004

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

AGENCIA: 7004-1 CONTA: 7.004.195-4

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA

REMETENTE : ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

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

AGENCIA: 0236-4 - NOVA PAULISTA

CONTA: 1.023.071-3

FAVORECIDO: EDCLEIA BATISTA FERREIRA

CPF/CNPJ: 276.879.918-18

VALOR: R\$ 2.092,38

DEBITO EM: 05/02/2021

DOCUMENTO: 020505

AUTENTICACAO SISBB: 3.C8D.C1E.5BC.8D8.689

CONVÊNIO Nº 815/2016
FONTE DE RECURSO ESTADUAL
TERMO ADITIVO Nº 0001/2021
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
UGE: 090196 - HOSPITAL MATERNIDADE
LEONOR MENDES DE BARROS
TIPO DESPESA: CUSTEIO

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
 CNPJ: 45.349.461/0004-55

CC: UTI LEONOR
 Horista

Folha Mensal
 Janeiro de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
3909	EDCLEIA BATISTA FERREIRA TEC. ENFERMAGEM	322205	6	1
		Admissão:	23/12/2020	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
9435	HORAS TRAB INTERMITENTE	145,10	1.313,16		
9437	DSR HORISTA INTERMITENTE	0,00	383,01		
329	VALE TRANSPORTE DO MÊS	230,10	230,10		
9442	FERIAS PROPORC TRAB INTERMITENTE	1,00	141,35		
9443	1/3 FERIAS PROPORC TRAB INTERMITENTE	33,33	47,12		
9441	13 SALARIO TRAB INTERMITENTE	1,00	141,35		
825	INSS 13o SALARIO	7,50		10,60	
998	I.N.S.S.	8,12		153,11	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			2.256,09	163,71	
			Valor Líquido →	2.092,38	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálcl. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálcl. IRRF	Faixa IRRF
9,05	2.025,99	2.025,99	162,07	1.862,28	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
 CNPJ: 45.349.461/0004-55

CC: UTI LEONOR
 Horista

Folha Mensal
 Janeiro de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
3909	EDCLEIA BATISTA FERREIRA TEC. ENFERMAGEM	322205	6	1
		Admissão:	23/12/2020	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
9435	HORAS TRAB INTERMITENTE	145,10	1.313,16		
9437	DSR HORISTA INTERMITENTE	0,00	383,01		
329	VALE TRANSPORTE DO MÊS	230,10	230,10		
9442	FERIAS PROPORC TRAB INTERMITENTE	1,00	141,35		
9443	1/3 FERIAS PROPORC TRAB INTERMITENTE	33,33	47,12		
9441	13 SALARIO TRAB INTERMITENTE	1,00	141,35		
825	INSS 13o SALARIO	7,50		10,60	
998	I.N.S.S.	8,12		153,11	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			2.256,09	163,71	
			Valor Líquido →	2.092,38	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálcl. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálcl. IRRF	Faixa IRRF
9,05	2.025,99	2.025,99	162,07	1.862,28	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

CONVÊNIO Nº 815/2016
 FONTE DE RECURSO ESTADUAL
 TERMO ADITIVO Nº 0001/2021
 SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
 UGE: 090196 - HOSPITAL MATERNIDADE
 LEONOR MENDES DE BARROS
 TIPO DESPESA: CUSTEIO

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
26/02/2021 - AUTOATENDIMENTO - 16.30.57
7004107004 SEGUNDA VIA 0004

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

AGENCIA: 7004-1 CONTA: 7.004.195-4

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA

REMETENTE : ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

BANCO: 237 - BANCO BRADESCO S.A.

AGENCIA: 0101-5 - ITAQUERA-URB.SP

CONTA: 8.686.464-9

FAVORECIDO: EFIGENIA DE FREITAS

CPF/CNPJ: 190.766.888-85

VALOR: R\$ 1.908,54

DEBITO EM: 05/02/2021

=====

DOCUMENTO: 020506

AUTENTICACAO SISBB: 3.89D.FEF.E8C.71D.CBE

CONVÊNIO Nº 815/2016
FONTE DE RECURSO ESTADUAL
TERMO ADITIVO Nº 0001/2021
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
UGE: 090196 - HOSPITAL MATERNIDADE
LEONOR MENDES DE BARROS
TIPO DESPESA: CUSTEIO

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
 CNPJ: 45.349.461/0004-55 CC: UTI LEONOR Mensalista
 Folha Mensal Janeiro de 2021

Código Nome do Funcionário CBO Departamento Filial
 2805 EFIGENIA DE FREITAS 322205 6 1
 TEC. ENFERMAGEM Admissão: 01/07/2019

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.990,64		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00		
998	I.N.S.S.	8,26		182,66	
284	DESC VALE TRANSPORTE	6,00		119,44	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			2.210,64	302,10	
BANCO DO BRASIL 1 conta salário: 87848-X			Valor Líquido →	1.908,54	
Agência: 0295 - X					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.990,64	2.210,64	2.210,64	176,85	2.027,98	7,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
 CNPJ: 45.349.461/0004-55 CC: UTI LEONOR Mensalista
 Folha Mensal Janeiro de 2021

Código Nome do Funcionário CBO Departamento Filial
 2805 EFIGENIA DE FREITAS 322205 6 1
 TEC. ENFERMAGEM Admissão: 01/07/2019

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.990,64		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00		
998	I.N.S.S.	8,26		182,66	
284	DESC VALE TRANSPORTE	6,00		119,44	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			2.210,64	302,10	
BANCO DO BRASIL 1 conta salário: 87848-X			Valor Líquido →	1.908,54	
Agência: 0295 - X					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.990,64	2.210,64	2.210,64	176,85	2.027,98	7,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

CONVÊNIO Nº 815/2016
 FONTE DE RECURSO ESTADUAL
 TERMO ADITIVO Nº 0001/2021
 SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
 UGE: 090196 - HOSPITAL MATERNIDADE
 LEONOR MENDES DE BARROS
 TIPO DESPESA: CUSTEIO

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
26/02/2021 - AUTOATENDIMENTO - 16.30.57
7004107004 SEGUNDA VIA 0002

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

AGENCIA: 7004-1 CONTA: 7.004.195-4

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA

REMETENTE : ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

BANCO: 237 - BANCO BRADESCO S.A.

AGENCIA: 2302-7 - CID.A.E.CARVALHO-USP

CONTA: 1.010.131-0

FAVORECIDO: ELIANA SILVA MEIRA

CPF/CNPJ: 027.482.335-73

VALOR: R\$ 2.056,64

DEBITO EM: 05/02/2021

=====

DOCUMENTO: 020507

AUTENTICACAO SISBB: 4.A33.821.6D1.C5D.791

CONVÊNIO Nº 815/2016
FONTE DE RECURSO ESTADUAL
TERMO ADITIVO Nº 0001/2021
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
UGE: 090196 - HOSPITAL MATERNIDADE
LEONOR MENDES DE BARROS
TIPO DESPESA: CUSTEIO

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
 CNPJ: 45.349.461/0004-55 CC: UTI LEONOR Mensalista
 Folha Mensal Janeiro de 2021

Código Nome do Funcionário CBO Departamento Filial
 2786 ELIANA SILVA MEIRA 322205 6 1
 TEC. ENFERMAGEM Admissão: 13/05/2019

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.990,64	
854	REFLEXO ADIC. NOTURNO DSR	0,00	38,00	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00	
25	ADICIONAL NOTURNO (INFOR)	72,00	130,30	
998	I.N.S.S.	8,53		202,86
284	DESC VALE TRANSPORTE	6,00		119,44

BANCO DO BRASIL 1
 conta salário: 87469-8 Agência: 0295 - X

Total de Vencimentos			Total de Descontos		
2.378,94			322,30		
Valor Líquido →			2.056,64		

Salário Base Sal. Contr. INSS Base Cál. FGTS F.G.T.S do Mês Base Cál. IRRF Faixa IRRF
 1.990,64 2.378,94 2.378,94 190,31 1.986,49 7,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

 Assinatura do Funcionário

 Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
 CNPJ: 45.349.461/0004-55 CC: UTI LEONOR Mensalista
 Folha Mensal Janeiro de 2021

Código Nome do Funcionário CBO Departamento Filial
 2786 ELIANA SILVA MEIRA 322205 6 1
 TEC. ENFERMAGEM Admissão: 13/05/2019

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.990,64	
854	REFLEXO ADIC. NOTURNO DSR	0,00	38,00	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00	
25	ADICIONAL NOTURNO (INFOR)	72,00	130,30	
998	I.N.S.S.	8,53		202,86
284	DESC VALE TRANSPORTE	6,00		119,44

BANCO DO BRASIL 1
 conta salário: 87469-8 Agência: 0295 - X

Total de Vencimentos			Total de Descontos		
2.378,94			322,30		
Valor Líquido →			2.056,64		

Salário Base Sal. Contr. INSS Base Cál. FGTS F.G.T.S do Mês Base Cál. IRRF Faixa IRRF
 1.990,64 2.378,94 2.378,94 190,31 1.986,49 7,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

 Assinatura do Funcionário

 Data

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
26/02/2021 - AUTOATENDIMENTO - 16.30.57
7004107004 SEGUNDA VIA 0003

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

AGENCIA: 7004-1 CONTA: 7.004.195-4

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA

REMETENTE : ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

BANCO: 077 - BANCO INTER S.A.

AGENCIA: 0001-9 - MATRIZ

CONTA: 6.494.745-9

FAVORECIDO: FLAVIA DUARTE TEICHEIRA

CPF/CNPJ: 022.550.773-02

VALOR: R\$ 2.019,10

DEBITO EM: 05/02/2021

=====

DOCUMENTO: 020508

AUTENTICACAO SISBB: 6.981.99A.4CF.BEF.CF5

CONVÊNIO Nº 815/2016
FONTE DE RECURSO ESTADUAL
TERMO ADITIVO Nº 0001/2021
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
UGE: 090196 - HOSPITAL MATERNIDADE
LEONOR MENDES DE BARROS
TIPO DESPESA: CUSTEIO

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0004-55

CC: UTI LEONOR
MensalistaFolha Mensal
Janeiro de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
3752	FLAVIA DUARTE TEICHEIRA TEC. ENFERMAGEM	322205	6	1
		Admissão:	28/09/2020	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.990,64		
854	REFLEXO ADIC. NOTURNO DSR	0,00	33,25		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00		
25	ADICIONAL NOTURNO (INFOR)	63,00	114,01		
998	I.N.S.S.	8,50		200,34	
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		19,02	
284	DESC VALE TRANSPORTE	6,00		119,44	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			2.357,90	338,80	
			Valor Líquido →	2.019,10	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.990,64	2.357,90	2.357,90	188,63	2.157,56	7,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0004-55

CC: UTI LEONOR
MensalistaFolha Mensal
Janeiro de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
3752	FLAVIA DUARTE TEICHEIRA TEC. ENFERMAGEM	322205	6	1
		Admissão:	28/09/2020	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.990,64		
854	REFLEXO ADIC. NOTURNO DSR	0,00	33,25		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00		
25	ADICIONAL NOTURNO (INFOR)	63,00	114,01		
998	I.N.S.S.	8,50		200,34	
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		19,02	
284	DESC VALE TRANSPORTE	6,00		119,44	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			2.357,90	338,80	
			Valor Líquido →	2.019,10	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.990,64	2.357,90	2.357,90	188,63	2.157,56	7,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

CONVÊNIO Nº 815/2016
 FONTE DE RECURSO ESTADUAL
 TERMO ADITIVO Nº 0001/2021
 SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
 UGE: 090196 - HOSPITAL MATERNIDADE
 LEONOR MENDES DE BARROS
 TIPO DESPESA: CUSTEIO

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
26/02/2021 - AUTOATENDIMENTO - 16.30.57
7004107004 SEGUNDA VIA 0003

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

AGENCIA: 7004-1 CONTA: 7.004.195-4

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA

REMETENTE : ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

BANCO: 237 - BANCO BRADESCO S.A.

AGENCIA: 0113-9 - S.MIGUEL PTA-USP

CONTA: 1.047.297-0

FAVORECIDO: KATIA ALVES DOS SANTOS

CPF/CNPJ: 321.108.288-38

VALOR: R\$ 1.908,54

DEBITO EM: 05/02/2021

=====

DOCUMENTO: 020509

AUTENTICACAO SISBB: 1.A6B.D4E.8C6.94D.FD5

CONVÊNIO Nº 815/2016
FONTE DE RECURSO ESTADUAL
TERMO ADITIVO Nº 0001/2021
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
UGE: 090196 - HOSPITAL MATERNIDADE
LEONOR MENDES DE BARROS
TIPO DESPESA: CUSTEIO

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
 CNPJ: 45.349.461/0004-55

CC: UTI LEONOR
 Mensalista

Folha Mensal
 Janeiro de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
3556	KATIA ALVES DOS SANTOS TEC. ENFERMAGEM	322205	6	1
		Admissão:	02/06/2020	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.990,64		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00		
998	I.N.S.S.	8,26		182,66	
284	DESC VALE TRANSPORTE	6,00		119,44	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			2.210,64	302,10	
			Valor Líquido →	1.908,54	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.990,64	2.210,64	2.210,64	176,85	1.459,21	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
 CNPJ: 45.349.461/0004-55

CC: UTI LEONOR
 Mensalista

Folha Mensal
 Janeiro de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
3556	KATIA ALVES DOS SANTOS TEC. ENFERMAGEM	322205	6	1
		Admissão:	02/06/2020	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.990,64		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00		
998	I.N.S.S.	8,26		182,66	
284	DESC VALE TRANSPORTE	6,00		119,44	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			2.210,64	302,10	
			Valor Líquido →	1.908,54	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.990,64	2.210,64	2.210,64	176,85	1.459,21	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

CONVÊNIO Nº 815/2016
 FONTE DE RECURSO ESTADUAL
 TERMO ADITIVO Nº 0001/2021
 SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
 UGE: 090198 - HOSPITAL MATERNIDADE
 LEONOR MENDES DE BARROS
 TIPO DESPESA: CUSTEIO

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
26/02/2021 - AUTOATENDIMENTO - 16.30.57
7004107004 SEGUNDA VIA 0004

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

AGENCIA: 7004-1 CONTA: 7.004.195-4

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA

REMETENTE : ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

BANCO: 104 - CAIXA ECONOMICA FEDERAL

AGENCIA: 4634-5 - VILA JACUI

CONTA: 2.877-0

FAVORECIDO: LUCIANO LUCAS DE MELO

CPF/CNPJ: 222.911.408-50

VALOR: R\$ 2.106,01

DEBITO EM: 05/02/2021

=====

DOCUMENTO: 020510

AUTENTICACAO SISBB: 2.C94.5DB.A8F.929.DBA

CONVÊNIO Nº 815/2016
FONTE DE RECURSO ESTADUAL
TERMO ADITIVO Nº 0001/2021
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
UNIDADE: 090196 - HOSPITAL MATERNIDADE
LEONOR MENDES DE BARROS
TIPO DESPESA: CUSTEIO

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0004-55

CC: UTI LEONOR
Mensalista

Folha Mensal
Janeiro de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2216	LUCIANO LUCAS DE MELO TEC. ENFERMAGEM	322205	6	1
		Admissão:	17/11/2017	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.990,64		
854	REFLEXO ADIC. NOTURNO DSR	0,00	50,67		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00		
25	ADICIONAL NOTURNO (INFOR)	96,00	173,73		
998	I.N.S.S.	8,61		209,59	
284	DESC VALE TRANSPORTE	6,00		119,44	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			2.435,04	329,03	
BANCO DO BRASIL 1 conta salário: 86569-9			Valor Líquido →	2.106,01	
Agência: 0295 - X					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.990,64	2.435,04	2.435,04	194,80	2.035,86	7,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0004-55

CC: UTI LEONOR
Mensalista

Folha Mensal
Janeiro de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2216	LUCIANO LUCAS DE MELO TEC. ENFERMAGEM	322205	6	1
		Admissão:	17/11/2017	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.990,64		
854	REFLEXO ADIC. NOTURNO DSR	0,00	50,67		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00		
25	ADICIONAL NOTURNO (INFOR)	96,00	173,73		
998	I.N.S.S.	8,61		209,59	
284	DESC VALE TRANSPORTE	6,00		119,44	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			2.435,04	329,03	
BANCO DO BRASIL 1 conta salário: 86569-9			Valor Líquido →	2.106,01	
Agência: 0295 - X					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.990,64	2.435,04	2.435,04	194,80	2.035,86	7,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

CONVÊNIO Nº 815/2016
FONTE DE RECURSO ESTADUAL
TERMO ADITIVO Nº 0001/2021
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
UGE: 090196 - HOSPITAL MATERNIDADE
LEONOR MENDES DE BARROS
TIPO DESPESA: CUSTEIO

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
26/02/2021 - AUTOATENDIMENTO - 16.30.58
7004107004 SEGUNDA VIA 0003

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

AGENCIA: 7004-1 CONTA: 7.004.195-4

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA

REMETENTE : ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

BANCO: 237 - BANCO BRADESCO S.A.

AGENCIA: 2749-9 - JARDIM TREMEMBE-USP

CONTA: 1.004.484-7

FAVORECIDO: MAGNA OGLEIDE DA SILVA ARAUJO

CPF/CNPJ: 331.378.088-12

VALOR: R\$ 2.027,98

DEBITO EM: 05/02/2021

=====

DOCUMENTO: 020511

AUTENTICACAO SISBB: 1.17E.73F.FBD.ED7.FCC

CONVÊNIO Nº 815/2016
FONTE DE RECURSO ESTADUAL
TERMO ADITIVO Nº 0001/2021
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
UGE: 090196 - HOSPITAL MATERNIDADE
LEONOR MENDES DE BARROS
TIPO DESPESA: CUSTEIO

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
 CNPJ: 45.349.461/0004-55 CC: UTI LEONOR Mensalista
 Folha Mensal Janeiro de 2021

Código Nome do Funcionário CBO Departamento Filial
 2358 MAGNA OGLEIDE DA SILVA ARAUJO 322205 6 1
 TEC. ENFERMAGEM Admissão: 16/02/2018

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8784	SALARIO MATERNIDADE DIAS	30,00	1.990,64	
8011	INSALUB 20% LIC.MATERN	20,00	220,00	
998	I.N.S.S.	8,26		182,66

BANCO DO BRASIL 1 conta salário: 86567-2			Agência: 0295 - X	Total de Vencimentos 2.210,64	Total de Descontos 182,66
			Valor Líquido →	2.027,98	

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.990,64	2.210,64	2.210,64	176,85	1.838,39	0,00

*** PARABÉNS PELO SEU ANIVERSÁRIO NO DIA 22 DE FEVEREIRO ***

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
 CNPJ: 45.349.461/0004-55 CC: UTI LEONOR Mensalista
 Folha Mensal Janeiro de 2021

Código Nome do Funcionário CBO Departamento Filial
 2358 MAGNA OGLEIDE DA SILVA ARAUJO 322205 6 1
 TEC. ENFERMAGEM Admissão: 16/02/2018

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8784	SALARIO MATERNIDADE DIAS	30,00	1.990,64	
8011	INSALUB 20% LIC.MATERN	20,00	220,00	
998	I.N.S.S.	8,26		182,66

BANCO DO BRASIL 1 conta salário: 86567-2			Agência: 0295 - X	Total de Vencimentos 2.210,64	Total de Descontos 182,66
			Valor Líquido →	2.027,98	

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.990,64	2.210,64	2.210,64	176,85	1.838,39	0,00

*** PARABÉNS PELO SEU ANIVERSÁRIO NO DIA 22 DE FEVEREIRO ***

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

CONVÊNIO Nº 815/2016
 FONTE DE RECURSO ESTADUAL
 TERMO ADITIVO Nº 0001/2021
 SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
 UGE: 090196 - HOSPITAL MATERNIDADE
 LEONOR MENDES DE BARROS
 TIPO DESPESA: CUSTEIO

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
26/02/2021 - AUTOATENDIMENTO - 16.30.58
7004107004 SEGUNDA VIA 0002

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN
AGENCIA: 7004-1 CONTA: 7.004.195-4

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN
BANCO: 237 - BANCO BRADESCO S.A.
AGENCIA: 2505-4 - V.GRANADA-URB.SP
CONTA: 1.006.242-0

FAVORECIDO: MARINALVA MORETTI RODGERIO
CPF/CNPJ: 126.131.358-59
VALOR: R\$ 1.908,54
DEBITO EM: 05/02/2021

=====

DOCUMENTO: 020512
AUTENTICACAO SISBB: F.961.45B.AE6.CCA.57F

CONVÊNIO Nº 815/2016
FONTE DE RECURSO ESTADUAL
TERMO ADITIVO Nº 0001/2021
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
UGE: 090196 - HOSPITAL MATERNIDADE
LEONOR MENDES DE BARROS
TIPO DESPESA: CUSTEIO

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0004-55

CC: UTI LEONOR
Mensalista

Folha Mensal
Janeiro de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2112	MARINALVA MORETTI RODGERIO TEC. ENFERMAGEM	322205	6	1
		Admissão:	11/04/2017	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.990,64		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00		
998	I.N.S.S.	8,26		182,66	
284	DESC VALE TRANSPORTE	6,00		119,44	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			2.210,64	302,10	
BANCO DO BRASIL 1 conta salário: 86566-4			Valor Líquido →	1.908,54	
Agência: 0295 - X					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.990,64	2.210,64	2.210,64	176,85	2.027,98	7,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

*** PARABÉNS PELO SEU ANIVERSÁRIO NO DIA 17 DE FEVEREIRO ***

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0004-55

CC: UTI LEONOR
Mensalista

Folha Mensal
Janeiro de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2112	MARINALVA MORETTI RODGERIO TEC. ENFERMAGEM	322205	6	1
		Admissão:	11/04/2017	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.990,64		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00		
998	I.N.S.S.	8,26		182,66	
284	DESC VALE TRANSPORTE	6,00		119,44	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			2.210,64	302,10	
BANCO DO BRASIL 1 conta salário: 86566-4			Valor Líquido →	1.908,54	
Agência: 0295 - X					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.990,64	2.210,64	2.210,64	176,85	2.027,98	7,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

*** PARABÉNS PELO SEU ANIVERSÁRIO NO DIA 17 DE FEVEREIRO ***

CONVÊNIO Nº 815/2016
FONTE DE RECURSO ESTADUAL
TERMO ADITIVO Nº 0001/2021
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
UGE: 090196 - HOSPITAL MATERNIDADE
LEONOR MENDES DE BARROS
TIPO DESPESA: CUSTEIO

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
26/02/2021 - AUTOATENDIMENTO - 16.30.58
7004107004 SEGUNDA VIA 0002

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

AGENCIA: 7004-1 CONTA: 7.004.195-4

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA

REMETENTE : ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

BANCO: 104 - CAIXA ECONOMICA FEDERAL

AGENCIA: 2871-1 - GLICERIO

CONTA: 1.013-8

FAVORECIDO: NAYARA FERNANDA SILVA DA COSTA

CPF/CNPJ: 364.026.558-05

VALOR: R\$ 3.433,75

DEBITO EM: 05/02/2021

=====

DOCUMENTO: 020513

AUTENTICACAO SISBB: 4.774.8BC.620.0D7.2D4

CONVÊNIO Nº 815/2016
FONTE DE RECURSO ESTADUAL
TERMO ADITIVO Nº 0001/2021
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
UGE: 090196 - HOSPITAL MATERNIDADE
LEONOR MENDES DE BARROS
TIPO DESPESA: CUSTEIO

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
 CNPJ: 45.349.461/0004-55

CC: ENFERMARIA
 Mensalista

Folha Mensal
 Janeiro de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2813	NAYARA FERNANDA SILVA DA COSTA ENFERMEIRO (A)	223505	600	1
		Admissão:	11/07/2019	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	3.476,16		
854	REFLEXO ADIC. NOTURNO DSR	0,00	77,42		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00		
25	ADICIONAL NOTURNO (INFOR)	84,00	265,45		
998	I.N.S.S.	10,32		416,74	
999	IMPOSTO DE RENDA	15,00		188,54	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			4.039,03	605,28	
BANCO DO BRASIL 1 conta poupança: 46898-8			Valor Líquido →	3.433,75	
Agência: 0718 - 8					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálcl. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálcl. IRRF	Faixa IRRF
3.476,16	4.039,03	4.039,03	323,12	3.622,29	15,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
 CNPJ: 45.349.461/0004-55

