AHBB | REDE SANTA CASA

Prestação de Contas

Janeiro
2021

Mirandópolis

www.ahbb.org.br

contato@ahbb.org.br

14 3532 5198

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

AHBB | REDE SANTA CASA

CONCILIAÇÃO BANCARIA

Empresa:	**Associação Hospitalar Beneficente do Brasil**
CNPJ:	45.349.461/0001-02
Periodo	01/01/2021 a 31/01/2021
Convênio	Mirandópolis
Convênio nº 107/2017 - Termo Aditivo 0002/2020	

Banco Do Brasil
Ag: 6790-3
CC: 211-9

Data	Fornecedor	Nº Doc	Débito	Crédito	Saldo- Exercicio
		BANCO DO BRASIL			
30/11/2020	**Saldo Anterior**	**R$ -**			**R$ -**
04/01/2021	Ana Paula dos Santos Silva	Rescisão	R$ 5.000,80		-R$ 5.000,80
04/01/2021	Ticket Serviços S/A	Nota Fiscal nº 24699897	R$ 5.823,26		-R$ 10.824,06
04/01/2021	Ticket Serviços S/A	Nota Fiscal nº 24699954	R$ 8.360,68		-R$ 19.184,74
04/01/2021	Resgate da Aplicação		R$ -	R$ 19.184,74	R$ -
05/01/2021	Gestare Serviços Combinados de Escritório	Nota Fiscal nº 158	R$ 38.810,50		-R$ 38.810,50
05/01/2021	Supermed Com. E Imp. De Prod. Med. E Hospit. Ltda	Nota Fiscal nº 487175	R$ 565,26		-R$ 39.375,76
05/01/2021	Dupatri Hospitalar Comercio Importação e Exportação Ltda	Nota Fiscal nº 1141459	R$ 471,01		-R$ 39.846,77
05/01/2021	Comercial Cirurgica Rioclarense Ltda	Nota Fiscal nº 1372653	R$ 1.547,00		-R$ 41.393,77
05/01/2021	Dupatri Hospitalar Comercio Importação e Exportação Ltda	Nota Fiscal nº 120679	R$ 311,48		-R$ 41.705,25
05/01/2021	Biomedical Equipamentos e Produtos Medico-Cirurgicos Ltda	Nota Fiscal nº 129283	R$ 680,00		-R$ 42.385,25
05/01/2021	Resgate da Aplicação		R$ -	R$ 42.385,25	R$ -
07/01/2021	Alcione Bogaz	Folha de Pagamento	R$ 188,94		-R$ 188,94
07/01/2021	Alessandra de Cassia Mardegan	Folha de Pagamento	R$ 3.137,89		-R$ 3.326,83
07/01/2021	Ana Augusta Feliciani Nogueira	Folha de Pagamento	R$ 1.561,09		-R$ 4.887,92
07/01/2021	Ana Paula Azevedo Zanatta	Folha de Pagamento	R$ 1.770,94		-R$ 6.658,86
07/01/2021	Bianca Caetano Costa	Folha de Pagamento	R$ 107,43		-R$ 6.766,29
07/01/2021	Bruna Beraldo Ferrante	Folha de Pagamento	R$ 2.610,70		-R$ 9.376,99
07/01/2021	Catia Fernanda Ferraz	Folha de Pagamento	R$ 1.828,84		-R$ 11.205,83
07/01/2021	Cristiane Pascoaleto Vendrame	Folha de Pagamento	R$ 1.465,29		-R$ 12.671,12
07/01/2021	Daniela dos Santos de Oliveira	Folha de Pagamento	R$ 1.533,30		-R$ 14.204,42
07/01/2021	Debora Cristina Loche	Folha de Pagamento	R$ 1.627,31		-R$ 15.831,73
07/01/2021	Denise Priscila Ancilotto Lisboa	Folha de Pagamento	R$ 1.755,04		-R$ 17.586,77
07/01/2021	Edilaine Munhoz Maquea	Folha de Pagamento	R$ 1.841,54		-R$ 19.428,31
07/01/2021	Edilene Manoel	Folha de Pagamento	R$ 1.585,22		-R$ 21.013,53
07/01/2021	Elaine Cristina Dias Borges	Folha de Pagamento	R$ 1.575,24		-R$ 22.588,77
07/01/2021	Gislaine Machado Morabito	Folha de Pagamento	R$ 1.084,09		-R$ 23.672,86
07/01/2021	Isadora Morais de Castro	Folha de Pagamento	R$ 1.400,63		-R$ 25.073,49
07/01/2021	Izabel Cristina de Souza	Folha de Pagamento	R$ 1.372,30		-R$ 26.445,79
07/01/2021	Kelly Cristina Ramos Rocha	Folha de Pagamento	R$ 1.574,12		-R$ 28.019,91
07/01/2021	Leticia Maiara dos Santos Ferraz	Folha de Pagamento	R$ 1.134,09		-R$ 29.154,00
07/01/2021	Lucas Carvalho dos Santos	Folha de Pagamento	*R$ 1.810,15*		-R$ 30.964,15
07/01/2021	Maira Teixeira de Castro	Folha de Pagamento	*R$ 1.593,41*		-R$ 32.557,56
07/01/2021	Marcia Maiara Possenti	Folha de Pagamento	*R$ 1.319,27*		-R$ 33.876,83
07/01/2021	Natalia Xavier Nascimento Oliveira	Folha de Pagamento	R$ 3.230,17		-R$ 37.107,00