CC: ENFERMARIA
 Mensalista

Folha Mensal
 Janeiro de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2813	NAYARA FERNANDA SILVA DA COSTA ENFERMEIRO (A)	223505	600	1
		Admissão:	11/07/2019	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	3.476,16		
854	REFLEXO ADIC. NOTURNO DSR	0,00	77,42		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00		
25	ADICIONAL NOTURNO (INFOR)	84,00	265,45		
998	I.N.S.S.	10,32		416,74	
999	IMPOSTO DE RENDA	15,00		188,54	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			4.039,03	605,28	
BANCO DO BRASIL 1 conta poupança: 46898-8			Valor Líquido →	3.433,75	
Agência: 0718 - 8					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálcl. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálcl. IRRF	Faixa IRRF
3.476,16	4.039,03	4.039,03	323,12	3.622,29	15,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

CONVÊNIO Nº 815/2016
 FONTE DE RECURSO ESTADUAL
 TERMO ADITIVO Nº 0001/2021
 SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
 UGE: 090196 - HOSPITAL MATERNIDADE
 LEONOR MENDES DE BARROS
 TIPO DESPESA: CUSTEIO

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
26/02/2021 - AUTOATENDIMENTO - 16.30.58
7004107004 SEGUNDA VIA 0004

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

AGENCIA: 7004-1 CONTA: 7.004.195-4

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA

REMETENTE : ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

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

AGENCIA: 0001-9 - CENTRAL

CONTA: 2.019.553-4

FAVORECIDO: PRISCILA DANIELLE VIGO DA SILVA

CPF/CNPJ: 336.268.278-28

VALOR: R\$ 1.871,61

DEBITO EM: 05/02/2021

=====

DOCUMENTO: 020514

AUTENTICACAO SISBB: 3.FC6.52A.808.8FA.70C

CONVÊNIO Nº 815/2016
FONTE DE RECURSO ESTADUAL
TERMO ADITIVO Nº 0001/2021
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
UGE: 090196 - HOSPITAL MATERNIDADE
LEONOR MENDES DE BARROS
TIPO DESPESA: CUSTEIO

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
 CNPJ: 45.349.461/0004-55 CC: UTI LEONOR Mensalista
 Folha Mensal Janeiro de 2021

Código Nome do Funcionário CBO Departamento Filial
 2109 PRISCILA DANIELLE VIGO DA SILVA 223505 6 1
 ENFERMEIRO (A) Admissão: 22/02/2017

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	9,00	1.043,00	
341	AJUDA DE CUSTO	600,00	600,00	
8112	DIFERENCA DE 1/3 DE FERIAS	2,91	2,91	
8190	DIFERENCA MEDIA VALOR FERIAS	1,03	1,03	
8192	DIFERENCA ADICIONAL FERIAS	7,70	7,70	
805	MEDIA VALOR FERIAS	466,67	466,67	
806	MEDIA HORAS FERIAS	17,17	17,17	
807	VANTAGENS FERIAS	146,30	146,30	
931	1/3 DAS FERIAS	33,33	1.021,27	
8783	DIAS FERIAS	21,00	2.433,68	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	66,00	
27	ADICIONAL RT	1.000,00	300,00	
937	ADIANTAMENTO DE FERIAS	0,00		3.263,81
812	INSS FERIAS	11,58		473,05
821	INSS DIFERENCA FERIAS	0,00		37,68
998	I.N.S.S.	7,84		111,35
942	IRRF FERIAS	27,50		348,23

Total de Vencimentos: 6.105,73
 Total de Descontos: 4.234,12

BANCO DO BRASIL 1
 conta salário: 86564-8 Agência: 0295 - X
 Valor Líquido → 1.871,61

Salário Base: 3.476,68 Sal. Contr. INSS: 5.505,73 Base Cál. FGTS: 5.505,73 F.G.T.S do Mês: 440,45 Base Cál. IRRF: 949,31 Faixa IRRF: 0,00

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

 Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
 CNPJ: 45.349.461/0004-55 CC: UTI LEONOR Mensalista
 Folha Mensal Janeiro de 2021

Código Nome do Funcionário CBO Departamento Filial
 2109 PRISCILA DANIELLE VIGO DA SILVA 223505 6 1
 ENFERMEIRO (A) Admissão: 22/02/2017

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	9,00	1.043,00	
341	AJUDA DE CUSTO	600,00	600,00	
8112	DIFERENCA DE 1/3 DE FERIAS	2,91	2,91	
8190	DIFERENCA MEDIA VALOR FERIAS	1,03	1,03	
8192	DIFERENCA ADICIONAL FERIAS	7,70	7,70	
805	MEDIA VALOR FERIAS	466,67	466,67	
806	MEDIA HORAS FERIAS	17,17	17,17	
807	VANTAGENS FERIAS	146,30	146,30	
931	1/3 DAS FERIAS	33,33	1.021,27	
8783	DIAS FERIAS	21,00	2.433,68	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	66,00	
27	ADICIONAL RT	1.000,00	300,00	
937	ADIANTAMENTO DE FERIAS	0,00		3.263,81
812	INSS FERIAS	11,58		473,05
821	INSS DIFERENCA FERIAS	0,00		37,68
998	I.N.S.S.	7,84		111,35
942	IRRF FERIAS	27,50		348,23

Total de Vencimentos: 6.105,73
 Total de Descontos: 4.234,12

BANCO DO BRASIL 1
 conta salário: 86564-8 Agência: 0295 - X
 Valor Líquido → 1.871,61

Salário Base: 3.476,68 Sal. Contr. INSS: 5.505,73 Base Cál. FGTS: 5.505,73 F.G.T.S do Mês: 440,45 Base Cál. IRRF: 949,31 Faixa IRRF: 0,00

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

 Data

CONVÊNIO Nº 815/2016
 FONTE DE RECURSO ESTADUAL
 TERMO ADITIVO Nº 0001/2021
 SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
 UGE: 090196 - HOSPITAL MATERNIDADE
 LEONOR MENDES DE BARROS
 TIPO DESPESA: CUSTEIO

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
26/02/2021 - AUTOATENDIMENTO - 16.30.58
7004107004 SEGUNDA VIA 0005

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

AGENCIA: 7004-1 CONTA: 7.004.195-4

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA

REMETENTE : ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

BANCO: 237 - BANCO BRADESCO S.A.

AGENCIA: 0137-6 - V.FORMOSA-URB.SP

CONTA: 104.696-9

FAVORECIDO: QUELCILENE DE PAULA E SILVA

CPF/CNPJ: 282.359.638-09

VALOR: R\$ 1.908,54

DEBITO EM: 05/02/2021

=====

DOCUMENTO: 020515

AUTENTICACAO SISBB: 1.CFB.806.080.C02.802

CONVÊNIO Nº 815/2016
FONTE DE RECURSO ESTADUAL
TERMO ADITIVO Nº 0001/2021
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
UGE: 090196 - HOSPITAL MATERNIDADE
LEONOR MENDES DE BARROS
TIPO DESPESA: CUSTEIO

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
 CNPJ: 45.349.461/0004-55 CC: UTI LEONOR Mensalista
 Folha Mensal Janeiro de 2021

Código Nome do Funcionário CBO Departamento Filial
 2047 QUELCILENE DE PAULA E SILVA 322205 6 1
 TEC. ENFERMAGEM Admissão: 05/10/2016

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.990,64	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00	
998	I.N.S.S.	8,26		182,66
284	DESC VALE TRANSPORTE	6,00		119,44

BANCO DO BRASIL 1 conta: 86563-X			Agência: 0295 - X	Total de Vencimentos 2.210,64	Total de Descontos 302,10
				Valor Líquido →	1.908,54

Salário Base 1.990,64	Sal. Contr. INSS 2.210,64	Base Cál. FGTS 2.210,64	F.G.T.S do Mês 176,85	Base Cál. IRRF 1.838,39	Faixa IRRF 0,00
--------------------------	------------------------------	----------------------------	--------------------------	----------------------------	--------------------

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
 CNPJ: 45.349.461/0004-55 CC: UTI LEONOR Mensalista
 Folha Mensal Janeiro de 2021

Código Nome do Funcionário CBO Departamento Filial
 2047 QUELCILENE DE PAULA E SILVA 322205 6 1
 TEC. ENFERMAGEM Admissão: 05/10/2016

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.990,64	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00	
998	I.N.S.S.	8,26		182,66
284	DESC VALE TRANSPORTE	6,00		119,44

BANCO DO BRASIL 1 conta: 86563-X			Agência: 0295 - X	Total de Vencimentos 2.210,64	Total de Descontos 302,10
				Valor Líquido →	1.908,54

Salário Base 1.990,64	Sal. Contr. INSS 2.210,64	Base Cál. FGTS 2.210,64	F.G.T.S do Mês 176,85	Base Cál. IRRF 1.838,39	Faixa IRRF 0,00
--------------------------	------------------------------	----------------------------	--------------------------	----------------------------	--------------------

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

CONVÊNIO Nº 815/2016
 FONTE DE RECURSO ESTADUAL
 TERMO ADITIVO Nº 0001/2021
 SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
 UGE: 090196 - HOSPITAL MATERNIDADE
 LEONOR MENDES DE BARRROS
 TIPO DESPESA: CUSTEIO

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
26/02/2021 - AUTOATENDIMENTO - 16.30.58
7004107004 SEGUNDA VIA 0003

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

AGENCIA: 7004-1 CONTA: 7.004.195-4

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA

REMETENTE : ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

BANCO: 077 - BANCO INTER S.A.

AGENCIA: 0001-9 - MATRIZ

CONTA: 5.252.525-2

FAVORECIDO: RAPHAELLA MOREIRA VITALINO

CPF/CNPJ: 495.021.848-40

VALOR: R\$ 2.095,22

DEBITO EM: 05/02/2021

=====

DOCUMENTO: 020516

AUTENTICACAO SISBB: B.C20.662.FA4.3F4.01B

CONVÊNIO Nº 815/2016
FONTE DE RECURSO ESTADUAL
TERMO ADITIVO Nº 0001/2021
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
UGE: 090196 - HOSPITAL MATERNIDADE
LEONOR MENDES DE BARROS
TIPO DESPESA: CUSTEIO

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0004-55

CC: UTI LEONOR
MensalistaFolha Mensal
Janeiro de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
3812	RAPHAELLA MOREIRA VITALINO TEC. ENFERMAGEM	322205	6	1
		Admissão:	04/11/2020	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.990,64		
854	REFLEXO ADIC. NOTURNO DSR	0,00	54,37		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00		
25	ADICIONAL NOTURNO (INFOR)	103,00	186,40		
998	I.N.S.S.	8,63		211,56	
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		25,19	
284	DESC VALE TRANSPORTE	6,00		119,44	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			2.451,41	356,19	
			Valor Líquido →	2.095,22	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.990,64	2.451,41	2.451,41	196,11	2.239,85	7,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0004-55

CC: UTI LEONOR
MensalistaFolha Mensal
Janeiro de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
3812	RAPHAELLA MOREIRA VITALINO TEC. ENFERMAGEM	322205	6	1
		Admissão:	04/11/2020	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.990,64		
854	REFLEXO ADIC. NOTURNO DSR	0,00	54,37		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00		
25	ADICIONAL NOTURNO (INFOR)	103,00	186,40		
998	I.N.S.S.	8,63		211,56	
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		25,19	
284	DESC VALE TRANSPORTE	6,00		119,44	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			2.451,41	356,19	
			Valor Líquido →	2.095,22	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.990,64	2.451,41	2.451,41	196,11	2.239,85	7,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

CONVÊNIO Nº 815/2016
 FONTE DE RECURSO ESTADUAL
 TERMO ADITIVO Nº 0001/2021
 SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
 UGE: 090196 - HOSPITAL MATERNIDADE
 LEONOR MENDES DE BARROS
 TIPO DESPESA: CUSTEIO

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
26/02/2021 - AUTOATENDIMENTO - 16.30.58
7004107004 SEGUNDA VIA 0006

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN
AGENCIA: 7004-1 CONTA: 7.004.195-4

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN
BANCO: 341 - ITAU UNIBANCO S.A.
AGENCIA: 1192-4 - S PAULO ITAIM PAULISTA
CONTA: 85.946-8

FAVORECIDO: SUELI GOMES BARBOSA
CPF/CNPJ: 174.438.938-17
VALOR: R\$ 143,43
DEBITO EM: 05/02/2021

=====

DOCUMENTO: 020517
AUTENTICACAO SISBB: B.D5A.D7F.B6E.56A.DFF

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
 CNPJ: 45.349.461/0004-55

CC: UTI LEONOR
 Mensalista

Folha Mensal
 Janeiro de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2052	SUELI GOMES BARBOSA TEC. ENFERMAGEM	322205	6	1
		Admissão:	10/10/2016	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	2,00	132,71		
8112	DIFERENCA DE 1/3 DE FERIAS	3,42	3,42		
8192	DIFERENCA ADICIONAL FERIAS	10,26	10,26		
806	MEDIA HORAS FERIAS	153,12	153,12		
807	VANTAGENS FERIAS	195,07	195,07		
931	1/3 DAS FERIAS	33,33	735,37		
8783	DIAS FERIAS	28,00	1.857,93		
836	INSS DIF FER DESC A MAIOR	0,00	2,40		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	14,67		
937	ADIANTAMENTO DE FERIAS	0,00		2.621,69	
812	INSS FERIAS	9,52		280,02	
998	I.N.S.S.	7,50		12,07	
942	IRRF FERIAS	7,50		39,78	
284	DESC VALE TRANSPORTE	6,00		7,96	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			3.104,95	2.961,52	
BANCO DO BRASIL 1 conta salário: 86560-5			Valor Líquido →	143,43	
Agência: 0295 - X					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.990,64	3.102,55	3.102,55	248,19	0,00	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
 CNPJ: 45.349.461/0004-55

CC: UTI LEONOR
 Mensalista

Folha Mensal
 Janeiro de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2052	SUELI GOMES BARBOSA TEC. ENFERMAGEM	322205	6	1
		Admissão:	10/10/2016	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	2,00	132,71		
8112	DIFERENCA DE 1/3 DE FERIAS	3,42	3,42		
8192	DIFERENCA ADICIONAL FERIAS	10,26	10,26		
806	MEDIA HORAS FERIAS	153,12	153,12		
807	VANTAGENS FERIAS	195,07	195,07		
931	1/3 DAS FERIAS	33,33	735,37		
8783	DIAS FERIAS	28,00	1.857,93		
836	INSS DIF FER DESC A MAIOR	0,00	2,40		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	14,67		
937	ADIANTAMENTO DE FERIAS	0,00		2.621,69	
812	INSS FERIAS	9,52		280,02	
998	I.N.S.S.	7,50		12,07	
942	IRRF FERIAS	7,50		39,78	
284	DESC VALE TRANSPORTE	6,00		7,96	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			3.104,95	2.961,52	
BANCO DO BRASIL 1 conta salário: 86560-5			Valor Líquido →	143,43	
Agência: 0295 - X					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.990,64	3.102,55	3.102,55	248,19	0,00	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

CONVÊNIO Nº 815/2016
 FONTE DE RECURSO ESTADUAL
 TERMO ADITIVO Nº 0001/2021
 SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
 UGE: 090196 - HOSPITAL MATERNIDADE
 LEONOR MENDES DE BARROS
 TIPO DESPESA: CUSTEIO

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
26/02/2021 - AUTOATENDIMENTO - 16.30.58
7004107004 SEGUNDA VIA 0003

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

AGENCIA: 7004-1 CONTA: 7.004.195-4

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA

REMETENTE : ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

BANCO: 104 - CAIXA ECONOMICA FEDERAL

AGENCIA: 3099-6 - NOVA PACAEMBU

CONTA: 7.351-2

FAVORECIDO: TALITA HELEN DE SOUZA SILVA

CPF/CNPJ: 470.815.518-23

VALOR: R\$ 214,03

DEBITO EM: 05/02/2021

=====

DOCUMENTO: 020518

AUTENTICACAO SISBB: 0.7BA.46A.400.D67.030

CONVÊNIO Nº 816/2016
FONTE DE RECURSO ESTADUAL
TERMO ADITIVO Nº 0001/2021
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
UGE: 090196 - HOSPITAL MATERNIDADE
LEONOR MENDES DE BARROS
TIPO DESPESA: CUSTEIO

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
 CNPJ: 45.349.461/0004-55

CC: UTI LEONOR
 Mensalista

Folha Mensal
 Janeiro de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
4089	TALITA HELEN DE SOUZA SILVA ENFERMEIRO (A)	223505 Admissão:	6	1
			29/01/2021	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	2,00	231,74		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	14,67		
998	I.N.S.S.	7,50		18,48	
284	DESC VALE TRANSPORTE	6,00		13,90	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			246,41	32,38	
			Valor Líquido →	214,03	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
3.476,16	246,41	246,41	19,71	227,93	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
 CNPJ: 45.349.461/0004-55

CC: UTI LEONOR
 Mensalista

Folha Mensal
 Janeiro de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
4089	TALITA HELEN DE SOUZA SILVA ENFERMEIRO (A)	223505 Admissão:	6	1
			29/01/2021	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	2,00	231,74		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	14,67		
998	I.N.S.S.	7,50		18,48	
284	DESC VALE TRANSPORTE	6,00		13,90	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			246,41	32,38	
			Valor Líquido →	214,03	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
3.476,16	246,41	246,41	19,71	227,93	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

CONVÊNIO Nº 815/2016
 FONTE DE RECURSO ESTADUAL
 TERMO ADITIVO Nº 0001/2021
 SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
 UGE: 090196 - HOSPITAL MATERNIDADE
 LEONOR MENDES DE BARROS
 TIPO DESPESA: CUSTEIO

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
26/02/2021 - AUTOATENDIMENTO - 16.30.58
7004107004 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

AGENCIA: 7004-1 CONTA: 7.004.195-4

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA

REMETENTE : ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

BANCO: 341 - ITAU UNIBANCO S.A.

AGENCIA: 7451-9 - SP/VILA RICA

CONTA: 11.120-2

FAVORECIDO: VANESSA SOARES DOS SANTOS

CPF/CNPJ: 319.254.548-86

VALOR: R\$ 3.548,13

DEBITO EM: 05/02/2021

=====

DOCUMENTO: 020519

AUTENTICACAO SISBB: A.A46.635.9F6.244.D6F

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
 CNPJ: 45.349.461/0004-55

CC: ENFERMARIA
 Mensalista

Folha Mensal
 Janeiro de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2773	VANESSA SOARES DOS SANTOS ENFERMEIRO (A)	223505	600	1
		Admissão:	06/05/2019	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	3.476,16		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00		
27	ADICIONAL RT	500,00	500,00		
998	I.N.S.S.	10,46		438,74	
999	IMPOSTO DE RENDA	22,50		209,29	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			4.196,16	648,03	
BANCO DO BRASIL 1 conta salário: 87462-X			Valor Líquido →	3.548,13	
Agência: 0295 - X					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
3.476,16	4.196,16	4.196,16	335,69	3.757,42	22,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
 CNPJ: 45.349.461/0004-55

CC: ENFERMARIA
 Mensalista

Folha Mensal
 Janeiro de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2773	VANESSA SOARES DOS SANTOS ENFERMEIRO (A)	223505	600	1
		Admissão:	06/05/2019	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	3.476,16		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00		
27	ADICIONAL RT	500,00	500,00		
998	I.N.S.S.	10,46		438,74	
999	IMPOSTO DE RENDA	22,50		209,29	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			4.196,16	648,03	
BANCO DO BRASIL 1 conta salário: 87462-X			Valor Líquido →	3.548,13	
Agência: 0295 - X					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
3.476,16	4.196,16	4.196,16	335,69	3.757,42	22,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

CONVÊNIO Nº 815/2016
 FONTE DE RECURSO ESTADUAL
 TERMO ADITIVO Nº 0001/2021
 SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
 UGE: 090196 - HOSPITAL MATERNIDADE
 LEONOR MENDES DE BARROS
 TIPO DESPESA: CUSTEIO

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
 CNPJ: 45.349.461/0004-55 CC: UTI LEONOR Mensalista
 Folha Mensal Janeiro de 2021

Código Nome do Funcionário CBO Departamento Filial
 2433 JUSCELIA CRISTINA GOMES 322205 6 1
 TEC. ENFERMAGEM Admissão: 30/05/2018

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8785	DIAS AFAST.INSS (P/DOENCA)	30,00	1.990,64	
8013	INSALUB 20% DOENCA	20,00	220,00	
8801	DESCONTO DIAS AFASTADOS	30,00		2.210,64

BANCO DO BRASIL 1 conta salário: 86570-2			Agência: 0295 - X	Total de Vencimentos 2.210,64	Total de Descontos 2.210,64
			Valor Líquido →	0,00	

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.990,64	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

 Assinatura do Funcionário

 Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
 CNPJ: 45.349.461/0004-55 CC: UTI LEONOR Mensalista
 Folha Mensal Janeiro de 2021

Código Nome do Funcionário CBO Departamento Filial
 2433 JUSCELIA CRISTINA GOMES 322205 6 1
 TEC. ENFERMAGEM Admissão: 30/05/2018

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8785	DIAS AFAST.INSS (P/DOENCA)	30,00	1.990,64	
8013	INSALUB 20% DOENCA	20,00	220,00	
8801	DESCONTO DIAS AFASTADOS	30,00		2.210,64

BANCO DO BRASIL 1 conta salário: 86570-2			Agência: 0295 - X	Total de Vencimentos 2.210,64	Total de Descontos 2.210,64
			Valor Líquido →	0,00	

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.990,64	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

 Assinatura do Funcionário

 Data

CONVÊNIO Nº 815/2016
 FONTE DE RECURSO ESTADUAL
 TERMO ADITIVO Nº 0001/2021
 SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
 UGE: 090196 - HOSPITAL MATERNIDADE
 LEONOR MENDES DE BARROS
 TIPO DESPESA: CUSTEIO

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
 CNPJ: 45.349.461/0004-55

CC: UTI LEONOR
 Mensalista

Folha Mensal
 Janeiro de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2335	CLAUDIA GONÇALVES ALBIM BARROS TEC. ENFERMAGEM	322205	6	1
		Admissão:	18/01/2018	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8785	DIAS AFAST.INSS (P/DOENCA)	30,00	1.990,64	
990	ESTOURO DO MES	0,00	13,74	
8013	INSALUB 20% DOENCA	20,00	220,00	
8801	DESCONTO DIAS AFASTADOS	30,00		2.210,64
991	ESTOURO MES ANTERIOR	13,74		13,74

			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			2.224,38	2.224,38

BANCO DO BRASIL 1
 conta salário: 86573-7

Agência: 0295 - X

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.990,64	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Valor Líquido	⇒	0,00
---------------	---	------

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
 CNPJ: 45.349.461/0004-55

CC: UTI LEONOR
 Mensalista

Folha Mensal
 Janeiro de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2335	CLAUDIA GONÇALVES ALBIM BARROS TEC. ENFERMAGEM	322205	6	1
		Admissão:	18/01/2018	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8785	DIAS AFAST.INSS (P/DOENCA)	30,00	1.990,64	
990	ESTOURO DO MES	0,00	13,74	
8013	INSALUB 20% DOENCA	20,00	220,00	
8801	DESCONTO DIAS AFASTADOS	30,00		2.210,64
991	ESTOURO MES ANTERIOR	13,74		13,74

			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			2.224,38	2.224,38

BANCO DO BRASIL 1
 conta salário: 86573-7

Agência: 0295 - X

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.990,64	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Valor Líquido	⇒	0,00
---------------	---	------

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

CONVÊNIO Nº 815/2016
 FONTE DE RECURSO ESTADUAL
 TERMO ADITIVO Nº 0001/2021
 SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
 UGE: 090196 - HOSPITAL MATERNIDADE
 LEONOR MENDES DE BARROS
 TIPO DESPESA: CUSTEIO

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0004-55

CC: UTI LEONOR
Mensalista

Folha Mensal
Janeiro de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2064	MURILO MESSIAS DOS SANTOS TEC. ENFERMAGEM	322205	6	1

Admissão: 02/11/2016

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.990,64		
990	ESTOURO DO MES	0,00	17.022,02		
991	ESTOURO MES ANTERIOR	16.955,67		16.955,67	
8792	DIAS FALTAS	31,00		2.056,99	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			19.012,66	19.012,66	
BANCO DO BRASIL 1 conta salário: 86565-6			Valor Líquido →	0,00	
Agência: 0295 - X					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.990,64	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0004-55

CC: UTI LEONOR
Mensalista

Folha Mensal
Janeiro de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2064	MURILO MESSIAS DOS SANTOS TEC. ENFERMAGEM	322205	6	1

Admissão: 02/11/2016

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.990,64		
990	ESTOURO DO MES	0,00	17.022,02		
991	ESTOURO MES ANTERIOR	16.955,67		16.955,67	
8792	DIAS FALTAS	31,00		2.056,99	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			19.012,66	19.012,66	
BANCO DO BRASIL 1 conta salário: 86565-6			Valor Líquido →	0,00	
Agência: 0295 - X					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.990,64	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

CONVÊNIO Nº 815/2016
FUNDE DE RECURSO ESTADUAL
TERMO ADITIVO Nº 0001/2021
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
UGE: 080196 - HOSPITAL MATERNIDADE
LEONOR MENDES DE BARROS
TIPO DESPESA: CUSTEIO

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0004-55

CC: UTI LEONOR
Mensalista

Folha Mensal
Janeiro de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
3023	MARILUCE MEDEIROS HERCULANO DE LIMA TEC. ENFERMAGEM	322205 Admissão:	6	1

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.990,64		
990	ESTOURO DO MES	0,00	300,59		
991	ESTOURO MES ANTERIOR	234,24		234,24	
8792	DIAS FALTAS	31,00		2.056,99	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			2.291,23	2.291,23	
			Valor Líquido →	0,00	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.990,64	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0004-55

CC: UTI LEONOR
Mensalista

Folha Mensal
Janeiro de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
3023	MARILUCE MEDEIROS HERCULANO DE LIMA TEC. ENFERMAGEM	322205 Admissão:	6	1

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.990,64		
990	ESTOURO DO MES	0,00	300,59		
991	ESTOURO MES ANTERIOR	234,24		234,24	
8792	DIAS FALTAS	31,00		2.056,99	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			2.291,23	2.291,23	
			Valor Líquido →	0,00	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.990,64	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

CONVÊNIO Nº 815/2016
FONTE DE RECURSO ESTADUAL
TERMO ADITIVO Nº 0001/2021
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
UGE: 090196 - HOSPITAL MATERNIDADE
LEONOR MENDES DE BARROS
TIPO DESPESA: CUSTEIO

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
26/02/2021 - AUTOATENDIMENTO - 16.30.58
7004107004 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO

CLIENTE: ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN
AGENCIA: 7004-1 CONTA: 7.004.195-4

=====
Convenio FGTS ARRECADACAO GRF
Codigo de Barras 85870000053-7 73580179210-7
20764905084-3 53494610004-3
Data do pagamento 05/02/2021
CNPJ/CEI/CPF 45349461/0004-55
COMPETENCIA 01/2021
CODIGO RECOLHIMENTO 115
VENCIMENTO 07/02/2021
VALOR DEPOSITO 5.373,58
Valor Total 5.373,58
=====

DOCUMENTO: 020520
AUTENTICACAO SISBB: 9.440.D1A.40D.2FA.4E7

Luana



FUNDO DE GARANTIA DO TEMPO DE SERVIÇO

GFIP - SEFIP 8.40

GRF - GUIA DE RECOLHIMENTO DO FGTS
GERADA EM 05/02/2021 - 14:50:33

01-RAZÃO SOCIAL/NOME ASSOCI HOSP BENEFIC DO BRASIL				02-DDD/TELEFONE (0014)35325198
03-FPAS 639	04-SIMPLES 1	05-REMUNERAÇÃO 67.169,87	06-QTDE TRABALHADORES 24	07-ALÍQUOTA FGTS 8
08-CÓD RECOLHIMENTO 115	09-ID RECOLHIMENTO 017980-9	10-INSCRIÇÃO/TIPO (8) 45.349.461/0004-55	11-COMPETÊNCIA 01/2021	12-DATA DE VALIDADE 07/02/2021

13-DEPÓSITO + CONTRIB SOCIAL 5.373,58	14-ENCARGOS 0,00	15-TOTAL A RECOLHER 5.373,58
--	---------------------	---------------------------------

VALOR FGTS A RECOLHER ATÉ O DIA 07/02/2021

858700000537 735801792107 207649050843 534946100043

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



FUNDO DE GARANTIA DO TEMPO DE SERVIÇO

GFIP - SEFIP 8.40

GRF - GUIA DE RECOLHIMENTO DO FGTS
GERADA EM 05/02/2021 - 14:50:33

01-RAZÃO SOCIAL/NOME ASSOCI HOSP BENEFIC DO BRASIL				02-DDD/TELEFONE (0014)35325198
03-FPAS 639	04-SIMPLES 1	05-REMUNERAÇÃO 67.169,87	06-QTDE TRABALHADORES 24	07-ALÍQUOTA FGTS 8
08-CÓD RECOLHIMENTO 115	09-ID RECOLHIMENTO 017980-9	10-INSCRIÇÃO/TIPO (8) 45.349.461/0004-55	11-COMPETÊNCIA 01/2021	12-DATA DE VALIDADE 07/02/2021

13-DEPÓSITO + CONTRIB SOCIAL 5.373,58	14-ENCARGOS 0,00	15-TOTAL A RECOLHER 5.373,58
--	---------------------	---------------------------------

VALOR FGTS A RECOLHER ATÉ O DIA 07/02/2021

858700000537 735801792107 207649050843 534946100043

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



CONVÊNIO Nº 815/2016
FUNDO DE RECURSO ESTADUAL
TERMO ADITIVO Nº 0001/2021
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
UGE: 090196 - HOSPITAL MATERNIDADE
LEONOR MENDES DE BARROS
TIPO DESPESA: CUSTEIO

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO - MTE
GFIP - SEFIP 8.40 (16/12/2020) TABELAS 42.0 (15/01/2021)

MINISTÉRIO DA FAZENDA - MF

DATA: 05/02/2021
HORA: 14:50:33
PÁG : 0001/0005

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

858700000537 735801792107 207649050843 534946100043

EMPRESA: ASSOCI HOSP BENEFIC DO BRASIL
COMP: 01/2021 COD REC:115 COD GPS: 2305 FPAS: 639 OUTRAS ENT: SIMPLES: 1 RAT: 2,0 INSCRIÇÃO: 45.349.461/0004-55
TOMADOR/OBRA: FAP: 0,50 RAT AJUSTADO: 1,00

NOME TRABALHADOR	REM SEM 13° SAL	REM 13° SAL	PIS/PASEP/CI BASE CÁL 13° SAL PREV SOC	CONTRIB	ADMISSÃO SEG DEVIDA	CAT	OCOR	DATA/COD MOVIMENTAÇÃO DEPÓSITO	CBO JAM	
ROSANGELA SANTOS DE OLIVEIRA			129.40035.85-9		04/11/2020	01		29/01/2021	J	02235
3.740,32	308,01		308,01		398,02			323,87		0,00
MAGNA OGLEIDE DA SILVA ARAUJO			139.14841.93-0		16/02/2018	01	05	13/12/2020	Q1	03222
2.210,64	0,00		0,00		182,66			176,85		0,00
JUSCELIA CRISTINA GOMES			210.69056.70-9		30/05/2018	01		02/07/2020	P2	0,00
0,00	0,00		0,00		0,00			0,00		0,00
JUSCELIA CRISTINA GOMES			210.69056.70-9		30/05/2018	01		31/01/2021	Z5	0,00
ADRIANA OLIVEIRA SANTOS MATOS			136.86253.77-0		20/10/2020	01				03222
2.285,44	0,00		0,00		191,64			182,83		0,00
ANA PAULA DE SOUZA			125.47019.62-2		03/02/2020	01				03222
2.210,64	0,00		0,00		182,66			176,86		0,00
CAMILA FERREIRA DE CARVALHO			206.42326.36-8		24/09/2020	01				02235
3.816,20	0,00		0,00		385,54			305,29		0,00
CATIA ELAINE CALASTRO			129.73613.81-9		04/07/2019	01				02235
4.055,36	0,00		0,00		419,02			324,42		0,00
DENISE JEANETE RODRIGUES			209.73968.64-2		04/11/2020	01				03222
2.453,74	0,00		0,00		211,84			196,29		0,00
EPIGENIA DE FREITAS			124.58220.91-8		01/07/2019	01				03222
2.210,64	0,00		0,00		182,66			176,86		0,00
ELAINE CRISTINA OLIVEIRA DOS SANTOS			129.28265.89-0		09/06/2020	01				03222
2.339,20	0,00		0,00		198,09			187,14		0,00
ELIANA SILVA MEIRA			160.20011.58-6		13/05/2019	01				03222
2.378,94	0,00		0,00		202,86			190,31		0,00
FERNANDA RAMOS DE CARVALHO			133.76733.93-6		10/09/2020	01				02235
3.696,16	0,00		0,00		368,74			295,69		0,00
FLAVIA DUARTE TEICHEIRA			160.00576.23-5		28/09/2020	01				03222
2.357,90	0,00		0,00		200,34			188,63		0,00
KATIA ALVES DOS SANTOS			203.91813.86-7		02/06/2020	01				03222
2.210,64	0,00		0,00		182,66			176,85		0,00

CONVÊNIO Nº 815/2016
FONTE DE RECURSO ESTADUAL
TERMO ADITIVO Nº 0001/2021
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
UGE: 090196 - HOSPITAL MATERNIDADE
LEONOR MENDES DE BARROS
TIPO DESPESA: CUSTEIO

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO - MTE
GFIP - SEFIP 8.40 (16/12/2020) TABELAS 42.0 (15/01/2021)

MINISTÉRIO DA FAZENDA - MF

DATA: 05/02/2021
HORA: 14:50:33
PÁG : 0002/0005

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

858700000537 735801792107 207649050843 534946100043

EMPRESA: ASSOCI HOSP BENEFIC DO BRASIL
COMP: 01/2021 COD REC:115 COD GPS: 2305 FPAS: 639 OUTRAS ENT: SIMPLES: 1 RAT: 2.0 INSCRIÇÃO: 45.349.461/0004-55
FAP: 0.50 RAT AJUSTADO: 1.00

TOMADOR/OBRA:

NOME TRABALHADOR	REM SEM 13° SAL	REM 13° SAL	PIS/PASEP/CI BASE CÁL 13° SAL PREV SOC BASE CÁL PREV SOCIAL	ADMISSÃO CONTRIB SEG DEVIDA	CAT	OCOR	DATA/COD MOVIMENTAÇÃO	CBO JAM
LUCIANO LUCAS DE MELO		0,00	129.35723.85-8	17/11/2017	01			03222
2.435,04			0,00	209,59			194,81	0,00
MARINALVA MORETTI RODGERIO		0,00	122.13221.40-7	11/04/2017	01			03222
2.210,64			0,00	182,66			176,86	0,00
NAYARA FERNANDA SILVA DA COSTA		0,00	267.18175.60-7	11/07/2019	01			02235
4.039,03			0,00	416,74			323,12	0,00
PRISCILA DANIELLE VIGO DA SILVA		0,00	138.70676.89-1	22/02/2017	01			02235
5.505,73			0,00	622,08			440,45	0,00
QUELCILENE DE PAULA E SILVA		0,00	126.93690.77-5	05/10/2016	01			03222
2.210,64			0,00	182,66			176,86	0,00
RAPHAELLA MOREIRA VITALINO		0,00	238.25230.23-2	04/11/2020	01			03222
2.451,41			0,00	211,56			196,11	0,00
SANDRA RODRIGUES VIEIRA		0,00	123.59654.80-4	06/09/2017	01			03222
2.472,44			0,00	214,08			197,80	0,00
SUELI GOMES BARBOSA		0,00	166.12349.50-7	10/10/2016	01			03222
3.102,55			0,00	289,69			248,20	0,00
TALITA HELEN DE SOUZA SILVA		0,00	204.28731.85-0	29/01/2021	01			02235
246,41			0,00	18,48			19,71	0,00
VANESSA SOARES DOS SANTOS		0,00	134.02808.93-4	06/05/2019	01			02235
4.196,16			0,00	438,74			335,69	0,00
EDCLEIA BATISTA FERREIRA		141,35	119.57695.66-2	23/12/2020	04		01/01/2021 T1	03222
1.884,64			141,35	163,71			162,08	0,00
EDCLEIA BATISTA FERREIRA			119.57695.66-2	23/12/2020	04		31/01/2021 T2	03222

TOTAIS DA EMPRESA/TOMADOR
66.720,51 449,36 449,36 6.256,72 5.373,58 0,00

CONVÊNIO Nº 815/2016
FONTE DE RECURSO ESTADUAL
TERMO ADITIVO Nº 0001/2021
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
UGE: 090196 - HOSPITAL MATERNIDADE
LEONOR MENDES DE BARROS
TIPO DESPESA: CUSTEIO

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO - MTE
GFIP - SEFIP 8.40 (16/12/2020) TABELAS 42.0 (15/01/2021)

MINISTÉRIO DA FAZENDA - MF

DATA: 05/02/2021
HORA: 14:50:33
PÁG : 0003/0005

RELAÇÃO DOS TRABALHADORES CONSTANTES NO ARQUIVO SEFIP
RESUMO DO FECHAMENTO - EMPRESA
MODALIDADE : "BRANCO"-RECOLHIMENTO AO FGTS E DECLARAÇÃO À PREVIDÊNCIA
858700000537 735801792107 207649050843 534946100043

EMPRESA: ASSOCI HOSP BENEFIC DO BRASIL N° DE CONTROLE: PKZsTZMdOcN0000-4 N° ARQUIVO: KmIjyipyx1R0000-9
COMP: 01/2021 COD REC:115 COD GPS: 2305 FPAS: 639 OUTRAS ENT: SIMPLES: 1 RAT: 2.0 INSCRIÇÃO: 45.349.461/0004-55
TOMADOR/OBRA: FAP: 0.50 RAT AJUSTADO: 1.00
INSCRIÇÃO:

LOGRADOURO: RUA LOPES CHAVES 531 ANDAR 2 BAIRRO: BARRA FUNDA CNAE PREPONDERANTE: 8610102
CIDADE: SAO PAULO UF: SP CEP: 01154-010 CNAE: 8610102

CAT	QUANT	REMUNERAÇÃO SEM 13°	REMUNERAÇÃO 13°	BASE CÁL PREV SOC	BASE CÁL 13° PREV SOC
01	23	64.835,87	308,01	62.625,23	308,01
04	1	1.884,64	141,35	1.884,64	141,35
TOTAIS:	24	66.720,51	449,36	64.509,87	449,36

CONVÊNIO N° 815/2016
FONTE DE RECURSO ESTADUAL
TERMO ADITIVO N° 0001/2021
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
UGE: 080196 - HOSPITAL MATERNIDADE
LEONOR MENDES DE BARROS
TIPO DESPESA: CUSTEIO

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO - MTE
GFIP - SEFIP 8.40 (16/12/2020) TABELAS 42.0 (15/01/2021)

MINISTÉRIO DA FAZENDA - MF

DATA: 05/02/2021
HORA: 14:50:33
PÁG : 0004/0005

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

858700000537 735801792107 207649050843 534946100043

EMPRESA: ASSOCI HOSP BENEFIC DO BRASIL	N° DE CONTROLE: PKZsTZMdOcN0000-4	N° ARQUIVO: KmIjyipyxlR0000-9
COMP: 01/2021 COD REC:115 COD GPS: 2305	FPAS: 639 OUTRAS ENT: SIMPLES:1 RAT: 2.0	INSCRIÇÃO: 45.349.461/0004-55
TOMADOR/OBRA:		FAP: 0.50 RAT AJUSTADO: 1.00
LOGRADOURO: RUA LOPES CHAVES 531 ANDAR 2	BAIRRO: BARRA FUNDA	INSCRIÇÃO:
CIDADE: SAO PAULO UF: SP CEP: 01154-010		CNAE PREPONDERANTE: 8610102
		CNAE: 8610102

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

	FGTS - 8%
REMUNERAÇÃO SEM 13° SALÁRIO	66.720,51
REMUNERAÇÃO 13° SALARIO	449,36
QUANTIDADE TRABALHADORES	24

VALORES DO FGTS

DATA DE RECOLHIMENTO ATÉ 07/02/2021

DEPÓSITO FGTS	ENCARGOS FGTS	CONTRIB SOCIAL	ENCARGOS CONTRIB SOCIAL	TOTAL RECOLHER
5.373,58	0,00	0,00	0,00	5.373,58

CONVÊNIO Nº 815/2016
FONTE DE RECURSO ESTADUAL
TERMO ADITIVO Nº 0001/2021
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
UGE: 090196 - HOSPITAL MATERNIDADE
LEONOR MENDES DE BARROS
TIPO DESPESA: CUSTEIO

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO - MTE
GFIP - SEFIP 8.40 (16/12/2020) TABELAS 42.0 (15/01/2021)

MINISTÉRIO DA FAZENDA - MF

DATA: 05/02/2021
HORA: 14:50:33
PÁG : 0005/0005

RESUMO DAS INFORMAÇÕES À PREVIDÊNCIA SOCIAL CONSTANTES NO ARQUIVO SEFIP
EMPRESA

EMPRESA: ASSOCI HOSP BENEFIC DO BRASIL	N° DE CONTROLE: PKZsTZMdOcN0000-4	N° ARQUIVO: KmIjyipyx1R0000-9
COMP: 01/2021 COD REC:115 COD GPS: 2305	FPAS: 639 OUTRAS ENT: SIMPLES: 1 RAT: 2.0	INSCRIÇÃO: 45.349.461/0004-55
TOMADOR/OBRA:		FAP: 0.50 RAT AJUSTADO: 1.00
LOGRADOURO: RUA LOPES CHAVES 531 ANDAR 2	BAIRRO: BARRA FUNDA	INSCRIÇÃO:
CIDADE: SAO PAULO	UF: SP CEP: 01154-010	TELEFONE: 0014 3532 5198
	CNAE PREPONDERANTE: 8610102	CNAE: 8610102
VALOR DEV PREV SOC CALCULADO SEFIP:	4.046.08	CONTRIB SEGURADOS - DEVIDA: 6.256.72
SALÁRIO FAMÍLIA:	0.00	RECEITA EVENTO DESP/PATROCÍNIO: 0.00
SALÁRIO MATERNIDADE:	2.210.64	PERC DE ISENÇÃO DE FILANTROPIA: 100.00
VALORES PAGOS COOP TRABALHO - SEM ADICIONAL:	0.00	13° SALÁRIO MATERNIDADE: 0.00
VALORES PAGOS COOP TRABALHO - ADIC. 15 ANOS:	0.00	COM PRODUÇÃO PJ: 0.00
VALORES PAGOS COOP TRABALHO - ADIC. 20 ANOS:	0.00	COM PRODUÇÃO PF: 0.00
VALORES PAGOS COOP TRABALHO - ADIC. 25 ANOS:	0.00	VALOR DAS FATURAS EMITIDAS PARA O TOMADOR: 0.00
COMPENSAÇÃO		
PERÍODO INICIAL:	PERÍODO FINAL:	VALOR SOLICITADO: 0.00
VALOR ABATIDO: 0.00	VALOR A COMPENSAR:	0.00 VALOR EXCEDENTE AO LIMITE DOS 30%: 0.00
RETENÇÃO (LEI 9.711/98)		
VALOR INFORMADO: 0.00	VALOR ABATIDO PELO SEFIP: 0.00	VALOR A COMPENSAR/RESTITUIR: 0.00
BASE DE CÁLCULO APOSENTADORIA ESPECIAL/OCORRÊNCIA		
15 ANOS: 0.00	20 ANOS: 0.00	25 ANOS: 0.00
QUANTIDADE: 0	QUANTIDADE: 0	QUANTIDADE: 0

QUANTIDADE DE MOVIMENTAÇÕES / CÓDIGOS

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

CONVÊNIO Nº 815/2016
FONTE DE RECURSO ESTADUAL
TERMO ADITIVO Nº 0001/2021
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
UGE: 090196 - HOSPITAL MATERNIDADE
LEONOR MENDES DE BARROS
TIPO DESPESA: CUSTEIO

26/02/2021 - BANCO DO BRASIL - 16:30:58
700407004 0005

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN
AGENCIA: 7004-1 CONTA: 7.004.195-4

ITAU UNIBANCO S.A.

34191090080305007014703887600009785260000023988

BENEFICIARIO:

ALCATONER COMERCIO E LTDA

NOME FANTASIA:

ALCATONER COMERCIO E LTDA

CNPJ: 04.549.393/0001-48

BENEFICIARIO FINAL:

ALCATONER COMERCIO E LTDA

CNPJ: 04.549.393/0001-48

PAGADOR:

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICE

CNPJ: 45.349.461/0004-55

NR. DOCUMENTO 20.901
DATA DE VENCIMENTO 09/02/2021
DATA DO PAGAMENTO 09/02/2021
VALOR DO DOCUMENTO 239,88
VALOR COBRADO 239,88

NR.AUTENTICACAO D.0DA.001.9EA.6E0.9E0

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 815/2016
FONTE DE RECURSO ESTADUAL
TERMO ADITIVO Nº 0001/2021
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
UGE: 090196 - HOSPITAL MATERNIDADE
LEONOR MENDES DE BARROS
TIPO DESPESA: CUSTEIO



ALCATONER COMERCIO DE ELETRÔNICOS LTDA.
 RUA PADRE PEDRO ROTA 67 - VILA MACEDÓPOLIS
 SAO PAULO - 03.237-060 - SP
 (11) 2911-4089 - financeiroalcatoner@gmail.com
 CNPJ 04.549.393.0001/48 - Inscr.Estadual 116.185.822.112 - Inscr. Mun

Leonor

FATURA DE LOCAÇÃO N° 00009456

Natureza da Operação: Locação de Bens Móveis
Prestação de Serviço: Locação
Emissão: 03/02/2021

DESTINATÁRIO

Cliente ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL **Nome Fantasia** FILIAL ADMINISTRATIVA
Endereço RUA LOPES CHAVES,531 **Bairro** BARRA FUNDA
Cidade SAO PAULO **UF** SP **Cep** 01.154-010 **CNPJ** 45.349.461/0004-55 **Inscr.Estad.** ISENT0
Telefone () **Fax** () **Email** contabilidade2@ahbb.org.br

Detalhamento da locação	Unidade	Quant.	Preço Unit.	Subtotal
FATURA REFERENTE A CONTRATO DE LOCAÇÃO PRODUÇÃO DE 3998 PÁGINAS PRODUZIDAS NO PERÍODO DE 28/12/2020 à 28/01/2021	UN	1	R\$ 239,88	R\$ 239,88
			Valor do Serviço	R\$ 239,88
			Valor Total da Fatura	R\$ 239,88

09/02/
Leonor

Este documento é baseado na Lei Complementar Federal N° 116/03 e na LC Municipal N° 501/03 que regulamenta a emissão de recibo para cobrança e fatura. OPERAÇÃO NÃO SUJEITA A EMISSÃO DE NOTA FISCAL DE SERVIÇOS, VETADA A COBRANÇA DE ISS. CONFORME LEI COMPLEMENTAR 116 DE 01/07/2003.