07/01/2021	Patricia Adriana Ferreira	Folha de Pagamento	R$ 1.841,09		-R$ 38.948,09
07/01/2021	Patricia Michele de Almeida	Folha de Pagamento	R$ 1.535,55		-R$ 40.483,64
07/01/2021	Priscila Santos Leite de Almeida	Folha de Pagamento	R$ 2.857,40		-R$ 43.341,04
07/01/2021	Regina Leia Parro Rodrigues de Sousa	Folha de Pagamento	R$ 1.621,55		-R$ 44.962,59
07/01/2021	Ricardo de Carvalho	Folha de Pagamento	R$ 1.804,45		-R$ 46.767,04
07/01/2021	Thais Boareto da Silva	Folha de Pagamento	R$ 4.550,50		-R$ 51.317,54
07/01/2021	Valeria Cristina de Souza da Cruz	Folha de Pagamento	R$ 1.440,30		-R$ 52.757,84
07/01/2021	FGTS Arrecadação GRF	GRRF/FGTS	R$ 8.671,56		-R$ 61.429,40
07/01/2021	Resgate da Aplicação		R$ -	R$ 61.429,40	R$ -
08/01/2021	Eliana Cristina Rodrigues	Folha de Pagamento	R$ 1.428,01		-R$ 1.428,01
08/01/2021	Mauro Celso Chiavelli	Folha de Pagamento	R$ 2.869,62		-R$ 4.297,63
08/01/2021	Samir Bispo dos Santos	Folha de Pagamento	R$ 1.477,79		-R$ 5.775,42
08/01/2021	Sonia dos Santos	Folha de Pagamento	R$ 1.692,85		-R$ 7.468,27
08/01/2021	Alessandra Aparecida	Folha de Pagamento	R$ 431,82		-R$ 7.900,09
08/01/2021	Resgate da Aplicação		R$ -	R$ 7.900,09	R$ -
11/01/2021	Thomson Reuters Brasil	Nota Fiscal nº 1405930	R$ 822,88		-R$ 822,88
11/01/2021	Dupatri Hospitalar Comercio Importação e Exportação Ltda	Nota Fiscal nº 121774	R$ 3.965,34		-R$ 4.788,22
11/01/2021	Comercial Cirurgica Rioclarense Ltda	Nota Fiscal nº 1378089	R$ 2.440,00		-R$ 7.228,22
11/01/2021	Comercial Cirurgica Rioclarense Ltda	Nota Fiscal nº 1377751	R$ 2.408,52		-R$ 9.636,74
11/01/2021	Comercial Cirurgica Rioclarense Ltda	Nota Fiscal nº 1377752	R$ 2.033,24		-R$ 11.669,98
11/01/2021	Supermed Com. E Imp. De Prod. Med. E Hospit. Ltda	Nota Fiscal nº 486938	R$ 1.960,40		-R$ 13.630,38
11/01/2021	Supermed Com. E Imp. De Prod. Med. E Hospit. Ltda	Nota Fiscal nº 486937	R$ 907,29		-R$ 14.537,67
11/01/2021	Supermed Com. E Imp. De Prod. Med. E Hospit. Ltda	Nota Fiscal nº 148996	R$ 1.069,04		-R$ 15.606,71
11/01/2021	Supermed Com. E Imp. De Prod. Med. E Hospit. Ltda	Nota Fiscal nº 149065	R$ 1.971,82		-R$ 17.578,53
11/01/2021	Resgate da Aplicação		R$ -	R$ 17.578,53	R$ -
14/01/2021	Belive Comercio de Produtos Hospitalares Ltda	Nota Fiscal nº 70423	R$ 1.849,60		-R$ 1.849,60
14/01/2021	Dupatri Hospitalar Comercio Importação e Exportação Ltda	Nota Fiscal nº 122547	R$ 1.094,60		-R$ 2.944,20
14/01/2021	Samtronic Ind e Com Ltda	Nota Fiscal nº 257438	R$ 2.568,75		-R$ 5.512,95
14/01/2021	Resgate da Aplicação		R$ -	R$ 5.512,95	R$ -
15/01/2021	Kataoka e Perez Serviços de Fisioterapia Ltda	Nota Fiscal nº 36	R$ 28.000,00		-R$ 28.000,00
15/01/2021	Dupatri Hospitalar Comercio Importação e Exportação Ltda	Nota Fiscal nº 286043	R$ 1.982,67		-R$ 29.982,67
15/01/2021	Verona Comercio - Eireli EPP	Nota Fiscal nº 1714	R$ 3.913,00		-R$ 33.895,67
15/01/2021	Resgate da Aplicação		R$ -	R$ 33.895,67	R$ -
18/01/2021	Samtronic Ind e Com Ltda	Nota Fiscal nº 254697	R$ 2.568,75		-R$ 2.568,75
18/01/2021	Comercial Cirurgica Rioclarense Ltda	Nota Fiscal nº 1381528	R$ 2.440,00		-R$ 5.008,75
18/01/2021	Laboratório São Paulo Analises Clínicas	Nota Fiscal nº 56407	R$ 3.901,67		-R$ 8.910,42
18/01/2021	Biomedical Equipamentos e Produtos Medico-Cirurgicos Ltda	Nota Fiscal nº 129824	R$ 680,00		-R$ 9.590,42
18/01/2021	Supermed Com. E Imp. De Prod. Med. E Hospit. Ltda	Nota Fiscal nº 154886	R$ 2.896,65		-R$ 12.487,07
18/01/2021	Resgate da Aplicação		R$ -	R$ 12.487,07	R$ -
19/01/2021	Relogio de Ponto Bauru Ltda	Nota Fiscal nº 4405-1	R$ 70,00		-R$ 70,00