Destaque Aqui

Declaro que recebi(emos) da empresa ALCATONER COMERCIO DE ELETRÔNICOS LTDA.		FATURA DE LOCAÇÃO N° 00009456
Data do Recebimento	Identificação e Assinatura do Recebedor	

CONVENIO N° 815/2016
 FONTE DE RECURSO ESTADUAL
 TERMO ADITIVO N° 0001/2021
 SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
 UGE: 090196 - HOSPITAL MATERNIDADE
 LEONOR MENDES DE BARROS
 TIPO DESPESA: CUSTEIO

26/02/2021 - BANCO DO BRASIL - 16:30:59
700407004 0002

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN
AGENCIA: 7004-1 CONTA: 7.004.195-4
=====

BANCO DO BRASIL

00190617041987641914400004400115185270000067660

BENEFICIARIO:

KALUNGA SA

NOME FANTASIA:

KALUNGA SA

CNPJ: 43.283.811/0001-50

PAGADOR:

Associacao Hospitalar Beneficente d

CNPJ: 45.349.461/0004-55

NR. DOCUMENTO 20.902
NOSSO NUMERO 6170198764
CONVENIO 00000000
DATA DE VENCIMENTO 10/02/2021
DATA DO PAGAMENTO 09/02/2021
VALOR DO DOCUMENTO 676,60
VALOR COBRADO 676,60
=====

NR.AUTENTICACAO 5.575.526.87C.4F0.64A
=====

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 815/2016
FONTE DE RECURSO ESTADUAL
TERMO ADITIVO Nº 0001/2021
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
UGE: 090196 - HOSPITAL MATERNIDADE
LEONOR MENDES DE BARROS
TIPO DESPESA: CUSTEIO

DANFE

DOCUMENTO ADICIONAL DE
 NOTA FISCAL ELETRÔNICA



3521 0143 2838 1100 6190 5500 1000 2555 9213 9897 3651

0 - ENTRADA
 1 - SAIDA

Nº SÉRIE 255592
 FOLHA 1 / 1

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e

www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz autorizada

Av Morvan Dias de Figueiredo
 Vila Guilherme
 Sao Paulo-SP

NATUREZA DA OPERAÇÃO	DADOS DA NF-e
SAIDA DE VENDA	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO CONTRIBUÍVEL 43.283.811/0061-90
INSCRIÇÃO MUNICIPAL 1499-0047	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO CONTRIBUÍVEL 45.349.461/0004-55
INSCRIÇÃO ESTADUAL DO CONTRIBUÍVEL 03064-000	DATA DA EMISSÃO 28/01/2021

DESTINATÁRIO / REMETENTE	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO CONTRIBUÍVEL	DATA DA EMISSÃO
Associação Hospitalar Beneficente do Brasil	45.349.461/0004-55	28/01/2021
Nome / Razão Social	BAIRRO / DISTRITO	DATA DA SAÍDA / ENTRADA
Associação Hospitalar Beneficente do Brasil	Tatuapé	
Endereço	U.F.	HORA DA SAÍDA
Ru Celso Garcia, 2477 UTI AMB - Adriana	SP	
MUNICÍPIO	INSCRIÇÃO ESTADUAL Nº	
São Paulo	03064-000	

BASE DE CÁLCULO DO I.C.M.S.	VALOR DO I.C.M.S.	BASE DE CÁLCULO DO I.C.M.S. SUBST.	VALOR DO I.C.M.S. SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	676,60
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DEPARTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO I.C.M.S.
0,00	0,00		0,00	676,60
TRANSPORTADOR	VOLUMES TRANSPORTADOS			
	0,00		0,00	676,60

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CODIGO ANTI	PLACA DO VEICULO	U.F.	C.N.P.J./C.P.E. Nº
	9 - Sem frete				
ENDEREÇO	MUNICÍPIO			U.F.	INSCRIÇÃO ESTADUAL Nº

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
				78,5	78,560

COD. PROD.	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS / SERVIÇOS	NCM/SH	EST	CEP	UNID.	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	R. RETEN. ICMS	VALOR DO I.C.M.S.	ICMS
605505	Pasta sanfonada plastica A4 12 div azul	42021210	060	5929	PT	3	19,90	59,70	0,00	0,00	0,00
605506	Pasta sanfonada plastica A4 12 div fume	42021210	060	5929	PT	1	19,90	19,90	0,00	0,00	0,00
476102	Papel sulfite Chamex A4 75g 210mmx297mm	48025610	560	5929	PT	30	19,90	597,00	0,00	0,00	0,00

ROCAS - PRODUTOS COM DEFEITO
 7 dias somente em caso de defeito com Nota Fiscal Original e CPF/CNPJ
 Os produtos com defeito, deverão ser encaminhados à assistência técnica do Fabricante.
 Não trocamos produtos por equívoco na compra.
 Não há reembolso quando a compra se deu em estabelecimento comercial.

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

DADOS ADICIONAIS	RESERVAÇÃO FISCAL
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	
Nova Razão Social: Kalunga SA Val Aprox Tributos: R\$ 209,74 (31%) Fonte: IBPT Faturamento 21 (100221 676,60) ICMS retido no cupom fiscal N. 319086 ICMS retido no cupom fiscal N. 319086 Merc Sujeita ao Reg Subst Tribut nos termos do Art. 313-213 do anexo do RICMS - Dec. 54.251	CONVENIO Nº 816/2016 FONTE DE RECURSO ESTADUAL TERMO ADITIVO Nº 0001/2021 SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE UGE 060156 - HOSPITAL MATERNIDADE LEONOR MENDES DE BARRIOS TIPO DESPESA: GUSTEIO

Leonora

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
26/02/2021 - AUTOATENDIMENTO - 16.30.59
7004107004 SEGUNDA VIA 0004

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

AGENCIA: 7004-1 CONTA: 7.004.195-4

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA

REMETENTE : ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

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

AGENCIA: 0236-4 - NOVA PAULISTA

CONTA: 1.023.071-3

FAVORECIDO: EDCLEIA BATISTA FERREIRA

CPF/CNPJ: 276.879.918-18

VALOR: R\$ 2.972,50

DEBITO EM: 19/02/2021

=====

DOCUMENTO: 021901

AUTENTICACAO SISBB: 3.7DC.986.D5A.DF1.33B

CONVÊNIO Nº 815/2016
FONTE DE RECURSO ESTADUAL
TERMO ADITIVO Nº 0001/2021
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
UGE: 090196 - HOSPITAL MATERNIDADE
LEONOR MENDES DE BARROS
TIPO DESPESA: CUSTEIO

TERMO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR

01 CNPJ/CEI 45.349.461/0004-55		02 Razão Social/Nome ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		
03 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) RUA LOPES CHAVES, 531, ANDAR 2				04 Bairro BARRA FUNDA
05 Município SAO PAULO	06 UF SP	07 CEP 01.154-010	08 CNAE 8610-1/02	09 CNPJ/CEI Tomador/Obra

IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR

10 PIS/PASEP 119.57695.66-2		11 Nome EDCLEIA BATISTA FERREIRA		
12 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) Rua MAMBAI, 86				13 Bairro VILA TAQUARI
14 Município SAO PAULO	15 UF SP	16 CEP 08.230-170	17 CTPS (nº, série, UF) 2768799 - 1818 / SP	18 CPF 276.879.918-18
19 Data de Nascimento 27/03/1978	20 Nome da Mãe ALMERINDA BATISTA DA CONCEIÇÃO			

DADOS DO CONTRATO

21 Tipo de Contrato 1. Contrato de trabalho por prazo indeterminado				
22 Causa do Afastamento Despedida sem justa causa, pelo empregador				
23 Remuneração Mês Ant. 2.114,74	24 Data de Admissão 23/12/2020	25 Data do Aviso Prévio 10/02/2021	26 Data de Afastamento 10/02/2021	27 Cod. Afastamento SJ2
28 Pensão Alim. (%) TRCT 0,00	29 Pensão Alim. (%) FGTS 0,00	30 Categoria do Trabalhador 04- Empregado -Cont. prazo deter. (Lei nº 9.601/98)		
31 Código Sindical 021.150.025.863 -	32 CNPJ e Nome da Entidade Sindical Laboral 60.890.928/0001-10 SINDICATO DOS EMPREGADOS EM ESTABELECIMENTOS DE SERVICOS DE SAUDE DE SAO PAULO			

DISCRIMINAÇÃO DAS VERBAS RESCISÓRIAS

VERBAS RESCISÓRIAS

Rubrica	Valor	Rubrica	Valor	Rubrica	Valor
50 Saldo de 10/dias Salário (líquido de 0/faltas e DSR)	R\$ 1.265,58	51 Comissões	R\$ 0,00	52 Gratificação	R\$ 0,00
53 Adic. de Insalubridade ___%	R\$ 0,00	54 Adic. de Periculosidade ___%	R\$ 0,00	55 Adic. Noturno 104,00 horas 20,00%	R\$ 188,24
56.1 Horas Extras ___ horas a ___%	R\$ 0,00	57 Gorjetas	R\$ 0,00	58 Descanso Semanal Remunerado (DSR)	R\$ 0,00
59 Reflexo do DSR sobre Salário Variável	R\$ 20,92	60 Multa Art. 477 § 8º/CLT	R\$ 0,00	61 Multa Art. 479/CLT	R\$ 0,00
62 Salário-Família	R\$ 0,00	63 13º Salário Proporcional ___/12 avos	R\$ 0,00	64.1 13º Salário-Exerc. ___ - ___/12 avos	R\$ 0,00
65 Férias Proporc ___/12 avos	R\$ 0,00	66.1 Férias Venc. Per. Aquis. // a //	R\$ 0,00	68 Terço Constituc. de Férias	R\$ 40,73
69 - Aviso-Prévio Indenizado 30/dias	R\$ 1.715,11	70 13º Salário (Aviso Prévio Indenizado)	R\$ 122,18	71 Férias (Aviso-Prévio Indenizado)	R\$ 122,18
95 Outras Verbas (13 SALARIO TRAB INTERMITENTE)	R\$ 109,04				
		99 Ajuste de Saldo Devedor	R\$ 0,00	TOTAL BRUTO	R\$ 3.583,98

DEDUÇÕES

Desconto	Valor	Desconto	Valor	Desconto	Valor
100 Pensão Alimentícia	R\$ 0,00	101 Adiantamento Salarial	R\$ 0,00	102 Adiantamento 13º Salário	R\$ 0,00
103 Aviso-Prévio Indenizado ___/dias	R\$ 0,00	106 Vale-Transporte	R\$ 53,10	112.1 Previdência Social	R\$ 300,17
112.2 Prev. Social - 13º Salário	R\$ 17,34	114.1 IRRF	R\$ 81,12	114.2 IRRF sobre 13º Salário	R\$ 0,00
115.1 Outros Descontos (DESC VALE REFEIÇÃO)	R\$ 159,75				
				TOTAL DEDUÇÕES	R\$ 611,48
				VALOR LÍQUIDO	R\$ 2.972,50

CONVÊNIO Nº 815/2016
 FONTE DE RECURSO ESTADUAL
 TERMO ADITIVO Nº 0001/2021
 SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
 UGE: 090196 - HOSPITAL MATERNIDADE
 LEONOR MENDES DE BARROS
 TIPO DESPESA: CUSTEIO

Donor
 19/02

19/02
Donor

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
26/02/2021 - AUTOATENDIMENTO - 16.30.59
7004107004 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

AGENCIA: 7004-1 CONTA: 7.004.195-4

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA

REMETENTE : ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

BANCO: 341 - ITAU UNIBANCO S.A.

AGENCIA: 6644-3 - SP/BAIRRO IGUATEMI

CONTA: 35.792-0

FAVORECIDO: ADRIANA OLIVEIRA SANTOS MATOS

CPF/CNPJ: 626.243.185-34

VALOR: R\$ 4.275,04

DEBITO EM: 19/02/2021

=====

DOCUMENTO: 021902

AUTENTICACAO SISBB: 8.C80.7E1.19F.BOD.EBF

CONVÊNIO Nº 815/2016
FONTE DE RECURSO ESTADUAL
TERMO ADITIVO Nº 0001/2021
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
UGE: 090196 - HOSPITAL MATERNIDADE
LEONOR MENDES DE BARROS
TIPO DESPESA: CUSTEIO

TERMO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR

01 CNPJ/CEI 45.349.461/0004-55		02 Razão Social/Nome ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL			
03 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) RUA LOPES CHAVES, 531, ANDAR 2					04 Bairro BARRA FUNDA
05 Município SAO PAULO	06 UF SP	07 CEP 01.154-010	08 CNAE 8610-1/02	09 CNPJ/CEI Tomador/Obra	

IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR

10 PIS/PASEP 136.86253.77-0		11 Nome ADRIANA OLIVEIRA SANTOS MATOS			
12 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) Rua GASPAR BECERRA, 174 - apto 53					13 Bairro JARDIM MARILU
14 Município SAO PAULO	15 UF SP	16 CEP 08.371-370	17 CTPS (nº, série, UF) 044731 - 00413 / SP	18 CPF 626.243.185-34	
19 Data de Nascimento 29/01/1974	20 Nome da Mãe MARIA DAS GRAÇAS DE OLIVEIRA				

DADOS DO CONTRATO

21 Tipo de Contrato 1. Contrato de trabalho por prazo indeterminado					
22 Causa do Afastamento Despedida sem justa causa, pelo empregador					
23 Remuneração Mês Ant. 2.285,44	24 Data de Admissão 20/10/2020	25 Data do Aviso Prévio 10/02/2021	26 Data de Afastamento 10/02/2021	27 Cod. Afastamento SJ2	
28 Pensão Alim. (%) TRCT 0,00	29 Pensão Alim. (%) FGTS 0,00		30 Categoria do Trabalhador 01 - Empregado		
31 Código Sindical 021.150.025.863 -	32 CNPJ e Nome da Entidade Sindical Laboral 60.890.928/0001-10 SINDICATO DOS EMPREGADOS EM ESTABELECIMENTOS DE SERVICOS DE SAUDE DE SAO PAULO				

DISCRIMINAÇÃO DAS VERBAS RESCISÓRIAS

VERBAS RESCISÓRIAS

Rubrica	Valor	Rubrica	Valor	Rubrica	Valor
50 Saldo de 10/dias Salário (líquido de 0/faltas e DSR)	R\$ 663,55	51 Comissões	R\$ 0,00	52 Gratificação	R\$ 0,00
53 Adic. de Insalubridade 20%	R\$ 73,33	54 Adic. de Periculosidade %	R\$ 0,00	55 Adic. Noturno 48,00 horas 20,00%	R\$ 86,86
56.1 Horas Extras ___ horas a ___%	R\$ 0,00	57 Gorjetas	R\$ 0,00	58 Descanso Semanal Remunerado (DSR)	R\$ 0,00
59 Reflexo do DSR sobre Salário Variável	R\$ 9,65	60 Multa Art. 477 § 8º/CLT	R\$ 0,00	61 Multa Art. 479/CLT	R\$ 0,00
62 Salário-Família	R\$ 0,00	63 13º Salário Proporcional 1/12 avos	R\$ 189,05	64.1 13º Salário-Exerc. ___ /12 avos	R\$ 0,00
65 Férias Proporc 4/12 avos	R\$ 780,24	66.1 Férias Venc. Per. Aquis. / / a / /	R\$ 0,00	68 Terço Constituc. de Férias	R\$ 325,10
69 - Aviso-Prévio Indenizado 30/dias	R\$ 2.340,72	70 13º Salário (Aviso Prévio Indenizado)	R\$ 189,05	71 Férias (Aviso-Prévio Indenizado)	R\$ 195,06
		99 Ajuste de Saldo Devedor	R\$ 0,00	TOTAL BRUTO	R\$ 4.852,61

DEDUÇÕES

Desconto	Valor	Desconto	Valor	Desconto	Valor
100 Pensão Alimentícia	R\$ 0,00	101 Adiantamento Salarial	R\$ 0,00	102 Adiantamento 13º Salário	R\$ 0,00
103 Aviso-Prévio Indenizado ___/dias	R\$ 0,00	106 Vale-Transporte	R\$ 28,98	107 Reembolso do Vale-Transporte	R\$ 39,81
112.1 Previdência Social	R\$ 298,28	112.2 Prev. Social - 13º Salário	R\$ 28,35	114.1 IRRF	R\$ 40,15
114.2 IRRF sobre 13º Salário	R\$ 0,00	115.1 Outros Descontos (DESC VALE REFEIÇÃO)	R\$ 142,00		
				TOTAL DEDUÇÕES	R\$ 577,57
				VALOR LÍQUIDO	R\$ 4.275,04

CONVÊNIO Nº 815/2016
 FONTE DE RECURSO ESTADUAL
 TERMO ADITIVO Nº 0001/2021
 SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
 UGE: 040198 - HOSPITAL MATERNIDADE
 LEONOR MENDES DE BARROS
 TIPO DESPESA: CUSTEIO

Adriana
19/02

Adriana

EMPREGADOR				
01 CNPJ/CEI 5 349.461/0004-55		02 Razão Social/Nome ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		
TRABALHADOR				
10 PIS/PASEP 136.86253.77-0		11 Nome ADRIANA OLIVEIRA SANTOS MATOS		
17 CTPS (nº, série, UF) 044731 - 00413 / SP		18 CPF 626.243.185-34	19 Data de Nascimento 29/01/1974	20 Nome da Mãe MARIA DAS GRAÇAS DE OLIVEIRA
CONTRATO				
22 Causa do Afastamento Despedida sem justa causa, pelo empregador				
24 Data de Admissão 20/10/2020	25 Data do Aviso Prévio 10/02/2021	26 Data de Afastamento 10/02/2021	27 Cod. Afastamento SJ2	29 Pensão Alim. (%) FGTS 0,00
30 Categoria do Trabalhador 01 - Empregado				
31 Código Sindical 021.150.025.863 -		32 CNPJ e Nome da Entidade Sindical Laboral 60.890.928/0001-10 SINDICATO DOS EMPREGADOS EM ESTABELECEMENTOS DE SERVICOS DE SAUDE DE SAO PAULO		

As partes assistidas no presente ato de rescisão contratual foram identificadas como legítimas conforme previsto na Instrução Normativa/SRT nº 15/2010.

Fica ressalvado o direito de o trabalhador pleitear judicialmente os direitos informados no campo 155, abaixo.

Jos Paulo, 08 de Março de 2021.

Assoc. Hosp. Benefic. do Brasil

150 Assinatura do Empregador ou Preposto
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

Adriana O. Santos Matos
151 Assinatura do Trabalhador

152 Assinatura do Responsável Legal do Trabalhador

153 Carimbo e Assinatura do Assistente

154 Nome do Órgão Homologador

155 Ressalvas

CONVÊNIO Nº 815/2016
FONTE DE RECURSO ESTADUAL
TERMO ADITIVO Nº 0001/2021
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
UGE: 090196 - HOSPITAL MATERNIDADE
LEONOR MENDES DE BARROS
TIPO DESPESA: CUSTEIO

156 Informações a CAIXA

A ASSISTÊNCIA NO ATO DE RESCISÃO CONTRATUAL É GRATUITA.

Pode o trabalhador iniciar ação judicial quanto aos créditos resultantes das relações de trabalho até o limite de dois

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
26/02/2021 - AUTOATENDIMENTO - 16.30.59
7004107004 SEGUNDA VIA 0004

COMPROVANTE DE PAGAMENTO

CLIENTE: ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN
AGENCIA: 7004-1 CONTA: 7.004.195-4

=====
Convenio FGTS ARREC GRRF
Codigo de Barras 85840000004-3 79440239202-0
10219046163-5 93453494612-9
Data do pagamento 19/02/2021
Identificador 04616393453494612
Data de vencimento 19/02/2021
Valor Total 479,44
=====

DOCUMENTO: 021903
AUTENTICACAO SISBB: 8.E19.25F.E86.FF0.A49

CONVÊNIO Nº 815/2016
FONTE DE RECURSO ESTADUAL
TERMO ADITIVO Nº 0001/2021
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
UGE: 090196 - HOSPITAL MATERNIDADE
LEONOR MENDES DE BARROS
TIPO DESPESA: CUSTEIO



GRRF - Guia de Recolhimento Rescisório do FGTS

Gerada em 15/02/2021 17:53:41

FUNDO DE GARANTIA DO TEMPO DE SERVIÇO

Versão do Aplicativo: 3.3.17 - 24/01/2020

01 - Razão social/Nome ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA	02 - CNPJ/CEI 45.349.461/0004-55
--	-------------------------------------

03 - Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) LOPES CHAVES 531	04 - Contato/DDD/telefone 14-35325198	05 - CEP 11.540-10
--	--	-----------------------

06 - Bairro/distrito BARRA FUNDA	07 - Município SAO PAULO	08 - UF SP	09 - FPAS 639	10 - Simples 1	14 - Qtde Trabalhadores 1
-------------------------------------	-----------------------------	---------------	------------------	-------------------	------------------------------

11- Identificador
04616393453494612

12- Total a Recolher
479,44

13- Data de Validade = 19/02/2021

Atenção: não receber após Validade

Código de Barras

858400000043	794402392020	102190461635	934534946129
--------------	--------------	--------------	--------------

Autenticação mecânica

Via Empresa



GRRF - Guia de Recolhimento Rescisório do FGTS

Gerada em 15/02/2021 17:53:41

FUNDO DE GARANTIA DO TEMPO DE SERVIÇO

Versão do Aplicativo: 3.3.17 - 24/01/2020

01 - Razão social/Nome ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA	02 - CNPJ/CEI 45.349.461/0004-55
--	-------------------------------------

03 - Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) LOPES CHAVES 531	04 - Contato/DDD/telefone 14-35325198	05 - CEP 11.540-10
--	--	-----------------------

06 - Bairro/Distrito BARRA FUNDA	07 - Município SAO PAULO	08 - UF SP	09 - FPAS 639	10 - Simples 1	14 - Qtde Trabalhadores 1
-------------------------------------	-----------------------------	---------------	------------------	-------------------	------------------------------

11- Identificador
04616393453494612

12- Total a Recolher
479,44

13- Data de Validade = 19/02/2021

CONVÊNIO Nº 815/2016
 FONTE DE RECURSO ESTADUAL
 TERMO ADITIVO Nº 0001/2021
 SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
 UGE: 090196 - HOSPITAL MATERNIDADE
 LEONOR MENDES DE BARROS
 TIPO DESPESA: CUSTEIO

Atenção: não receber após Validade

Código de Barras

858400000043	794402392020	102190461635	934534946129
--------------	--------------	--------------	--------------

Autenticação mecânica



19/02/21
 Luana

Via Banco

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
26/02/2021 - AUTOATENDIMENTO - 16.30.59
7004107004 SEGUNDA VIA 0003

COMPROVANTE DE PAGAMENTO

CLIENTE: ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN
AGENCIA: 7004-1 CONTA: 7.004.195-4

=====
Convenio FGTS ARREC GRRF
Codigo de Barras 85830000006-8 60050239202-7
10219046159-7 95253494612-7
Data do pagamento 19/02/2021
Identificador 04615995253494612
Data de vencimento 19/02/2021
Valor Total 660,05

DOCUMENTO: 021904
AUTENTICACAO SISBB: B.403.4CB.C8F.501.CEB

CONVÊNIO Nº 815/2016
FONTE DE RECURSO ESTADUAL
TERMO ADITIVO Nº 0001/2021
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
UGE: 090196 - HOSPITAL MATERNIDADE
LEONOR MENDES DE BARROS
TIPO DESPESA: CUSTEIO



GRRF - Guia de Recolhimento Rescisório do FGTS

Gerada em 15/02/2021 17:17:36

Versão do Aplicativo: 3.3.17 - 24/01/2020

01 - Razão social/Nome ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA						02 - CNPJ/CEI 45.349.461/0004-55	
03 - Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) LOPES CHAVES 531			04 - Contato/DDD/telefone 14-35325198		05 - CEP 11.540-10		
06 - Bairro/distrito BARRA FUNDA		07 - Município SAO PAULO		08 - UF SP	09 - FPAS 639	10 - Simples 1	14 - Qtde Trabalhadores 1
11 - Identificador 04615995253494612				12 - Total a Recolher 660,05			
13 - Data de Validade = 19/02/2021							

Atenção: não receber após Validade

Código de Barras

Autenticação mecânica

858300000068 600502392027 102190461597 952534946127

Via Empresa



GRRF - Guia de Recolhimento Rescisório do FGTS

Gerada em 15/02/2021 17:17:36

FUNDO DE GARANTIA DO TEMPO DE SERVIÇO

Versão do Aplicativo: 3.3.17 - 24/01/2020

01 - Razão social/Nome ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA						02 - CNPJ/CEI 45.349.461/0004-55	
03 - Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) LOPES CHAVES 531			04 - Contato/DDD/telefone 14-35325198		05 - CEP 11.540-10		
06 - Bairro/Distrito BARRA FUNDA		07 - Município SAO PAULO		08 - UF SP	09 - FPAS 639	10 - Simples 1	14 - Qtde Trabalhadores 1
11 - Identificador 04615995253494612				12 - Total a Recolher 660,05			
13 - Data de Validade = 19/02/2021							

CONVENIO Nº 813/2016
FONTE DE RECURSO ESTADUAL
TERMO ADITIVO Nº 0001/2021
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
UGE: 090196 - HOSPITAL MATERNIDADE
LEONOR MENDES DE BARROS
TIPO DESPESA: CUSTEIO

Atenção: não receber após Validade

Código de Barras

Autenticação mecânica

858300000068 600502392027 102190461597 952534946127



19/02/21
Luana

Via Banco

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
26/02/2021 - AUTOATENDIMENTO - 16.30.59
7004107004 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO


CLIENTE: ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN
AGENCIA: 7004-1 CONTA: 7.004.195-4

=====

AG. ARRECADADOR	
CNC 001 - 7004 - RUA SILVA JARDIM	SP
CODIGO DE BARRAS	85650000018 30040064105
	01453494610 00105611031
DATA DO PAGAMENTO	19/02/2021
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	1.830,04

DOCUMENTO: 021905
AUTENTICACAO SISBB: 7.1F0.9A8.6D4.A5F.E3A


CONVÊNIO Nº 815/2016
FONTE DE RECURSO ESTADUAL
TERMO ADITIVO Nº 0001/2021
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
UGE: 090196 - HOSPITAL MATERNIDADE
LEONOR MENDES DE BARROS
TIPO DESPESA: CUSTEIO

 MINISTÉRIO DA FAZENDA SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL Documento de Arrecadação de Receitas Federais DARF	02 PERÍODO DE APURAÇÃO	31/01/2021
	03 NÚMERO DO CPF OU CNPJ	45.349.461/0001-02
	04 CÓDIGO DA RECEITA	0561
	05 NÚMERO DE REFERÊNCIA	
01 NOME / TELEFONE ASSOC HOSP BENEF DO BRASIL 1633748438	06 DATA DE VENCIMENTO	19/02/2021
DARF IRRF 01 2021 UTI LEO NOR DARF válido para pagamento até 19/02/2021 Domicílio tributário do contribuinte: LINS NÃO RECEBER COM RASURAS Auto Atendimento Versão 5.59.71.6643 - opção 1 - DLL versão 1.4	07 VALOR DO PRINCIPAL	1.830,04
	08 VALOR DA MULTA	0,00
	09 VALOR DOS JUROS E / OU ENCARGOS DL - 1.025/69	0,00
	10 VALOR TOTAL	1.830,04

8565000018-2 30040064105-0 01453494610-9 00105611031-3 11 AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1ª e 2ª vias)



— cortar nesta linha —

 MINISTÉRIO DA FAZENDA SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL Documento de Arrecadação de Receitas Federais DARF	02 PERÍODO DE APURAÇÃO	31/01/2021
	03 NÚMERO DO CPF OU CNPJ	45.349.461/0001-02
	04 CÓDIGO DA RECEITA	0561
	05 NÚMERO DE REFERÊNCIA	
01 NOME / TELEFONE ASSOC HOSP BENEF DO BRASIL 1633748438	06 DATA DE VENCIMENTO	19/02/2021
DARF IRRF 01 2021 UTI LEO NOR DARF válido para pagamento até 19/02/2021 Domicílio tributário do contribuinte: LINS NÃO RECEBER COM RASURAS Auto Atendimento Versão 5.59.71.6643 - opção 1 - DLL versão 1.4	07 VALOR DO PRINCIPAL	1.830,04
	08 VALOR DA MULTA	0,00
	09 VALOR DOS JUROS E / OU ENCARGOS DL - 1.025/69	0,00
	10 VALOR TOTAL	1.830,04

8565000018-2 30040064105-0 01453494610-9 00105611031-3 11 AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1ª e 2ª vias)



— cortar nesta linha —

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

CONVÊNIO Nº 815/2016
 FONTE DE RECURSO ESTADUAL
 TERMO ADITIVO Nº 0001/2021
 SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
 UGE: 090196 - HOSPITAL MATERNIDADE
 LEONOR MENDES DE BARROS
 TIPO DESPESA: CUSTEIO

19/02/2021
 Luana

RELAÇÃO DAS BASES DO IRRF

Código	Nome do empregado	Tipo	Base cálculo	Abatimentos	Dependentes	ND	Taxa	Dedução	Valor IRRF
Período: 01/01/2021 a 31/01/2021									
EMPREGADOS									
3751	CAMILA FERREIRA DE CARVALHO	Mensal 12/20	4.016,73	421,27	0,00	0	15,00	354,80	184,52
2807	CATIA ELAINE CALASTRO	Mensal 12/20	3.714,42	388,49	0,00	0	15,00	354,80	144,09
3814	DENISE JEANETE RODRIGUES	Mensal 12/20	2.411,10	210,96	0,00	0	7,50	142,80	22,21
3737	FERNANDA RAMOS DE CARVALHO	Mensal 12/20	3.685,16	374,85	0,00	0	15,00	354,80	141,75
3752	FLAVIA DUARTE TEICHEIRA	Mensal 12/20	2.268,69	193,87	0,00	0	7,50	142,80	12,81
2216	LUCIANO LUCAS DE MELO	13o 12/20	2,28	0,27	0,00	0	7,50	142,80	0,15
2112	MARINALVA MORETTI RODGERIO	Férias	2.961,72	272,79	0,00	0	7,50	142,80	58,87
2112	MARINALVA MORETTI RODGERIO	13o 12/20	0,25	0,03	0,00	0	7,50	142,80	0,02
2813	NAYARA FERNANDA SILVA DA COSTA	Mensal 12/20	4.028,03	422,85	0,00	0	15,00	354,80	185,98
2813	NAYARA FERNANDA SILVA DA COSTA	13o 12/20	14,11	1,97	0,00	0	15,00	354,80	1,82
2109	PRISCILA DANIELLE VIGO DA SILVA	Mensal 12/20	4.685,68	514,92	189,59	1	22,50	636,13	259,63
2109	PRISCILA DANIELLE VIGO DA SILVA	Férias	5.835,84	675,95	189,59	1	27,50	869,36	497,47
2109	PRISCILA DANIELLE VIGO DA SILVA	13o 12/20	31,79	4,46	0,00	0	15,00	354,80	4,10
3812	RAPHAELLA MOREIRA VITALINO	Mensal 12/20	2.421,89	212,25	0,00	0	7,50	142,80	22,92
3813	ROSANGELA SANTOS DE OLIVEIRA	Mensal 12/20	3.764,28	385,93	0,00	0	15,00	354,80	151,95
2773	VANESSA SOARES DOS SANTOS	Mensal 12/20	3.685,16	374,85	0,00	0	15,00	354,80	141,75
Total:			43.527,13	4.455,71					1.830,04

Empregados: 16 Estagiários: 0 Contribuintes: 0 Total: 43.527,13 4.455,71 379,18 1.830,04

Total Geral:
 Empregados: 12 Estagiários: 0 Contribuintes: 0 Total: 43.527,13 4.455,71 379,18 1.830,04

Resumo Geral IRRF

Cód. de Recolhimento	Periodicidade	Valores Acum. Comp. Ant.	Valor a Recolher	Valor a Compensar	Valor a Pagar	Valor a Acumular
Todos	12/2020	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0561	Mensal 12/2020	0,00	39.989,23	0,00	39.989,23	0,00
0588	Mensal 12/2020	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Totalizador			39.989,23	0,00	39.989,23	0,00

CONVÊNIO Nº 815/2016
 FONTE DE RECURSO ESTADUAL
 TERMO ADITIVO Nº 0001/2021
 SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
 UGE: 090196 - HOSPITAL MATERNIDADE
 LEONOR MENDES DE BARROS
 TIPO DESPESA: CUSTEIO

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
26/02/2021 - AUTOATENDIMENTO - 16.30.59
7004107004 SEGUNDA VIA 0003
COMPROVANTE DE PAGAMENTO

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

CLIENTE: ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN
AGENCIA: 7004-1 CONTA: 7.004.195-4
=====

CODIGO DO PAGAMENTO	2305
COMPETENCIA	01/2021
IDENTIFICADOR	45349461000455
DATA DO PAGAMENTO	19/02/2021
VALOR DO INSS	4.046,08
VALOR OUTRAS ENTIDADES	0,00
VALOR ATM/JUROS/MULTA	0,00
VALOR TOTAL	4.046,08

=====

DOCUMENTO: 021906
AUTENTICACAO SISBB: 9.2D6.F41.FDF.CA2.D48

***** VIA EMPREGADOR *****

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
26/02/2021 - AUTOATENDIMENTO - 16.30.59
7004107004 SEGUNDA VIA 0003
COMPROVANTE DE PAGAMENTO

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

CLIENTE: ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN
=====

CODIGO DO PAGAMENTO	2305
COMPETENCIA	01/2021
IDENTIFICADOR	45349461000455
DATA DO PAGAMENTO	19/02/2021
VALOR DO INSS	4.046,08
VALOR OUTRAS ENTIDADES	0,00
VALOR ATM/JUROS/MULTA	0,00
VALOR TOTAL	4.046,08

=====

DOCUMENTO: 021906
AUTENTICACAO SISBB: 9.2D6.F41.FDF.CA2.D48

***** VIA CONTRIBUINTE *****


CONVÊNIO Nº 815/2016
FONTE DE RECURSO ESTADUAL
TERMO ADITIVO Nº 0001/2021
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
UGE: 090196 - HOSPITAL MATERNIDADE
LEONOR MENDES DE BARROS
TIPO DESPESA: CUSTEIO

Leonor


16/02/2021

GPS - Guia da Previdência Social

1ª Via - INSS - 2ª Via - CONTRIBUINTE

 PREVIDÊNCIA SOCIAL	MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - MPS INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS SECRETARIA DA RECEITA PREVIDENCIÁRIA - SRP	3 - CÓDIGO DE PAGAMENTO	2305
	GUIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - GPS	4 - COMPETÊNCIA	01/2021
		5 - IDENTIFICADOR	45.349.461/0004-55
1 - NOME OU RAZÃO SOCIAL / FONE / ENDEREÇO CNPJ 45.349.461/0004-55 ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303 SALA 4 JARDIM ARIANO LINS SP CEP 16400-400		6 - VALOR DO INSS	4.046,08
		7 -	
		8 -	
2 - VENCIMENTO (Uso exclusivo INSS)	19/02/2021	9 - VALOR OUTRAS ENTIDADES	0,00
ATENÇÃO: É vedada a utilização de GPS para recolhimento de receita de valor inferior ao estipulado em resolução publicada pelo INSS. A receita que resultar valor inferior deverá ser adicionada à contribuição ou importância correspondente nos meses subsequentes, até que o total seja igual ou superior ao valor mínimo fixado.		10 - ATM/MULTA E JUROS	0,00
		11 - TOTAL	4.046,08
AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA			

1ª Via - INSS - 2ª Via - CONTRIBUINTE

 PREVIDÊNCIA SOCIAL	MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - MPS INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS SECRETARIA DA RECEITA PREVIDENCIÁRIA - SRP	3 - CÓDIGO DE PAGAMENTO	2305
	GUIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - GPS	4 - COMPETÊNCIA	01/2021
		5 - IDENTIFICADOR	45.349.461/0004-55
1 - NOME OU RAZÃO SOCIAL / FONE / ENDEREÇO CNPJ 45.349.461/0004-55 ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303 SALA 4 JARDIM ARIANO LINS SP CEP 16400-400		6 - VALOR DO INSS	4.046,08
		7 -	
		8 -	
2 - VENCIMENTO (Uso exclusivo INSS)	19/02/2021	9 - VALOR OUTRAS ENTIDADES	0,00
ATENÇÃO: É vedada a utilização de GPS para recolhimento de receita de valor inferior ao estipulado em resolução publicada pelo INSS. A receita que resultar valor inferior deverá ser adicionada à contribuição ou importância correspondente nos meses subsequentes, até que o total seja igual ou superior ao valor mínimo fixado.		10 - ATM/MULTA E JUROS	0,00
		11 - TOTAL	4.046,08
AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA			

CONVÊNIO Nº 815/2016
FONTE DE RECURSO ESTADUAL
TERMO ADITIVO Nº 0001/2021
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
UGE: 090196 - HOSPITAL MATERNIDADE
LEONOR MENDES DE BARROS
TIPO DESPESA: CUSTEIO

RELAÇÃO DE BASES DO INSS

Código	Nome do empregado	Base cálculo	Excedente	Ded.sal.mat.13	Deduções	Taxa	Valor	
EMPREGADOS								
3801	ADRIANA OLIVEIRA SANTOS MATOS	2.285,44	0,00	0,00	0,00	8,39	191,64	
2989	ANA PAULA DE SOUZA	2.210,64	0,00	0,00	0,00	8,26	182,66	
3751	CAMILA FERREIRA DE CARVALHO	3.816,20	0,00	0,00	0,00	10,10	385,54	
2807	CATIA ELAINE CALASTRO	4.055,36	0,00	0,00	0,00	10,33	419,02	
3814	DENISE JEANETE RODRIGUES	2.453,74	0,00	0,00	0,00	8,63	211,84	
3909	EDCLEIA BATISTA FERREIRA	2.025,99	0,00	0,00	0,00	8,12	163,71	
2805	EFIGENIA DE FREITAS	2.210,64	0,00	0,00	0,00	8,26	182,66	
3566	ELAINE CRISTINA OLIVEIRA DOS SANTOS	2.339,20	0,00	0,00	0,00	8,47	198,09	
2786	ELIANA SILVA MEIRA	2.378,94	0,00	0,00	0,00	8,53	202,86	
3737	FERNANDA RAMOS DE CARVALHO	3.696,16	0,00	0,00	0,00	9,98	368,74	
3752	FLAVIA DUARTE TEICHEIRA	2.357,90	0,00	0,00	0,00	8,50	200,34	
3556	KATIA ALVES DOS SANTOS	2.210,64	0,00	0,00	0,00	8,26	182,66	
2216	LUCIANO LUCAS DE MELO	2.435,04	0,00	0,00	0,00	8,61	209,59	
2358	MAGNA OGLEIDE DA SILVA ARAUJO	2.210,64	0,00	0,00	2.210,64	8,26	182,66	
2112	MARINALVA MORETTI RODGERIO	2.210,64	0,00	0,00	0,00	8,26	182,66	
2813	NAYARA FERNANDA SILVA DA COSTA	4.039,03	0,00	0,00	0,00	10,32	416,74	
2109	PRISCILA DANIELLE VIGO DA SILVA	5.505,73	0,00	0,00	0,00	11,58	622,08	
2047	QUELCILENE DE PAULA E SILVA	2.210,64	0,00	0,00	0,00	8,26	182,66	
3812	RAPHAELLA MOREIRA VITALINO	2.451,41	0,00	0,00	0,00	8,63	211,56	
3813	ROSANGELA SANTOS DE OLIVEIRA	4.048,33	0,00	0,00	0,00	10,02	398,02	
2166	SANDRA RODRIGUES VIEIRA	2.472,44	0,00	0,00	0,00	8,66	214,08	
2052	SUELI GOMES BARBOSA	3.102,55	0,00	0,00	0,00	9,52	289,69	
4089	TALITA HELEN DE SOUZA SILVA	246,41	0,00	0,00	0,00	7,50	18,48	
2773	VANESSA SOARES DOS SANTOS	4.196,16	0,00	0,00	0,00	10,46	438,74	
	Empregados:	24	Total:	67.169,87	0,00	0,00	2.210,64	6.256,72
	Contribuintes:	0	Total:	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Total:	24	Total:	67.169,87	0,00	0,00	2.210,64	6.256,72

Resumo Geral das bases de INSS

	Base cálculo	Excedente	Segurados	Contribuintes	RAT	Empresa	Deduções	Terceiros	Total
Total	67.169,87	0,00	6.256,72	0,00	0,00	0,00	2.210,64	0,00	4.046,08

CONVÊNIO Nº 815/2016
 FONTE DE RECURSO ESTADUAL
 TERMO ADITIVO Nº 0001/2021
 SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
 UGE: 090196 - HOSPITAL MATERNIDADE
 LEONOR MENDES DE BARROS
 TIPO DESPESA: CUSTEIO

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
26/02/2021 - AUTOATENDIMENTO - 16.30.59
7004107004 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE DARF/DARF SIMPLES
CLIENTE: ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN
AGENCIA: 7004-1 CONTA: 7.004.195-4

=====

AGENTE ARRECADADOR

CNC 001 - 7004 - AGENCIA RUA SILVA JARDIM SP
CODIGO DE BARRAS -----

DATA DO PAGAMENTO	19/02/2021
PERIODO DE APURACAO	31/01/2021
NUMERO DO CPNJ	45.349.461/0001-02
CODIGO DA RECEITA	1708
NUMERO DE REFERENCIA	-----
DATA DO VENCIMENTO	19/02/2021
RECEITA BRUTA ACUMULADA	-----
PERCENTUAL	-----
VALOR DO PRINCIPAL	21,57
VALOR DA MULTA	-----
VALOR DOS JUROS	-----
VALOR TOTAL	21,57


=====


AUTENTICACAO SISBB: D.A91.65F.930.3BC.289
Modelo Aprovado pela SRF - ADE
Conjunto Corat/Cotec n. 001,DE 2006

=====

DOCUMENTO: 021907

CONVÊNIO Nº 815/2016
FONTE DE RECURSO ESTADUAL
TERMO ADITIVO Nº 0001/2021
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
UGE: 090196 - HOSPITAL MATERNIDADE
LEONOR MENDES DE BARROS
TIPO DESPESA: CUSTEIO

 MINISTÉRIO DA FAZENDA SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL Documento de Arrecadação de Receitas Federais DARF	02 PERÍODO DE APURAÇÃO →	31/01/2021
	03 NÚMERO DO CPF OU CNPJ →	45.349.461/0001-02
	04 CÓDIGO DA RECEITA →	1708
	05 NÚMERO DE REFERÊNCIA →	
01 NOME / RAZÃO SOCIAL ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL	06 DATA DE VENCIMENTO →	19/02/2021
Data limite para acolhimento: 19/02/2021	07 VALOR DO PRINCIPAL →	21,57
Observações:	08 VALOR DA MULTA →	0,00
Sicalc Contribuinte - 6643 - SP	09 VALOR DOS JUROS E / OU ENCARGOS DL - 1.025/69 →	0,00
SEMDA (Versão:4.9.7)	10 VALOR TOTAL →	21,57
17/02/2021 14:56:33	11 AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1a. e 2a. vias)	

 MINISTÉRIO DA FAZENDA SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL Documento de Arrecadação de Receitas Federais DARF	02 PERÍODO DE APURAÇÃO →	31/01/2021
	03 NÚMERO DO CPF OU CNPJ →	45.349.461/0001-02
	04 CÓDIGO DA RECEITA →	1708
	05 NÚMERO DE REFERÊNCIA →	
01 NOME / RAZÃO SOCIAL ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL	06 DATA DE VENCIMENTO →	19/02/2021
Data limite para acolhimento: 19/02/2021	07 VALOR DO PRINCIPAL →	21,57
Observações:	08 VALOR DA MULTA →	0,00
Sicalc Contribuinte - 6643 - SP	09 VALOR DOS JUROS E / OU ENCARGOS DL - 1.025/69 →	0,00
SEMDA (Versão:4.9.7)	10 VALOR TOTAL →	21,57
17/02/2021 14:56:33	11 AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1a. e 2a. vias)	

CONVÊNIO Nº 815/2016
 FONTE DE RECURSO ESTADUAL
 TERMO ADITIVO Nº 0001/2021
 SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
 UGE: 090196 - HOSPITAL MATERNIDADE
 LEONOR MENDES DE BARROS
 TIPO DESPESA: CUSTEIO

DATA DO DOCUMENTO	Nº DOC	CREADOR	BC	ISS	IRRF	PCC		TOTAL IMP.	TOT. LIQUIDO
04/01/2021	1808	Destra Apoio e Prev em Seg do Trabalho Ltda	R\$ 1.438,00	R\$ -	R\$ 21,57	R\$ 66,87		R\$ 88,44	R\$ 1.349,56
					R\$ -	R\$ -		R\$ -	R\$ -
					R\$ -	R\$ -		R\$ -	R\$ -
TOTAL			R\$ 1.438,00	R\$ -	R\$ 21,57	R\$ 66,87		R\$ 88,44	R\$ 1.349,56

CONVÊNIO Nº 815/2016
 FONTE DE RECURSO ESTADUAL
 TERMO ADITIVO Nº 0001/2021
 SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
 UGE: 090196 - HOSPITAL MATERNIDADE
 LEONOR MENDES DE BARROS
 TIPO DESPESA: CUSTEIO

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
26/02/2021 - AUTOATENDIMENTO - 16.30.59
7004107004 SEGUNDA VIA 0006

COMPROVANTE DE PAGAMENTO
COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE DARF/DARF SIMPLES
CLIENTE: ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN
AGENCIA: 7004-1 CONTA: 7.004.195-4

=====

AGENTE ARRECADADOR
CNC 001 - 7004 - AGENCIA RUA SILVA JARDIM SP
CODIGO DE BARRAS -----

DATA DO PAGAMENTO 19/02/2021
PERIODO DE APURACAO 31/01/2021
NUMERO DO CPNJ 45.349.461/0001-02
CODIGO DA RECEITA 5952
NUMERO DE REFERENCIA -----
DATA DO VENCIMENTO 19/02/2021
RECEITA BRUTA ACUMULADA -----
PERCENTUAL -----
VALOR DO PRINCIPAL 66,87
VALOR DA MULTA -----
VALOR DOS JUROS -----
VALOR TOTAL 66,87

=====


AUTENTICACAO SISBB: A.197.BBF.D01.283.D61
Modelo Aprovado pela SRF - ADE
Conjunto Corat/Cotec n. 001,DE 2006

=====

DOCUMENTO: 021908

Anna

1a. via

 MINISTÉRIO DA FAZENDA SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL Documento de Arrecadação de Receitas Federais DARF	02 PERÍODO DE APURAÇÃO →	31/01/2021
	03 NÚMERO DO CPF OU CNPJ →	45.349.461/0001-02
	04 CÓDIGO DA RECEITA →	5952
	05 NÚMERO DE REFERÊNCIA →	
	06 DATA DE VENCIMENTO →	19/02/2021
	07 VALOR DO PRINCIPAL →	66,87
	08 VALOR DA MULTA →	0,00
	09 VALOR DOS JUROS E / OU ENCARGOS DL - 1.025/69 →	0,00
	10 VALOR TOTAL →	66,87
	11 AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1a. e 2a. vias)	

01 NOME / RAZÃO SOCIAL
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL


Data limite para acolhimento: **19/02/2021**

Observações:

Sicalc Contribuinte - 6643 - SP

SEDA (Versão:4.9.7) 17/02/2021 14:59:05

2a. via

 MINISTÉRIO DA FAZENDA SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL Documento de Arrecadação de Receitas Federais DARF	02 PERÍODO DE APURAÇÃO →	31/01/2021
	03 NÚMERO DO CPF OU CNPJ →	45.349.461/0001-02
	04 CÓDIGO DA RECEITA →	5952
	05 NÚMERO DE REFERÊNCIA →	
	06 DATA DE VENCIMENTO →	19/02/2021
	07 VALOR DO PRINCIPAL →	66,87
	08 VALOR DA MULTA →	0,00
	09 VALOR DOS JUROS E / OU ENCARGOS DL - 1.025/69 →	0,00
	10 VALOR TOTAL →	66,87
	11 AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1a. e 2a. vias)	

01 NOME / RAZÃO SOCIAL
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

Data limite para acolhimento: **19/02/2021**

Observações:

Sicalc Contribuinte - 6643 - SP

SEDA (Versão:4.9.7) 17/02/2021 14:59:05

CONVÊNIO Nº 815/2016
 FONTE DE RECURSO ESTADUAL
 TERMO ADITIVO Nº 0001/2021
 SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
 UGE: 090196 - HOSPITAL MATERNIDADE
 LEONOR MENDES DE BARROS
 TIPO DESPESA: CUSTEIO

111

DATA DO DOCUMENTO	Nº DOC	CREDOR	BC	ISS	IRRF	PCC		TOTAL IMP.	TOT. LIQUIDO
04/01/2021	1808	Destra Apoio e Prev em Seg do Trabalho Ltda	R\$ 1.438,00	R\$ -	R\$ 21,57	R\$ 66,87		R\$ 88,44	R\$ 1.349,56
				R\$ -	R\$ -	R\$ -		R\$ -	R\$ -
				R\$ -	R\$ -	R\$ -		R\$ -	R\$ -
TOTAL			R\$ 1.438,00	R\$ -	R\$ 21,57	R\$ 66,87		R\$ 88,44	R\$ 1.349,56

CONVÊNIO Nº 815/2016
 FONTE DE RECURSO ESTADUAL
 TERMO ADITIVO Nº 0001/2021
 SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
 UGE: 090196 - HOSPITAL MATERNIDADE
 LEONOR MENDES DE BARROS
 TIPO DESPESA: CUSTEIO

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
26/02/2021 - AUTOATENDIMENTO - 16.30.59
7004107004 SEGUNDA VIA 0003

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

AGENCIA: 7004-1 CONTA: 7.004.195-4

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA

REMETENTE : ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

BANCO: 756 - BANCO COOPERATIVO DO BRASIL S.A.