19/01/2021	Resgate da Aplicação		R$	-	R$ 70,00	R$	-
20/01/2021	Ecq Serviços Tecnicos Eireli - EPP	Nota Fiscal nº 72	R$	9.500,00		-R$	9.500,00
20/01/2021	Ministério da Fazenda	DARF-Código da receita 5952	R$	5.108,37		-R$	14.608,37
20/01/2021	F B Babeto Me	Nota Fiscal nº 9	R$	179,90		-R$	14.788,27
20/01/2021	Ministério da Previdência Social	GPS/INSS	R$	6.003,10		-R$	20.791,37
20/01/2021	Ministério da Previdência Social	GPS/INSS	R$	339,22		-R$	21.130,59
20/01/2021	Ministério da Fazenda	DARF-Código da receita 0561	R$	1.576,52		-R$	22.707,11
20/01/2021	Sinconecta - Tecnologia de Informações	Nota Fiscal nº 6702-1	R$	863,00		-R$	23.570,11
20/01/2021	Supermed Com. E Imp. De Prod. Med. E Hospit. Ltda	Nota Fiscal nº 490214	R$	660,04		-R$	24.230,15
20/01/2021	F B Babeto Me	Nota Fiscal nº 40	R$	78,00		-R$	24.308,15
20/01/2021	Ministério da Fazenda	DARF-Código da receita 1708	R$	1.647,86		-R$	25.956,01
20/01/2021	Destra - Apoio e Prev em Seg Trabalho Ltda	Nota Fiscal nº 1811	R$	1.205,98		-R$	27.161,99
20/01/2021	Automatizações Seculo XXI Tratamento de Dados Ltda - EPP	Nota Fiscal nº 26857	R$	102,63		-R$	27.264,62
20/01/2021	Resgate da Aplicação		R$	-	R$ 27.264,62	R$	-
22/01/2021	Dupatri Hospitalar Comercio Importação e Exportação Ltda	Nota Fiscal nº 125880	R$	1.452,48		-R$	1.452,48
22/01/2021	Dupatri Hospitalar Comercio Importação e Exportação Ltda	Nota Fiscal nº 1145224	R$	976,10		-R$	2.428,58
22/01/2021	Resgate da Aplicação		R$	-	R$ 2.428,58	R$	-
25/01/2021	J. E. de Araujo Odontologia Eireli EPP	Nota Fiscal nº 28	R$	637,50		-R$	637,50
25/01/2021	Tarifa Bancária	870.251.100.089.317	R$	60,00		-R$	697,50
25/01/2021	Tarifa Bancária	880.251.100.149.733	R$	70,00		-R$	767,50
25/01/2021	Resgate da Aplicação		R$	-	R$ 767,50	R$	-
26/01/2021	Dupatri Hospitalar Comercio Importação e Exportação Ltda	Nota Fiscal nº 1149080	R$	541,50		-R$	541,50
26/01/2021	Dupatri Hospitalar Comercio Importação e Exportação Ltda	Nota Fiscal nº 131381	R$	1.162,20		-R$	1.703,70
26/01/2021	Supermed Com. E Imp. De Prod. Med. E Hospit. Ltda	Nota Fiscal nº 490113	R$	1.978,25		-R$	3.681,95
26/01/2021	Comercial Cirurgica Rioclarense Ltda	Nota Fiscal nº 1382806	R$	2.443,36		-R$	6.125,31
26/01/2021	Comercial Cirurgica Rioclarense Ltda	Nota Fiscal nº 1382777	R$	4.757,60		-R$	10.882,91
26/01/2021	Comercial Cirurgica Rioclarense Ltda	Nota Fiscal nº 1383773	R$	1.675,03		-R$	12.557,94
26/01/2021	Center Maq Com de Maquinas e Papeis Ltda	Nota Fiscal nº 22439	R$	309,84		-R$	12.867,78
26/01/2021	Resgate da Aplicação		R$	-	R$ 12.867,78	R$	-
28/01/2021	Denise Priscila Ancilotto Lisboa	Férias	R$	2.215,27		-R$	2.215,27
28/01/2021	Elaine Cristina Dias Borges	Férias	R$	1.983,44		-R$	4.198,71
28/01/2021	Resgate da Aplicação		R$	-	R$ 4.198,71	R$	-
29/01/2021	Resgate da Aplicação		R$	-	R$ 100.446,58	**R$**	**100.446,58**