AGENCIA: 5042-3 - UNIMAIS CENTRO LESTE PAULISTA

CONTA: 4.599-3

FAVORECIDO: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE D

CPF/CNPJ: 45.349.461/0003-74

VALOR: R\$ 60,34


DEBITO EM: 19/02/2021

=====

DOCUMENTO: 021909

AUTENTICACAO SISBB: A.D2F.EB1.289.F2A.B54

CONVÊNIO Nº 815/2016
FONTE DE RECURSO ESTADUAL
TERMO ADITIVO Nº 0001/2021
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
UGE: 090196 - HOSPITAL MATERNIDADE
LEONOR MENDES DE BARROS
TIPO DESPESA: CUSTEIO

 PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFS-e RPS Nº 598906398883 Série A, emitido em 01/02/2021 20210210u20617386000192	Número da Nota 00027753			
	Data e Hora de Emissão 01/02/2021 09:12:23			
	Código de Verificação PWWJ-3WBF			
PRESTADOR DE SERVIÇOS				
CPF/CNPJ: 20.617.386/0001-92 Inscrição Municipal: 5.046.020-0 Nome/Razão Social: AUTOMATIZACOES SEculo XXI TRATAMENTO DE DADOS LTDA - EPP Endereço: R MARTINS FONTES 230, 7º E 9º ANDAR - CENTRO - CEP: 01050-000 Município: São Paulo UF: SP				
TOMADOR DE SERVIÇOS				
Nome/Razão Social: ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02 Inscrição Municipal: ---- Endereço: AV JOSÉ ARIANO RODRIGUES 303, SALA 03 - JARDIM ARIANO - CEP: 16400-400 Município: Lins UF: SP E-mail: ----				
INTERMEDIÁRIO DE SERVIÇOS				
CPF/CNPJ: ---- Nome/Razão Social: ----				
DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS				
Prestação de serviços do uso da plataforma PONTOTEL, que é um software padrão, não customizado Não há aplicação de retenção, seja IRRF ou CSRF Obs: Vencimento conforme boleto emitido				
VALOR TOTAL DO SERVIÇO = R\$ 1.562,00				
INSS (R\$)	IRRF (R\$)	CSLL (R\$)	COFINS (R\$)	PIS/PASEP (R\$)
-	-	-	-	-
Código do Serviço				
02800 - Licenciamento ou cessão de direito de uso de programas de computação, inclusive distribuição.				
Valor Total das Deduções (R\$)	Base de Cálculo (R\$)	Alíquota (%)	Valor do ISS (R\$)	Crédito (R\$)
0,00	1.562,00	2,90%	45,29	0,00
Município da Prestação do Serviço		Número inscrição da Obra	Valor Aproximado dos Tributos / Fonte	
-		-	-	
OUTRAS INFORMAÇÕES				
(1) Esta NFS-e foi emitida com respaldo na Lei nº 14 097/2005; (2) Esta NFS-e substitui o RPS Nº 598906398883 Série A, emitido em 01/02/2021; (3) Data de vencimento do ISS desta NFS-e: 10/03/2021;				

CONVÊNIO Nº 815/2016
 FONTE DE RECURSO ESTADUAL
 TERMO ADITIVO Nº 0001/2021
 SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
 UGE: 090196 - HOSPITAL MATERNIDADE
 LEONOR MENDES DE BARROS
 TIPO DESPESA: CUSTEIO

26/02/2021 - BANCO DO BRASIL - 16:30:59
700407004 0002

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN
AGENCIA: 7004-1 CONTA: 7.004.195-4

=====

00190000090319409800401854284179185500000234210

BENEFICIARIO:

SAO PAULO TRANSPORTE SA

NOME FANTASIA:

SP TRANS - Loja Virtual - Vale Tran

CNPJ: 60.498.417/0001-58

PAGADOR:

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE D

CNPJ: 45.349.461/0004-55

NR. DOCUMENTO	22.601
NOSSO NUMERO	31940980001854284
CONVENIO	03194098
DATA DE VENCIMENTO	05/03/2021
DATA DO PAGAMENTO	26/02/2021
VALOR DO DOCUMENTO	2.342,10
VALOR COBRADO	2.342,10

NR.AUTENTICACAO	0.EAD.B2B.339.B4B.062
-----------------	-----------------------

=====


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 815/2016
FONTE DE RECURSO ESTADUAL
TERMO ADITIVO Nº 0001/2021
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
UGE: 090196 - HOSPITAL MATERNIDADE
LEONOR MENDES DE BARROS
TIPO DESPESA: CUSTEIO

 São Paulo Transporte S/A - Loja Virtual RUA BOA VISTA - N.º 236 - CENTRO CEP: 01014-000 - SÃO PAULO - SP C.N.P.J.: 60.498.417/0001-58					RECIBO - VALE TRANSPORTE <input checked="" type="checkbox"/> 1.ª Via <input type="checkbox"/> 2.ª via	
ID LOJA 152	PEDIDO 54358856	RECIBO Série A 1715680	JUR <input checked="" type="checkbox"/>	FÍS <input type="checkbox"/>	CNPJ/CPF 45349461000455	NOME DO EMPREGADOR ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA
ENDEREÇO RUA LOPES CHAVES			COMPLEMENTO ANDAR 2	BAIRRO BARRA FUNDA	MUNICÍPIO SÃO PAULO	CEP 01154010
VALOR TOTAL 2.342,10		VALOR POR EXTENSO dois mil e trezentos e quarenta e dois reais e dez centavos				
PRODUTO VT ELETRONICO				CÓDIGO 701	VALOR 2.284,98	
OPERAÇÃO DE RECARGA (1%) ADMINISTRAÇÃO (1,5%) COBRANÇA BANCÁRIA TOTAL PAGO					22,85 34,27 0,00 2.342,10	
DATA 04:05 18/03/2021	QUANTIDADE DE BENEFICIÁRIOS 11	PERÍODO DE UTILIZAÇÃO 25/02/2021 à 27/03/2021			AUTENTICAÇÃO 0788F26CDFEBB68F6012064C9DDF48D1B845F5CACBEF0DB2	



Acesso .: Carrinho de Crédito

Cadastros

Pedidos

Relatórios

Fale Conosco

Sair

Quantidade de pedidos: 11

Descrição	Nome	Cartão	Valor Total(R\$)
Crédito	ADRIELLE RODRIGUES DOS SANTOS	845423407	230,10
Crédito	CATIA ELAINE CALASTRO	725469532	247,80
Crédito	DENISE JEANETE RODRIGUES	606160640	247,80
Crédito	EFIGENIA DE FREITAS	571301606	125,58
Crédito	ELAINE CRISTINA OLIVEIRA DOS SANTOS	814910570	247,80
Crédito	FLAVIA DUARTE TEICHEIRA	601147554	247,80
Crédito	KATIA ALVES DOS SANTOS	589948147	230,10
Crédito	LUCIANO LUCAS DE MELO	488812818	230,10
Crédito	QUELCILENE DE PAULA E SILVA	354778637	230,10
Crédito	SANDRA RODRIGUES VIEIRA	614447369	17,70
Crédito	SUELI GOMES BARBOSA	764167200	230,10
Sub-total:			2.284,98

Rede de recarga/Adm.: 57,12
Cobrança bancária: 0,00

Total 2.342,10

- Os usuários dos cartões selecionados poderão fazer o recarregamento do cartão assim que for confirmado o pagamento do boleto.

Pedido número 54358856, anote este número e acompanhe seu pedido.

Clique [aqui](#) se quiser exportar o seu pedido de crédito (formato CSV).

[Voltar](#)

CONVÊNIO Nº 815/2016
FONTE DE RECURSO ESTADUAL
TERMO ADITIVO Nº 0001/2021
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
UGE: 090196 - HOSPITAL MATERNIDADE
LEONOR MENDES DE BARROS
TIPO DESPESA: CUSTEIO

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
26/02/2021 - AUTOATENDIMENTO - 16.31.00
7004107004 SEGUNDA VIA 0003

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

AGENCIA: 7004-1 CONTA: 7.004.195-4

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA

REMETENTE : ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

BANCO: 341 - ITAU UNIBANCO S.A.

AGENCIA: 8859-5 - ITAQUAQUECETUBA/PD JOAO

CONTA: 61.554-7

FAVORECIDO: QUATAI TRANSPORTE DE PASSAGEIROS SP

CPF/CNPJ: 31.599.393/0001-25

VALOR: R\$ 114,40

DEBITO EM: 26/02/2021

=====

DOCUMENTO: 022602

AUTENTICACAO SISBB: A.6F3.40B.D94.623.1EE

Transação efetuada com sucesso por: JD707545 JOAO PEDRO MONTEIRO PINOTTI AFFONSO.

CONVÊNIO Nº 815/2016
FONTE DE RECURSO ESTADUAL
TERMO ADITIVO Nº 0001/2021
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
UGE: 090196 - HOSPITAL MATERNIDADE
LEONOR MENDES DE BARROS
TIPO DESPESA: CUSTEIO

Relação Funcionários – Itaqué Passes

Compra vale-transporte MARÇO de 2021

Nome do Colaborador	Itinerário	Empresa	Valor Vt	Valor dia	Dias Mês	Total
Quelcilene de Paula e Silva	Itaquaquetuba/São Paulo	Itaquá Passes	R\$ 4,40	R\$ 8,80	13	114,40

Total R\$ 114,40

26/02/21
Liana

CONVÊNIO Nº 815/2016
FONTE DE RECURSO ESTADUAL
TERMO ADITIVO Nº 0001/2021
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
UGE: 090196 - HOSPITAL MATERNIDADE
LEONOR MENDES DE BARROS
TIPO DESPESA: CUSTEIO

UTI MATERNA HMLMB	Formulário		Edcléia Batista Ferreira COREN-SP 199354-TE
	Registro de Ponto Manual		
	código: FORM.RH06/02	Versão:1	

REGISTRO DE PONTO MANUAL

Empregador: AHBB
 Empregado: Edcléia Batista Ferreira
 Função: Téc. Enf. Local de Trabalho: UTI Materna HMLMB
 Mês: Novembro Ano: 20/21

Dias/Mês	Ent.	Intervalo		Sáida	Horas Extras		Assinatura/Observação
		Saída	Ret.		Início	Fim	
21/dez							
22/dez							
23/dez	06:50	12:00	13:00	19:00			Edcléia Batista Ferreira COREN-SP 199354-TE
24/dez	18:50	21:00	22:00	07:00			Edcléia Batista Ferreira COREN-SP 199354-TE
25/dez	18:50	21:00	22:00	07:00			Edcléia Batista Ferreira COREN-SP 199354-TE
26/dez	18:50	21:00	22:00	07:00			Edcléia Batista Ferreira COREN-SP 199354-TE
27/dez	Folga						
28/dez	18:50	21:00	22:00	07:00			Edcléia Batista Ferreira COREN-SP 199354-TE
29/dez	Folga						
30/dez	Folga						
31/dez	06:50	12:00	13:00	19:00			Edcléia Batista Ferreira COREN-SP 199354-TE
01/jan	18:50	21:00	22:00	07:00			Edcléia Batista Ferreira COREN-SP 199354-TE
02/jan	18:50	21:00	22:00	07:00			Edcléia Batista Ferreira COREN-SP 199354-TE
03/jan		Folga					
04/jan		Folga					
05/jan		Folga					
06/jan		Folga					Edcléia Batista Ferreira COREN-SP 199354-TE
07/jan		Folga					
08/jan		Folga					
09/jan		Folga					
10/jan	18:50	21:00	22:00	07:00			Edcléia Batista Ferreira COREN-SP 199354-TE
11/jan	18:50	21:00	22:00	07:00			Edcléia Batista Ferreira COREN-SP 199354-TE
12/jan		Folga					Edcléia Batista Ferreira COREN-SP 199354-TE
13/jan		Folga					
14/jan		Folga					Edcléia Batista Ferreira COREN-SP 199354-TE
15/jan		Folga					
16/jan	18:50	21:00	22:00	07:00			Edcléia Batista Ferreira COREN-SP 199354-TE
17/jan	18:50	21:00	22:00	07:00			Edcléia Batista Ferreira COREN-SP 199354-TE
18/jan		Folga					Edcléia Batista Ferreira COREN-SP 199354-TE
19/jan	06:50	12:00	13:00	19:00			Edcléia Batista Ferreira COREN-SP 199354-TE
20/jan	Falta		Falta		Falta		Falta

UTI MATERNA HMLMB	Formulário		Adriana Santos
	Registro de Ponto Manual		COREN-SP-1515289-TE
	código: FORM.RH06/02	Versão:1	Página 1de1

REGISTRO DE PONTO MANUAL

Empregador: AHBB
 Empregado: *Adriana Oliveira Santos Matos*
 Função: *tec. Enfermagem* Local de Trabalho: UTI Materna HMLMB
 Mês: *Janeiro* 1 Ano: 20/21

Dias/Mês	Ent.	Intervalo		Saída	Horas Extras		Assinatura/Observação
		Saída	Ret.		Início	Fim	
21/dez	06:50	12:00	13:00	19:00			<i>Adriana Santos</i> COREN-SP-1515289-TE
22/dez	19:00	21:00	22:00	07:00			
23/dez		DESCANSO					
24/dez	19:00	21:00	22:00	07:00			<i>Adriana Santos</i> COREN-SP-1515289-TE
25/dez	19:00	21:00	22:00	07:00			
26/dez		DESCANSO					
27/dez		DESCANSO					
28/dez		DESCANSO					
29/dez	07:00	11:00	12:00	19:00			<i>Adriana Santos</i> COREN-SP-1515289-TE
30/dez	07:00	11:00	12:00	19:00			
31/dez	07:00	11:00	12:00	19:00			
01/jan	19:00	21:00	22:00	07:00			
02/jan		DESCANSO					
03/jan		DESCANSO					
04/jan	07:00	11:00	12:00	19:00			<i>Adriana Santos</i> COREN-SP-1515289-TE
05/jan		x		x			
06/jan	07:00	11:00	12:00	19:00			<i>Adriana Santos</i> COREN-SP-1515289-TE
07/jan		x		x			
08/jan	07:00	11:00	12:00	19:00			<i>Adriana Santos</i> COREN-SP-1515289-TE
09/jan		x		x			
10/jan	07:00	11:00	12:00	19:00			<i>Adriana Santos</i> COREN-SP-1515289-TE
11/jan		x		x			
12/jan	07:00	11:00	12:00	19:00			<i>Adriana Santos</i> COREN-SP-1515289-TE
13/jan		x		x			
14/jan	07:00	11:00	12:00	19:00			<i>Adriana Santos</i> COREN-SP-1515289-TE
15/jan		x		x			
16/jan	07:00	11:00	12:00	19:00			<i>Adriana Santos</i> COREN-SP-1515289-TE
17/jan		x		x			
18/jan	07:00	11:00	12:00	19:00			<i>Adriana Santos</i> COREN-SP-1515289-TE
19/jan		x		x			
20/jan	<i>Féria</i>	<i>19:00</i>	<i>22:00</i>	<i>07:00</i>			

UTI MATERNA HMLMB	Formulário		
	Registro de Ponto Manual		
	código: FORM.RH06/02	Versão:1	Página 1 de 1

REGISTRO DE PONTO MANUAL

Empregador: AHBB
 Empregado: LEONOR MENDES DE BARROS
 Função: TEC. DE ENFERMAGEM Local de Trabalho: UTI Materna HMLMB
 Mês: / Ano: 20/21

Dias/Mês	Ent.	Intervalo		Sáida	Horas Extras		Assinatura/Observação
		Saída	Ret.		Início	Fim	
21/dez	18:50	21:00	22:00	07:00			
22/dez							
23/dez	18:50	21:00	22:00	07:00			
24/dez	Folga	Folga	Folga	Folga			
25/dez	Folga	Folga	Folga	Folga			
26/dez							
27/dez	18:50	21:00	22:00	07:00			
28/dez							
29/dez	18:50	21:00	22:00	07:00			
30/dez							
31/dez	18:50	21:00	22:00	07:00			
01/jan							
02/jan							
03/jan	18:50	21:00	22:00	07:00			
04/jan							
05/jan	18:50	21:00	22:00	07:00			
06/jan							
07/jan	18:50	21:00	22:00	07:00			
08/jan							
09/jan	18:50	21:00	22:00	07:00			
10/jan	Folga	Folga	Folga	Folga			
11/jan	Folga	Folga	Folga	Folga			
12/jan							
13/jan	Folga	Folga	Folga	Folga			
14/jan							
15/jan	18:50	21:00	22:00	07:00			
16/jan							
17/jan	18:50	21:00	22:00	07:00			
18/jan							
19/jan	18:50	21:00	22:00	07:00			
20/jan							

UTI MATERNA HMLMB	Formulário		
	Registro de Ponto Manual		
	código: FORM.RH06/02	Versão:1	Página 1de1

REGISTRO DE PONTO MANUAL

Empregador: AHBB
 Empregado: Denise Jeanete Rodrigues
 Função: Tec. Inf Local de Trabalho: UTI Materna HMLMB
 Mês: / Ano: 20/21

Dias/Mês	Ent.	Intervalo		Saída	Horas Extras		Assinatura/Observação
		Saída	Ret.		Início	Fim	
21/dez	18:50	20:00	21:00	07:00			Denise Janete Rodrigues COREN - SP 1583997 TE
22/dez							
23/dez	<u>falsa</u>						Denise Janete Rodrigues COREN - SP 1583997 TE
24/dez	<u>falsa</u>						Denise Janete Rodrigues COREN - SP 1583997 TE
25/dez	<u>falsa</u>						Denise Janete Rodrigues COREN - SP 1583997 TE
26/dez							
27/dez	18:50	20:00	21:00	07:00			Denise Janete Rodrigues COREN - SP 1583997 TE
28/dez							
29/dez	18:50	20:00	21:00	07:00			Denise Janete Rodrigues COREN - SP 1583997 TE
30/dez							
31/dez	18:50	20:00	21:00	07:00			Denise Janete Rodrigues COREN - SP 1583997 TE
01/jan							
02/jan	18:50	20:00	21:00	07:00			Denise Janete Rodrigues COREN - SP 1583997 TE
03/jan							
04/jan	18:50	20:00	21:00	07:00			Denise Janete Rodrigues COREN - SP 1583997 TE
05/jan							
06/jan	18:50	20:00	21:00	07:00			Denise Janete Rodrigues COREN - SP 1583997 TE
07/jan							
08/jan	18:50	20:00	21:00	07:00			Denise Janete Rodrigues COREN - SP 1583997 TE
09/jan							
10/jan	18:50	20:00	21:00	07:00			Denise Janete Rodrigues COREN - SP 1583997 TE
11/jan							
12/jan	18:50	20:00	21:00	07:00			Denise Janete Rodrigues COREN - SP 1583997 TE
13/jan							
14/jan	18:50	20:00	21:00	07:00			Denise Janete Rodrigues COREN - SP 1583997 TE
15/jan							
16/jan	18:50	20:00	21:00	07:00			Denise Janete Rodrigues COREN - SP 1583997 TE
17/jan							
18/jan	<u>falsa</u>						Denise Janete Rodrigues COREN - SP 1583997 TE
19/jan	<u>falsa</u>						Denise Janete Rodrigues COREN - SP 1583997 TE
20/jan	18:50	20:00	21:00	07:00			Denise Janete Rodrigues COREN - SP 1583997 TE

UTI MATERNA HMLMB	Formulário		
	Registro de Ponto Manual		
	código: FORM.RH06/02	Versão:1	Página 1de1

Sandra R. Vieira
COREN-SP 1116477-TE

REGISTRO DE PONTO MANUAL

Empregador: AHBB
 Empregado: *Sandra R. Vieira VIGIA*
 Função: *T. Enfermeiro(a)* Local de Trabalho: UTI Materna HMLMB
 Mês: *Dezembro* / Ano: 20/21

Dias/Mês	Ent.	Intervalo		Sáida	Horas Extras		Assinatura/Observação
		Sáida	Ret.		Início	Fim	
21/dez	18:50	20:00	21:00	07:00			<i>Sandra R. Vieira</i> COREN-SP 1116477-TE
22/dez							
23/dez	18:50	20:00	21:00	07:00			<i>Sandra R. Vieira</i> COREN-SP 1116477-TE
24/dez							
25/dez	18:50	20:00	21:00	07:00			<i>Sandra R. Vieira</i> COREN-SP 1116477-TE
26/dez							
27/dez	18:50	20:00	21:00	07:00			<i>Sandra R. Vieira</i> COREN-SP 1116477-TE
28/dez							
29/dez	18:50	20:00	21:00	07:00			<i>Sandra R. Vieira</i> COREN-SP 1116477-TE
30/dez							
31/dez	<i>folga</i>	<i>folga</i>	<i>folga</i>	<i>folga</i>			<i>Sandra R. Vieira</i> COREN-SP 1116477-TE
01/jan							
02/jan	18:50	20:00	21:00	07:00			<i>Sandra R. Vieira</i> COREN-SP 1116477-TE
03/jan							
04/jan	18:50	20:00	21:00	07:00			<i>Sandra R. Vieira</i> COREN-SP 1116477-TE
05/jan							
06/jan	18:50	20:00	21:00	07:00			<i>Sandra R. Vieira</i> COREN-SP 1116477-TE
07/jan							
08/jan	18:50	20:00	21:00	07:00			<i>Sandra R. Vieira</i> COREN-SP 1116477-TE
09/jan							
10/jan	<i>folga</i>	<i>folga</i>	<i>folga</i>				
11/jan							
12/jan	18:50	20:00	21:00	07:00			<i>Sandra R. Vieira</i> COREN-SP 1116477-TE
13/jan							
14/jan	18:50	20:00	21:00	07:00			<i>Sandra R. Vieira</i> COREN-SP 1116477-TE
15/jan							
16/jan	18:50	20:00	21:00	07:00			<i>Sandra R. Vieira</i> COREN-SP 1116477-TE
17/jan							
18/jan	18:50	20:00	21:00	07:00			<i>Sandra R. Vieira</i> COREN-SP 1116477-TE
19/jan							
20/jan	18:50	20:00	21:00	07:00			<i>Sandra R. Vieira</i> COREN-SP 1116477-TE

UTI MATERNA HMLMB	Formulário		
	Registro de Ponto Manual		
	código: FORM.RH06/02	Versão:1	Página 1de1

REGISTRO DE PONTO MANUAL

Empregador: AHBB

Empregado: *Eugenia de Freitas*

Função: *Téc. Enfermagem* Local de Trabalho: UTI Materna HMLMB

Mês: / Ano: 20/21

Dias/Mês	Ent.	Intervalo		Sáida	Horas Extras		Assinatura/Observação
		Saída	Ret.		Início	Fim	
21/dez							<i>Eugenia de Freitas</i>
22/dez	06:50	12:00	13:00	19:00			<i>Eugenia de Freitas</i>
23/dez							
24/dez	06:50	12:00	13:00	19:00			<i>Eugenia de Freitas</i>
25/dez							
26/dez	06:50	12:00	13:00	19:00			<i>Eugenia de Freitas</i>
27/dez							
28/dez	06:50	12:00	13:00	19:00			<i>Eugenia de Freitas</i>
29/dez							
30/dez	06:50	13:00	14:00	19:00			<i>Eugenia de Freitas</i>
31/dez							
01/jan	06:50	12:00	13:00	19:00			<i>Eugenia de Freitas</i>
02/jan							
03/jan	Falga			Falga			<i>Falga</i>
04/jan							
05/jan	06:50	12:00	13:00	19:00			<i>Eugenia de Freitas</i>
06/jan							
07/jan	06:50	13:00	14:00	19:00			<i>Eugenia de Freitas</i>
08/jan							
09/jan	06:50	12:00	13:00	19:00			<i>Eugenia de Freitas</i>
10/jan							
11/jan	06:50	12:00	13:00	19:00			<i>Eugenia de Freitas</i>
12/jan							
13/jan	06:50	12:00	13:00	19:00			<i>Eugenia de Freitas</i>
14/jan							
15/jan	06:50	12:00	13:00	19:00			<i>Eugenia de Freitas</i>
16/jan							
17/jan	06:50	12:00	13:00	19:00			<i>Eugenia de Freitas</i>
18/jan							
19/jan	Falga	Falga	Falga	Falga			<i>Falga</i>
20/jan							

UTI MATERNA HMLMB	Formulário		
	Registro de Ponto Manual		
	código: FORM.RH06/02	Versão:1	Página 1de1

REGISTRO DE PONTO MANUAL

Empregador: AHBB
 Empregado: Ana Paula de Souza
 Função: Tec Enf Local de Trabalho: UTI-Materna HMLMB
 Mês: Dezembro / Jan Ano: 20/21

Dias/Mês	Ent.	Intervalo		Saída	Horas Extras		Assinatura/Observação
		Saída	Ret.		Início	Fim	
21/dez							Ana Paula Souza COREN-SP 1378208 TE
22/dez	06:50	12:00	13:00	19:00			Ana Paula Souza COREN-SP 1378208 TE
23/dez							Ana Paula Souza COREN-SP 1378208 TE
24/dez	06:50	12:00	13:00	19:00			Ana Paula Souza COREN-SP 1378208 TE
25/dez							Ana Paula Souza COREN-SP 1378208 TE
26/dez	06:50	12:00	13:00	19:00			Ana Paula Souza COREN-SP 1378208 TE
27/dez							Ana Paula Souza COREN-SP 1378208 TE
28/dez	06:50	12:00	13:00	19:00			Ana Paula Souza COREN-SP 1378208 TE
29/dez							Ana Paula Souza COREN-SP 1378208 TE
30/dez	FOLGA						Ana Paula Souza COREN-SP 1378208 TE
31/dez	FOLGA						Ana Paula Souza COREN-SP 1378208 TE
01/jan	FOLGA						Ana Paula Souza COREN-SP 1378208 TE
02/jan							Ana Paula Souza COREN-SP 1378208 TE
03/jan	06:50	12:00	13:00	19:00			Ana Paula Souza COREN-SP 1378208 TE
04/jan							Ana Paula Souza COREN-SP 1378208 TE
05/jan	06:50	12:00	13:00	19:00			Ana Paula Souza COREN-SP 1378208 TE
06/jan							Ana Paula Souza COREN-SP 1378208 TE
07/jan	06:50	12:00	13:00	19:00			Ana Paula Souza COREN-SP 1378208 TE
08/jan							Ana Paula Souza COREN-SP 1378208 TE
09/jan	06:50	12:00	13:00	19:00			Ana Paula Souza COREN-SP 1378208 TE
10/jan							Ana Paula Souza COREN-SP 1378208 TE
11/jan	06:50	12:00	13:00	19:00			Ana Paula Souza COREN-SP 1378208 TE
12/jan							Ana Paula Souza COREN-SP 1378208 TE
13/jan	06:50	12:00	13:00	19:00			Ana Paula Souza COREN-SP 1378208 TE
14/jan							Ana Paula Souza COREN-SP 1378208 TE
15/jan	06:50	12:00	13:00	19:00			Ana Paula Souza COREN-SP 1378208 TE
16/jan							Ana Paula Souza COREN-SP 1378208 TE
17/jan	06:50	12:00	13:00	19:00			Ana Paula Souza COREN-SP 1378208 TE
18/jan							Ana Paula Souza COREN-SP 1378208 TE
19/jan	06:50	12:00	13:00	19:00			Ana Paula Souza COREN-SP 1378208 TE
20/jan							Ana Paula Souza COREN-SP 1378208 TE

UTI MATERNA HMLMB	Formulário		
	Registro de Ponto Manual		
	código: FORM.RH06/02	Versão:1	Página 1de1

REGISTRO DE PONTO MANUAL

Empregador: AHBB

Empregado: *Quelciana de Paula e Silva*

Função: *recebe em* Local de Trabalho: UTI Materna HMLMB

Mês: / Ano: 20/21

Dias/Mês	Ent.	Intervalo		Saída	Horas Extras		Assinatura/Observação
		Saída	Ret.		Início	Fim	
21/dez							
22/dez	7:00	12:00	13:00	19:00			<i>Quelciana de Paula e Silva</i> COREN-SP 000.936670 - TE
23/dez							
24/dez	7:00	13:00	14:00	19:00			<i>Quelciana de Paula e Silva</i> COREN-SP 000.936670 - TE
25/dez							
26/dez	<i>férias</i>	-	-	-			
27/dez							
28/dez	7:00	12:00	13:00	19:00			<i>Quelciana de Paula e Silva</i> COREN-SP 000.936670 - TE
29/dez							
30/dez	7:00	13:00	14:00	19:00			<i>Quelciana de Paula e Silva</i> COREN-SP 000.936670 - TE
31/dez							
01/jan	7:00	12:00	13:00	19:00			<i>Quelciana de Paula e Silva</i> COREN-SP 000.936670 - TE
02/jan							
03/jan	7:00	12:00	13:00	19:00			<i>Quelciana de Paula e Silva</i> COREN-SP 000.936670 - TE
04/jan							
05/jan	<i>férias</i>	-	-	-			
06/jan							
07/jan	7:00	13:00	14:00	19:00			<i>Quelciana de Paula e Silva</i> COREN-SP 000.936670 - TE
08/jan							
09/jan	7:00	12:00	13:00	19:00			<i>Quelciana de Paula e Silva</i> COREN-SP 000.936670 - TE
10/jan							
11/jan	7:00	13:00	13:00	19:00			<i>Quelciana de Paula e Silva</i> COREN-SP 000.936670 - TE
12/jan							
13/jan	7:00	12:00	13:00	19:00			<i>Quelciana de Paula e Silva</i> COREN-SP 000.936670 - TE
14/jan							
15/jan	7:00	12:00	13:00	19:00			<i>Quelciana de Paula e Silva</i> COREN-SP 000.936670 - TE
16/jan							
17/jan	7:00	12:00	13:00	19:00			<i>Quelciana de Paula e Silva</i> COREN-SP 000.936670 - TE
18/jan							
19/jan	7:00	13:00	14:00	19:00			<i>Quelciana de Paula e Silva</i> COREN-SP 000.936670 - TE
20/jan							

UTI MATERNA HMLMB	Formulário		
	Registro de Ponto Manual		
	código: FORM.RH06/02	Versão:1	Página 1de1

REGISTRO DE PONTO MANUAL

Empregador: AHBB

Empregado: Raphaella Moreira Vitalino

Função: TEC enfermagem Local de Trabalho: UTI Materna HMLMB

Mês: / Ano: 20/21

Dias/Mês	Ent.	Intervalo		Saída	Horas Extras		Assinatura/Observação
		Saída	Ret.		Início	Fim	
21/dez							Raphaella M. Vitalino
22/dez	19:40	20:00	21:00	07:00			Raphaella M. Vitalino COREN SP 1511542 TE
23/dez							Raphaella M. Vitalino
24/dez	Folga	Folga	Folga				COREN SP 1511542 TE
25/dez							Raphaella M. Vitalino
26/dez	18:40	20:00	21:00	07:00			Raphaella M. Vitalino COREN SP 1511542 TE
27/dez							Raphaella Moreira Vitalino Técnica de Enfermagem Coren SP 1511542
28/dez	19:40	20:00	21:00	07:00			Raphaella M. Vitalino
29/dez							Raphaella M. Vitalino
30/dez	19:40	20:00	21:00	07:00			COREN SP 1511542 TE
31/dez							Raphaella M. Vitalino
01/jan	18:40	20:00	21:00	07:00			COREN SP 1511542 TE
02/jan							Raphaella M. Vitalino
03/jan	19:40	20:00	21:00	07:00			COREN SP 1511542 TE
04/jan							Raphaella M. Vitalino
05/jan	18:40	20:00	21:00	07:00			COREN SP 1511542 TE
06/jan							Raphaella M. Vitalino
07/jan	19:40	20:00	21:00	07:00			COREN SP 1511542 TE
08/jan							Raphaella M. Vitalino
09/jan	19:40	20:00	21:00	07:00			COREN SP 1511542 TE
10/jan							Raphaella M. Vitalino
11/jan	18:40	20:00	21:00	07:00			COREN SP 1511542 TE
12/jan							Raphaella M. Vitalino
13/jan	18:50	20:00	21:00	07:00			Raphaella M. Vitalino
14/jan							COREN SP 1511542 TE
15/jan	18:50	20:00	21:00	07:00			Raphaella M. Vitalino
16/jan							Raphaella M. Vitalino
17/jan	Folga	Folga	Folga	Folga			COREN SP 1511542 TE
18/jan							Raphaella M. Vitalino
19/jan	18:50	20:00	21:00	07:00			Raphaella M. Vitalino
20/jan							COREN SP 1511542 TE

UTI MATERNA HMLMB	Formulário		
	Registro de Ponto Manual		
	código: FORM.RH06/02	Versão:1	Página 1de1

REGISTRO DE PONTO MANUAL

Empregador: AHBB
 Empregado: *Fernando Ramos de Carvalho*
 Função: *Enfermeiro* Local de Trabalho: UTI Materna HMLMB
 Mês: / Ano: 20/21

Dias/Mês	Ent.	Intervalo		Saída	Horas Extras		Assinatura/Observação
		Saída	Ret.		Início	Fim	
21/dez	06:50	12:00	13:00	19:00			<i>Fernando Ramos de Carvalho</i> DREN SP 404 381 ENF
22/dez							
23/dez	06:50	12:00	13:00	19:00			<i>Fernando Ramos de Carvalho</i> DREN SP 404 381 ENF
24/dez							
25/dez	06:50	12:00	13:00	19:00			<i>Fernando Ramos de Carvalho</i> DREN SP 404 381 ENF
26/dez							
27/dez	<i>F. folga</i>						
28/dez							
29/dez	06:50	12:00	13:00	19:00			<i>Fernando Ramos de Carvalho</i> DREN SP 404 381 ENF
30/dez							
31/dez	06:50	12:00	13:00	19:00			<i>Fernando Ramos de Carvalho</i> DREN SP 404 381 ENF
01/jan							
02/jan	06:50	12:00	13:00	19:00			<i>Fernando Ramos de Carvalho</i> DREN SP 404 381 ENF
03/jan							
04/jan	06:50	12:00	13:00	19:00			<i>Fernando Ramos de Carvalho</i> DREN SP 404 381 ENF
05/jan							
06/jan	06:50	12:00	13:00	19:00			<i>Fernando Ramos de Carvalho</i> DREN SP 404 381 ENF
07/jan							
08/jan	06:50	12:00	13:00	19:00			<i>Fernando Ramos de Carvalho</i> DREN SP 404 381 ENF
09/jan							
10/jan	<i>F. folga</i>						
11/jan							
12/jan	06:50	12:00	13:00	19:00			<i>Fernando Ramos de Carvalho</i> DREN SP 404 381 ENF
13/jan							
14/jan	06:50	12:00	13:00	19:00			<i>Fernando Ramos de Carvalho</i> DREN SP 404 381 ENF
15/jan							
16/jan	06:50	12:00	13:00	19:00			<i>Fernando Ramos de Carvalho</i> DREN SP 404 381 ENF
17/jan							
18/jan	06:50	12:00	13:00	19:00			<i>Fernando Ramos de Carvalho</i> DREN SP 404 381 ENF
19/jan							
20/jan	06:50	12:00	13:00	19:00			<i>Fernando Ramos de Carvalho</i> DREN SP 404 381 ENF

UTI MATERNA HMLMB	Formulário		
	Registro de Ponto Manual		
	código: FORM.RH06/02	Versão:1	Página 1de1

REGISTRO DE PONTO MANUAL

Empregador: AHBB
 Empregado: *Celia Elaine Calastro*
 Função: *enfermeira* Local de Trabalho: UTI Materna HMLMB
 Mês: *Dezembro* Jan Ano: 20/21

Dias/Mês	Ent.	Intervalo		Sáida	Horas Extras		Assinatura/Observação
		Saída	Ret.		Início	Fim	
21/dez	18:50	21:00	22:00	07:00			<i>Celia Elaine Calastro</i> COREN-SP 541220 - ENF
22/dez							
23/dez	18:50	21:00	22:00	07:00			<i>Celia Elaine Calastro</i> COREN-SP 541220 - ENF
24/dez							
25/dez	18:00	21:00	22:00	07:00			<i>Celia Elaine Calastro</i> COREN-SP 541220 - ENF
26/dez							
27/dez	18:50	21:00	22:00	07:00			<i>Celia Elaine Calastro</i> COREN-SP 541220 - ENF
28/dez							
29/dez	<i>Folga</i>						
30/dez	<i>0</i>						
31/dez	<i>Folga</i>						
01/jan							<i>Celia Elaine Calastro</i> COREN-SP 541220 - ENF
02/jan	18:50	21:00	22:00	07:00			<i>Celia Elaine Calastro</i> COREN-SP 541220 - ENF
03/jan							
04/jan	18:50	21:00	22:00	07:00			<i>Celia Elaine Calastro</i> COREN-SP 541220 - ENF
05/jan							
06/jan	18:50	21:00	22:00	07:00			<i>Celia Elaine Calastro</i> COREN-SP 541220 - ENF
07/jan							
08/jan	18:50	21:00	22:00	07:00			<i>Celia Elaine Calastro</i> COREN-SP 541220 - ENF
09/jan							
10/jan	<i>Folga</i>						
11/jan							
12/jan	<i>Folga</i>						
13/jan							
14/jan							
15/jan							
16/jan	18:30	21:00	22:00	07:00			<i>Celia Elaine Calastro</i> COREN-SP 541220 - ENF
17/jan							
18/jan	18:50	21:00	22:00	07:00			<i>Celia Elaine Calastro</i> COREN-SP 541220 - ENF
19/jan							
20/jan	18:50	21:00	22:00	07:00			<i>Celia Elaine Calastro</i> COREN-SP 541220 - ENF

UTI MATERNA HMLMB	Formulário		
	Registro de Ponto Manual		
	código: FORM.RH06/02	Versão:1	Página 1de1

REGISTRO DE PONTO MANUAL

Empregador: AHBB
 Empregado: Elaine Cristina O dos Santos
 Função: *120 Enfer* Local de Trabalho: UTI Materna HMLMB
 Mês: / Ano: 20/21

Dias/Mês	Ent.	Intervalo		Sáida	Horas Extras		Assinatura/Observação
		Saída	Ret.		Início	Fim	
21/dez							
22/dez	<i>folga</i>						
23/dez							
24/dez	18:50	21:00	22:00	07:00			
25/dez							
26/dez	18:50	21:00	22:00	07:00			
27/dez							
28/dez	18:50	21:00	22:00	07:00			
29/dez							
30/dez	18:50	21:00	22:00	07:00			
31/dez							
01/jan	18:50	21:00	22:00	07:00			
02/jan	06:50	12:00	13:00	19:00			
03/jan	06:50	12:00	13:00	19:00			
04/jan							
05/jan							
06/jan							
07/jan							
08/jan							
09/jan							
10/jan	06:50	12:00	13:00	19:00			
11/jan							
12/jan	06:50	12:00	13:00	19:00			
13/jan							
14/jan	06:50	12:00	13:00	19:00			
15/jan							<i>folga</i>
16/jan							<i>folga</i>
17/jan	18:50	20:00	22:00	07:00			
18/jan	18:50	20:00	22:00	07:00			
19/jan							<i>folga</i>
20/jan							<i>folga</i>

UTI MATERNA HMLMB	Formulário		
	Registro de Ponto Manual		
	código: FORM.RH06/02	Versão:1	Página 1de1

REGISTRO DE PONTO MANUAL

Empregador: AHBB

Empregado: *Marysle Ferrnando Nelo do Couto*

Função: Local de Trabalho : UTI Materna HMLMB

Mês: *20 Dez 2020 / 31 Jan* Ano: 20/21

Dias/Mês	Ent.	Intervalo		Sáida	Horas Extras		Assinatura/Observação
		Saída	Ret.		Início	Fim	
21/dez							
22/dez	19:00	22:00	23:00	07:00	Nayara F. S. Costa COREN SP-478.916 ENF		
23/dez							
24/dez	19:00	22:00	23:00	07:00	Nayara F. S. Costa COREN SP-478.916 ENF		
25/dez							
26/dez	19:00	22:00	23:00	07:00	Nayara F. S. Costa COREN SP-478.916 ENF		
27/dez							
28/dez	19:00	22:00	23:00	07:00	Nayara F. S. Costa COREN SP-478.916 ENF		
29/dez							
30/dez	FOLGA	FOLGA			Nayara F. S. Costa COREN SP-478.916 ENF		
31/dez							
01/jan	FOLGA	FOLGA			Nayara F. S. Costa COREN SP-478.916 ENF		
02/jan							
03/jan	19:00	22:00	23:00	07:00	Nayara F. S. Costa COREN SP-478.916 ENF		
04/jan							
05/jan	19:00	22:00	23:00	07:00	Nayara F. S. Costa COREN SP-478.916 ENF		
06/jan							
07/jan	19:00	22:00	23:00	07:00	Nayara F. S. Costa COREN SP-478.916 ENF		
08/jan							
09/jan	19:00	22:00	23:00	07:00	Nayara F. S. Costa COREN SP-478.916 ENF		
10/jan							
11/jan	19:00	22:00	23:00	07:00	Nayara F. S. Costa COREN SP-478.916 ENF		
12/jan							
13/jan	19:00	22:00	23:00	07:00	Nayara F. S. Costa COREN SP-478.916 ENF		
14/jan							
15/jan	19:00	22:00	23:00	07:00	Nayara F. S. Costa COREN SP-478.916 ENF		
16/jan							
17/jan	FOLGA	FOLGA	FOLGA		Nayara F. S. Costa COREN SP-478.916 ENF		
18/jan							
19/jan	19:00	22:00	23:00	07:00	Nayara F. S. Costa COREN SP-478.916 ENF		
20/jan							

REGISTRO DE PONTO MANUAL

Empregador: AHBB
 Empregado: *Sueli Gomes Barbosa*
 Função: *Téc. Enfermagem* Local de Trabalho: UTI Materna HMLMB
 Mês: *dezembro* / *1 Jan.* Ano: 20/21

Dias/Mês	Ent.	Intervalo		Saída	Horas Extras		Assinatura/Observação
		Saída	Ret.		Início	Fim	
21/dez	<i>Folga</i>	-	-	<i>Folga</i>			<i>Sueli Gomes Barbosa</i> Técnic(a) de Enfermagem COREN SP 92.256 <i>ph</i>
22/dez							
23/dez	<i>06:50</i>	<i>13:00</i>	<i>14:00</i>	<i>19:00</i>			<i>Sueli Gomes Barbosa</i> Técnic(a) de Enfermagem COREN SP 92.256 <i>ph</i>
24/dez							
25/dez	<i>06:50</i>	<i>13:00</i>	<i>14:00</i>	<i>19:00</i>			<i>Sueli Gomes Barbosa</i> Técnic(a) de Enfermagem COREN SP 92.256 <i>ph</i>
26/dez							
27/dez	<i>06:50</i>	<i>13:00</i>	<i>14:00</i>	<i>19:00</i>			<i>Sueli Gomes Barbosa</i> Técnic(a) de Enfermagem COREN SP 92.256 <i>ph</i>
28/dez							
29/dez	<i>06:50</i>	<i>13:00</i>	<i>14:00</i>	<i>19:00</i>			<i>Sueli Gomes Barbosa</i> Técnic(a) de Enfermagem COREN SP 92.256 <i>ph</i>
30/dez							
31/dez	<i>06:50</i>	<i>13:00</i>	<i>14:00</i>	<i>19:00</i>			<i>Sueli Gomes Barbosa</i> Técnic(a) de Enfermagem COREN SP 92.256 <i>ph</i>
01/jan							
02/jan	<i>Folga</i>	-	-	<i>Folga</i>			<i>Sueli Gomes Barbosa</i> Técnic(a) de Enfermagem COREN SP 92.256 <i>ph</i>
03/jan							
04/jan							
05/jan							
06/jan							
07/jan							
08/jan							
09/jan						<i>Férias</i>	
10/jan							
11/jan							
12/jan							
13/jan			<i>Férias</i>				
14/jan							
15/jan							
16/jan							
17/jan							
18/jan							
19/jan							
20/jan							

REGISTRO DE PONTO MANUAL

Empregador: AHBB
 Empregado: *Piscicultura Danielle Dias do Silva*
 Função: *RT Farmácia* Local de Trabalho: UTI Materna HMLMB
 Mês: *dezembro* / *funcionário* Ano: 20/21

Dias/Mês	Ent.	Intervalo		Saída	Horas Extras		Assinatura/Observação
		Saída	Ret.		Início	Fim	
21/dez	06:50	12:00	13:00	15:00			
22/dez	06:50	12:00	13:00	15:00			<i>Jun</i>
23/dez	06:50	12:00	13:00	15:00			
24/dez	<i>BH</i>	-	-	-	-	-	
25/dez	<i>Feriado</i>	-	-	-	-	-	
26/dez	-	-	-	-	-	-	
27/dez	-	-	-	-	-	-	
28/dez	<i>BH</i>						
29/dez	06:50	12:00	13:00	15:00			<i>Jun</i>
30/dez	06:50	12:00	13:00	15:00			
31/dez	<i>BH</i>						
01/jan	<i>Feriado</i>						
02/jan	-						
03/jan	-						
04/jan	06:50	12:00	13:00	15:00			<i>Jun</i>
05/jan	06:50	12:00	13:00	15:00			
06/jan	06:50	12:00	13:00	15:00			<i>Jun</i>
07/jan	06:50	12:00	13:00	15:00			
08/jan	06:50	12:00	13:00	15:00			
09/jan	-						
10/jan	-						
11/jan							
12/jan							
13/jan							
14/jan		<i>Feriado</i>					<i>Jun</i>
15/jan							
16/jan							
17/jan							
18/jan							
19/jan							
20/jan							

UTI MATERNA HMLMB	Formulário		
	Registro de Ponto Manual		
	código: FORM.RH06/02	Versão:1	

REGISTRO DE PONTO MANUAL

Empregador: AHBB

Empregado: *Ilana Maria Pereira de Sousa*

Função: *Enfermeira* Local de Trabalho: UTI Materna HMLMB

Mês: / Ano: 20/21

Dias/Mês	Ent.	Intervalo		Sáida	Horas Extras		Assinatura/Observação
		Saída	Ret.		Início	Fim	
21/dez							
22/dez							
23/dez	7:00	12:00	12:00	19:00			<i>TAIPAS</i>
24/dez							
25/dez							
26/dez							
27/dez							
28/dez							
29/dez							
30/dez	7:00	12:00	13:00	19:00			
31/dez							
01/jan	7:00	13:00	14:00	19:00			
02/jan							
03/jan	7:00	13:00	14:00	19:00			
04/jan							
05/jan							
06/jan	7:00	12:00	13:00	19:00			
07/jan	7:00	12:00	13:00	19:00			
08/jan							
09/jan							
10/jan	19:00	12:00	13:00	19:00			
11/jan							
12/jan	07:00	12:00	13:00	18:00			<i>Rembolsado</i>
13/jan	07:00	12:00	13:00	18:00			<i>Rembolsado</i>
14/jan	07:00	12:00	13:00	19:00			<i>Rembolsado</i>
15/jan	07:00	12:00	13:00	19:00			<i>Rembolsado</i>
16/jan							
17/jan							
18/jan							
19/jan	07:00	12:00	13:00	18:00			<i>Rembolsado</i>
20/jan	07:00	12:00	13:00	18:00			<i>Rembolsado</i>

UTI MATERNA HMLMB	Formulário		
	Registro de Ponto Manual		
	código: FORM.RH06/02	Versão:1	Página 1de1

REGISTRO DE PONTO MANUAL

Empregador: AHBB

Empregado: *Katia Alves dos Santos*

Função: *Tec de Inf* Local de Trabalho: UTI Materna HMLMB

Mês: *Januário* / Ano: 20/21

Dias/Mês	Ent.	Intervalo		Sáida	Horas Extras		Assinatura/Observação
		Saída	Ret.		Início	Fim	
21/dez	BH						<i>Katia Alves dos Santos</i>
22/dez							<i>Katia Alves dos Santos</i>
23/dez	Folga						<i>Katia Alves dos Santos</i>
24/dez							<i>Katia Alves dos Santos</i>
25/dez	07:00	12:00	13:00	19:00			<i>Katia Alves dos Santos</i>
26/dez							<i>Katia Alves dos Santos</i>
27/dez	07:00	12:00	13:00	19:00			<i>Katia Alves dos Santos</i>
28/dez							<i>Katia Alves dos Santos</i>
29/dez	Folga						<i>Katia Alves dos Santos</i>
30/dez							<i>Katia Alves dos Santos</i>
31/dez	BH						<i>Katia Alves dos Santos</i>
01/jan							<i>Katia Alves dos Santos</i>
02/jan	07:00	12:00	13:00	19:00			<i>Katia Alves dos Santos</i>
03/jan							<i>Katia Alves dos Santos</i>
04/jan	07:00	12:00	13:00	19:00			<i>Katia Alves dos Santos</i>
05/jan							<i>Katia Alves dos Santos</i>
06/jan	07:00	12:00	13:00	19:00			<i>Katia Alves dos Santos</i>
07/jan							<i>Katia Alves dos Santos</i>
08/jan	07:00	12:00	13:00	19:00			<i>Katia Alves dos Santos</i>
09/jan							<i>Katia Alves dos Santos</i>
10/jan	BH	BH					<i>Katia Alves dos Santos</i>
11/jan							<i>Katia Alves dos Santos</i>
12/jan	07:00	12:00	13:00	19:00			<i>Katia Alves dos Santos</i>
13/jan							<i>Katia Alves dos Santos</i>
14/jan	07:00	12:00	13:00	19:00			<i>Katia Alves dos Santos</i>
15/jan							<i>Katia Alves dos Santos</i>
16/jan	07:00	12:00	13:00	19:00			<i>Katia Alves dos Santos</i>
17/jan							<i>Katia Alves dos Santos</i>
18/jan	07:00	12:00	13:00	19:00			<i>Katia Alves dos Santos</i>
19/jan							<i>Katia Alves dos Santos</i>
20/jan	07:00	12:00	13:00	19:00			<i>Katia Alves dos Santos</i>

UTI MATERNA
HMLMB

Formulário

Registro de Ponto Manual

código: FORM.RH06/02

Versão:1

Página 1de1

REGISTRO DE PONTO MANUAL

Empregador: AHBB

Empregado: Flávia Duarte Teixeira

Função: Tec. Enfermagem Local de Trabalho: UTI Materna HMLMB

Mês: Dezembro/1

Ano: 20/21

Dias/Mês	Ent.	Intervalo		Saída	Horas Extras		Assinatura/Observação
		Saída	Ret.		Início	Fim	
21/dez	06:50	12:00	13:00	19:00			Flávia Duarte Teixeira COREN-SP 1.493.164-TE
22/dez							
23/dez	06:50	12:00	13:00	19:00			Flávia Duarte Teixeira COREN-SP 1.493.164-TE
24/dez							
25/dez	06:50	12:00	13:00	19:00			Flávia Duarte Teixeira COREN-SP 1.493.164-TE
26/dez	06:50	12:00	13:00	19:00			Flávia Duarte Teixeira COREN-SP 1.493.164-TE
27/dez	06:50	12:00	13:00	19:00			Flávia Duarte Teixeira COREN-SP 1.493.164-TE
28/dez							
29/dez	06:50	12:00	13:00	19:00			Flávia Duarte Teixeira COREN-SP 1.493.164-TE
30/dez	06:50	12:00	13:00	19:00			Flávia Duarte Teixeira COREN-SP 1.493.164-TE
31/dez							
01/jan							
02/jan							
03/jan							
04/jan	19:00	21:00	22:00	07:00			Flávia Duarte Teixeira COREN-SP 1.493.164-TE
05/jan	07:00	12:00	13:00	19:00			Flávia Duarte Teixeira COREN-SP 1.493.164-TE
06/jan	19:00	22:00	23:00	07:00			Flávia Duarte Teixeira COREN-SP 1.493.164-TE
07/jan							
08/jan	18:50	21:00	22:00	07:00			Flávia Duarte Teixeira COREN-SP 1.493.164-TE
09/jan							
10/jan	18:50	21:00	22:00	07:00			Flávia Duarte Teixeira COREN-SP 1.493.164-TE
11/jan							
12/jan	18:50	21:00	22:00	07:00			Flávia Duarte Teixeira COREN-SP 1.493.164-TE
13/jan							
14/jan	18:50	21:00	22:00	07:00			Flávia Duarte Teixeira COREN-SP 1.493.164-TE
15/jan							
16/jan							
17/jan							
18/jan	18:50	21:00	22:00	07:00			Flávia Duarte Teixeira COREN-SP 1.493.164-TE
19/jan							
20/jan	18:50	20:00	21:00	07:00			Flávia Duarte Teixeira COREN-SP 1.493.164-TE

UTI MATERNA HMLMB	Formulário		
	Registro de Ponto Manual		
	código: FORM.RH06/02	Versão:1	

REGISTRO DE PONTO MANUAL

Empregador: AHBB
 Empregado: *Vanessa Souza dos Santos*
 Função: *Enfermeira* Local de Trabalho: UTI Materna HMLMB
 Mês: *Dezembro* / *Janeiro* Ano: 20/21

Dias/Mês	Ent.	Intervalo		Saída	Horas Extras		Assinatura/Observação
		Saída	Ret.		Início	Fim	
21/dez							
22/dez	06:50	12:00	13:00	19:00			<i>Vanessa S. Santos</i> COREN-SP 438154-ENF
23/dez							
24/dez	06:50	12:00	13:00	19:00			<i>Vanessa S. Santos</i> COREN-SP 438154-ENF
25/dez							
26/dez	06:50	12:00	13:00	19:00			<i>Vanessa S. Santos</i> COREN-SP 438154-ENF
27/dez							
28/dez	06:50	12:00	13:00	19:00			<i>Vanessa S. Santos</i> COREN-SP 438154-ENF
29/dez							
30/dez	<i>Folga</i>	-	-	-			<i>Vanessa S. Santos</i> COREN-SP 438154-ENF
31/dez							
01/jan	<i>Folga</i>	-	-	-			<i>Vanessa S. Santos</i> COREN-SP 438154-ENF
02/jan							
03/jan	<i>Folga</i>	-	-	-			<i>Vanessa S. Santos</i> COREN-SP 438154-ENF
04/jan							
05/jan	06:50	12:00	13:00	19:00			<i>Vanessa S. Santos</i> COREN-SP 438154-ENF
06/jan							
07/jan	06:50	12:00	13:00	19:00			<i>Vanessa S. Santos</i> COREN-SP 438154-ENF
08/jan							
09/jan	06:50	12:00	13:00	19:00			<i>Vanessa S. Santos</i> COREN-SP 438154-ENF
10/jan							
11/jan	06:50	12:00	13:00	19:00			<i>Vanessa S. Santos</i> COREN-SP 438154-ENF
12/jan							
13/jan	06:50	12:00	13:00	19:00			<i>Vanessa S. Santos</i> COREN-SP 438154-ENF
14/jan							
15/jan	06:50	12:00	13:00	19:00			<i>Vanessa S. Santos</i> COREN-SP 438154-ENF
16/jan	07:00	12:00	13:00	15:00			<i>Vanessa S. Santos</i> COREN-SP 438154-ENF
17/jan	06:50	12:00	13:00	19:00			
18/jan	07:00	12:00	13:00	15:00			
19/jan	06:50	12:00	13:00	19:00			<i>Vanessa S. Santos</i> COREN-SP 438154-ENF
20/jan	06:50	12:00	13:00	15:00			

UTI MATERNA HMLMB	Formulário		
	Registro de Ponto Manual		
	código: FORM.RH06/02	Versão:1	Página 1de1

REGISTRO DE PONTO MANUAL

Empregador: AHBB
 Empregado: *Marinalva Moutti Rodgerio*
 Função: Local de Trabalho : UTI Materna HMLMB
 Mês: *Dezembro/Jan* Ano: 20/21

Dias/Mês	Ent.	Intervalo		Sáida	Horas Extras		Assinatura/Observação
		Saída	Ret.		Início	Fim	
21/dez	<i>folga</i>	BH	<i>folga</i>	BH			<i>Marinalva M. Rodgerio</i> COREN-SP 1139899 - TE
22/dez	<i>folga</i>	BH	<i>folga</i>	BH			<i>Marinalva M. Rodgerio</i> COREN-SP 1139899 - TE
23/dez	<i>folga</i>	BH	<i>folga</i>	BH			<i>Marinalva M. Rodgerio</i> COREN-SP 1139899 - TE
24/dez	<i>folga</i>		<i>folga</i>				<i>Marinalva M. Rodgerio</i> COREN-SP 1139899 - TE
25/dez	<i>folga</i>		<i>folga</i>				<i>Marinalva M. Rodgerio</i> COREN-SP 1139899 - TE
26/dez	<i>folga</i>		<i>folga</i>				<i>Marinalva M. Rodgerio</i> COREN-SP 1139899 - TE
27/dez	<i>folga</i>		<i>folga</i>				<i>Marinalva M. Rodgerio</i> COREN-SP 1139899 - TE
28/dez	<i>folga</i>		<i>folga</i>				<i>Marinalva M. Rodgerio</i> COREN-SP 1139899 - TE
29/dez	<i>folga</i>	BH	<i>folga</i>	BH			<i>Marinalva M. Rodgerio</i> COREN-SP 1139899 - TE
30/dez	<i>folga</i>	BH	<i>folga</i>	BH			<i>Marinalva M. Rodgerio</i> COREN-SP 1139899 - TE
31/dez	<i>folga</i>	BH	<i>folga</i>	BH			<i>Marinalva M. Rodgerio</i> COREN-SP 1139899 - TE
01/jan							<i>Marinalva M. Rodgerio</i> COREN-SP 1139899 - TE
02/jan	06:50	13:00	14:00	19:00			<i>Marinalva M. Rodgerio</i> COREN-SP 1139899 - TE
03/jan							<i>Marinalva M. Rodgerio</i> COREN-SP 1139899 - TE
04/jan	06:50	13:00	14:00	19:00			<i>Marinalva M. Rodgerio</i> COREN-SP 1139899 - TE
05/jan							<i>Marinalva M. Rodgerio</i> COREN-SP 1139899 - TE
06/jan	06:50	13:00	14:00	19:00			<i>Marinalva M. Rodgerio</i> COREN-SP 1139899 - TE
07/jan							<i>Marinalva M. Rodgerio</i> COREN-SP 1139899 - TE
08/jan	06:50	13:00	14:00	19:00			<i>Marinalva M. Rodgerio</i> COREN-SP 1139899 - TE
09/jan							<i>Marinalva M. Rodgerio</i> COREN-SP 1139899 - TE
10/jan	06:50	13:00	14:00	19:00			<i>Marinalva M. Rodgerio</i> COREN-SP 1139899 - TE
11/jan							<i>Marinalva M. Rodgerio</i> COREN-SP 1139899 - TE
12/jan	<i>folga</i>		<i>folga</i>				<i>Marinalva M. Rodgerio</i> COREN-SP 1139899 - TE
13/jan							<i>Marinalva M. Rodgerio</i> COREN-SP 1139899 - TE
14/jan	06:50	13:00	14:00	19:00			<i>Marinalva M. Rodgerio</i> COREN-SP 1139899 - TE
15/jan							<i>Marinalva M. Rodgerio</i> COREN-SP 1139899 - TE
16/jan	6:50	13:00	14:00	19:00			<i>Marinalva M. Rodgerio</i> COREN-SP 1139899 - TE
17/jan							<i>Marinalva M. Rodgerio</i> COREN-SP 1139899 - TE
18/jan	6:50	13:00	14:00	19:00			<i>Marinalva M. Rodgerio</i> COREN-SP 1139899 - TE
19/jan							<i>Marinalva M. Rodgerio</i> COREN-SP 1139899 - TE
20/jan	6:50	13:00	14:00	19:00			<i>Marinalva M. Rodgerio</i> COREN-SP 1139899 - TE

REGISTRO DE PONTO MANUAL

Empregador: **AHBB**
 Empregado: *Eliana Silveira Meira*
 Função: *Tec. enfermagem* Local de Trabalho: **UTI Materna HMLMB**
 Mês: *Januário* / Ano: **20/21**

Dias/Mês	Ent.	Intervalo		Saída	Horas Extras		Assinatura/Observação
		Saída	Ret.		Início	Fim	
21/dez							
22/dez							
23/dez							
24/dez							
25/dez		<i>Féria</i>					
26/dez							
27/dez							
28/dez							
29/dez							
30/dez							
31/dez							
01/jan		<i>Féria</i>					
02/jan							
03/jan	18:50	20:00	21:00	7:00			<i>Eliana Silveira Meira</i> CUSTEIO SP 1406287-15
04/jan							
05/jan	18:50	20:00	21:00	7:00			<i>Eliana Silveira Meira</i> CUSTEIO SP 1406287-15
06/jan							
07/jan	18:50	20:00	21:00	7:00			<i>Eliana Silveira Meira</i> CUSTEIO SP 1406287-15
08/jan							
09/jan	18:50	20:00	21:00	7:00			<i>Eliana Silveira Meira</i> CUSTEIO SP 1406287-15
10/jan							
11/jan	18:50	20:00	21:00	7:00			<i>Eliana Silveira Meira</i> CUSTEIO SP 1406287-15
12/jan							
13/jan	18:50	20:00	21:00	7:00			<i>Eliana Silveira Meira</i> CUSTEIO SP 1406287-15
14/jan							
15/jan	18:50	20:00	21:00	7:00			<i>Eliana Silveira Meira</i> CUSTEIO SP 1406287-15
16/jan							
17/jan	18:50	20:00	21:00	7:00			<i>Eliana Silveira Meira</i> CUSTEIO SP 1406287-15
18/jan							
19/jan	18:50	20:00	21:00	7:00			<i>Eliana Silveira Meira</i> CUSTEIO SP 1406287-15
20/jan							

Leonor - UTI

Fevereiro

Winter - Gestão e Consultoria Médica

	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo
	01/02	02/02	03/02	04/02	05/02	06/02	07/02
Dia 07:00 19:00	Cleuner Souza	Elora Picolotti	Elora Picolotti	Elora Picolotti	Elora Picolotti	Juliana Crosara	Marcel Huacasi
Noite 19:00 07:00	Dalila Barbosa	Bruno Uchôa	Bruno Uchôa	Túlio Riguetti	Juliana Crosara	Juliana Crosara	Marcel Huacasi
	08/02	09/02	10/02	11/02	12/02	13/02	14/02
Dia 07:00 19:00	Cleuner Souza	Elora Picolotti	Elora Picolotti	Elora Picolotti	Elora Picolotti		
Noite 19:00 07:00	Juliana Crosara	Bruno Uchôa	Bruno Uchôa	Stephanie Silva	Debora pimentel	Bruno Uchôa	
	15/02	16/02	17/02	18/02	19/02	20/02	21/02
Dia 07:00 19:00	Cleuner Souza	Elora Picolotti	Elora Picolotti	Elora Picolotti	Elora Picolotti	Juliana Crosara	Dalila Barbosa
Noite 19:00 07:00	Túlio Riguetti	Bruno Uchôa	Bruno Uchôa	Túlio Riguetti	Juliana Crosara	Juliana Crosara	Dalila Barbosa
	22/02	23/02	24/02	25/02	26/02	27/02	28/02
Dia 07:00 19:00	Cleuner Souza	Elora Picolotti	Elora Picolotti	Elora Picolotti	Elora Picolotti	Marcel Huacasi	Dalila Barbosa
Noite 19:00 07:00	Juliana Crosara	Bruno Uchôa	Bruno Uchôa	Stephanie Silva	Debora pimentel	Bruno Uchôa	Dalila Barbosa

CONVÊNIO Nº 815/2016
 FONTE DE RECURSO ESTADUAL
 TERMO ADITIVO Nº 0001/2021
 SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
 UGE: 090196 - HOSPITAL MATERNIDADE
 LEONOR MENDES DE BARROS
 TIPO DESPESA: CUSTEIO

CONVÊNIO Nº 815/2016
FONTE DE RECURSO ESTADUAL
TERMO ADITIVO Nº 0001/2021
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
UGE: 090196 - HOSPITAL MATERNIDADE
LEONOR MENDES DE BARROS
TIPO DESPESA: CUSTEIO

Escala UTI Leonor 02 2021.pdf

Código do documento a1ea13b2-5cc3-4408-8042-7cdcc33f493e



Assinaturas



STEFANY LARISSA MEDEIROS DE OLANDA
contato@wintermed.com.br
Assinou

Stefany Medeiros



Patricia Canzano Antonio
canzanopat1@gmail.com
Assinou

Patricia Canzano



Cleuner Neumann Souza
cleunermed@hotmail.com
Assinou

Cleuner Neumann Souza



Dalila Iari Silva Barbosa
dalila_iari@hotmail.com
Assinou

Dalila Iari Silva Barbosa



Elora Regiani Picolotti
picolotti.elora@gmail.com
Assinou

Elora Picolotti



Túlio Rigueti Prazeres
tulio_rigueti@hotmail.com
Assinou

TRP



MARCEL CERDAN HUACASI
marcelcer@gmail.com
Assinou

Marcel Cerdan Huacasi

Eventos do documento

01 Feb 2021, 20:37:29

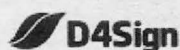
Documento número a1ea13b2-5cc3-4408-8042-7cdcc33f493e **criado** por STEFANY LARISSA MEDEIROS DE OLANDA (Conta 44662517-a5f1-49ad-8b49-5f8f50217309). Email :contato@wintermed.com.br. - DATE_ATOM: 2021-02-01T20:37:29-03:00

01 Feb 2021, 20:41:45

Lista de assinatura **iniciada** por STEFANY LARISSA MEDEIROS DE OLANDA (Conta 44662517-a5f1-49ad-8b49-5f8f50217309). Email: contato@wintermed.com.br. - DATE_ATOM: 2021-02-01T20:41:45-03:00

02 Feb 2021, 00:32:00

TÚLIO RIGUETTI PRAZERES **Assinou** (Conta 3a066287-e5fb-41ba-8830-607d55a0fc27) - Email:



tulio_riguetti@hotmail.com - IP: 189.120.73.37 (bd784925.virtua.com.br porta: 19134) - Documento de identificação informado: 055.436.747-59 - DATE_ATOM: 2021-02-02T00:32:00-03:00

03 Feb 2021, 08:18:38

MARCEL CERDAN HUACASI **Assinou** - Email: marcelcer@gmail.com - IP: 169.57.185.79 (4f.b9.39a9.ip4.static.sl-reverse.com porta: 15010) - Documento de identificação informado: 536.001.262-53 - DATE_ATOM: 2021-02-03T08:18:38-03:00

04 Feb 2021, 06:50:36

CLEUNER NEUMANN SOUZA **Assinou** (Conta 00c3922c-5e38-4bf7-a302-154b08e75f08) - Email: cleunermed@hotmail.com - IP: 187.75.234.52 (187-75-234-52.dsl.telesp.net.br porta: 18490) - Documento de identificação informado: 060.773.006-40 - DATE_ATOM: 2021-02-04T06:50:36-03:00

04 Feb 2021, 09:25:46

ELORA REGIANI PICOLOTTI **Assinou** (Conta 724ede21-4e1d-4ec3-b852-f254fcf40ac4) - Email: picolotti.elora@gmail.com - IP: 200.206.228.104 (200-206-228-104.dsl.telesp.net.br porta: 26916) - Geolocalização: -23.535840287517072 -46.58853644803676 - Documento de identificação informado: 071.680.446-80 - DATE_ATOM: 2021-02-04T09:25:46-03:00

05 Feb 2021, 10:06:51

PATRICIA CANZANO ANTONIO **Assinou** (Conta 8248a232-8855-4f1a-aa94-46debfd2e499) - Email: canzanopat1@gmail.com - IP: 187.35.20.114 (187-35-20-114.dsl.telesp.net.br porta: 35894) - Geolocalização: -23.412986999999998 -46.7491808 - Documento de identificação informado: 330.053.128-44 - DATE_ATOM: 2021-02-05T10:06:51-03:00

08 Feb 2021, 06:52:43

DALILA IARI SILVA BARBOSA **Assinou** (Conta cb7205ba-3769-4c41-aa71-d27765fc8fe0) - Email: dalila_iari@hotmail.com - IP: 189.40.90.121 (121.90.40.189.isp.timbrasil.com.br porta: 25930) - Geolocalização: -23.426223689006665 -46.47266504705376 - Documento de identificação informado: 013.695.143-01 - DATE_ATOM: 2021-02-08T06:52:43-03:00

09 Feb 2021, 15:44:19

STEFANY LARISSA MEDEIROS DE OLANDA (Conta 44662517-a5f1-49ad-8b49-5f8f50217309). Email: contato@wintermed.com.br. **REMOVEU** o signatário **juliacrosarajm@gmail.com** - DATE_ATOM: 2021-02-09T15:44:19-03:00

09 Feb 2021, 15:44:23

STEFANY LARISSA MEDEIROS DE OLANDA (Conta 44662517-a5f1-49ad-8b49-5f8f50217309). Email: contato@wintermed.com.br. **REMOVEU** o signatário **debodmacielpb@hotmail.com** - DATE_ATOM: 2021-02-09T15:44:23-03:00

09 Feb 2021, 15:44:27

STEFANY LARISSA MEDEIROS DE OLANDA (Conta 44662517-a5f1-49ad-8b49-5f8f50217309). Email: contato@wintermed.com.br. **ADICIONOU** o signatário **larissabaccoli@hotmail.com** - DATE_ATOM: 2021-02-09T15:44:27-03:00



15 Feb 2021, 20:44:39

STEFANY LARISSA MEDEIROS DE OLANDA **Assinou** (Conta 44662517-a5f1-49ad-8b49-5f8f50217309) - Email: contato@wintermed.com.br - IP: 138.204.113.31 (138.204.113.31.jrconnecttelecom.com.br porta: 37518) - Geolocalização: -23.285635199999998 -46.709931399999995 - Documento de identificação informado: 039.034.041-36 - DATE_ATOM: 2021-02-15T20:44:39-03:00

15 Feb 2021, 20:45:08

STEFANY LARISSA MEDEIROS DE OLANDA (Conta 44662517-a5f1-49ad-8b49-5f8f50217309). Email: contato@wintermed.com.br. **REMOVEU** o signatário **larissabaccoli@hotmail.com** - DATE_ATOM: 2021-02-15T20:45:08-03:00

15 Feb 2021, 20:45:16

STEFANY LARISSA MEDEIROS DE OLANDA (Conta 44662517-a5f1-49ad-8b49-5f8f50217309). Email: contato@wintermed.com.br. **REMOVEU** o signatário **brunocz@ymail.com** - DATE_ATOM: 2021-02-15T20:45:16-03:00

Hash do documento original

(SHA256):5cc2c24d158c5e908632643cc242b21b27e2f4a8bbb2e0844f85c349630996ca

(SHA512):7b5955239d1d51bfd401a8eef70c76df225a5141a6c22ae6585db7064ec608337d9441bbed7e122f84309f8f85c1342f7475471002a9b0b8c2c7d316f649abb2

Esse log pertence **única e exclusivamente** aos documentos de HASH acima

Esse documento está assinado e certificado pela D4Sign