Mirandópolis, 16 de Fevereiro de 2021.

Responsável pela Conveniada: _____

João Pedro Pinotti Affonso
Diretor Administrativo

EMPRESA

G3382914252594381
29/01/2021 14:47:16

Cliente - Conta atual

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

Lançamentos

Dt. balancete	Dt. movimento	Ag. origem	Lote	Histórico	Documento	Valor R$	Saldo
30/12/2020		0000	00000	000 Saldo Anterior			0,00 C
04/01/2021		6790	99015	470 Transferência enviada	550.448.000.020.148	5.000,80 D	
				04/01 0448 20148-0 ANA PAULA SANT			
04/01/2021		0000	13105	109 Pagamento de Boleto	10.401	5.823,26 D	
				TICKET SERVICOS S/A			
04/01/2021		0000	13105	109 Pagamento de Boleto	10.402	8.360,68 D	
				TICKET SERVICOS S/A			
04/01/2021		0000	00000	855 BB RF CP Aut Empresa	5	19.184,74 C	0,00 C
05/01/2021		0000	13105	393 TED Transf.Eletr.Disponiv	10.501	38.810,50 D	
				341 0049 034298678000114 GESTARE SERVI			
05/01/2021		0000	13105	109 Pagamento de Boleto	10.502	565,26 D	
				BANCO SOFISA S/A			
05/01/2021		0000	13105	109 Pagamento de Boleto	10.503	471,01 D	
				DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IM			
05/01/2021		0000	13105	109 Pagamento de Boleto	10.504	1.547,00 D	
				COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENS			
05/01/2021		0000	13105	109 Pagamento de Boleto	10.505	311,48 D	
				DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IM			
05/01/2021		0000	13105	109 Pagamento de Boleto	10.506	680,00 D	
				BIOMEDICAL			
05/01/2021		0000	00000	855 BB RF CP Aut Empresa	5	42.385,25 C	0,00 C
07/01/2021		0000	13134	250 Folha de Pagamento	46.671	52.757,84 D	
07/01/2021		0000	13105	375 Impostos	10.701	8.671,56 D	
				FGTS ARRECADACAO GRF			
07/01/2021		0000	00000	855 BB RF CP Aut Empresa	5	61.429,40 C	0,00 C
08/01/2021		0000	13105	393 TED Transf.Eletr.Disponiv	10.801	1.428,01 D	
				237 0167 29487360808 ELIANA CRISTINA R			
08/01/2021		0000	13105	393 TED Transf.Eletr.Disponiv	10.802	2.869,62 D	
				237 0167 36576071884 MAURO CELSO CHIAV			
08/01/2021		0000	13105	393 TED Transf.Eletr.Disponiv	10.803	1.477,79 D	
				033 3337 24612142802 SAMIR BISPO DOS S			
08/01/2021		0000	13105	393 TED Transf.Eletr.Disponiv	10.804	1.692,85 D	
				104 1354 30441818870 SONIA DOS SANTOS			
08/01/2021		0000	13105	393 TED Transf.Eletr.Disponiv	10.805	431,82 D	
				033 0139 11735608823 ALESSANDRA APAREC			
08/01/2021		0000	00000	855 BB RF CP Aut Empresa	5	7.900,09 C	0,00 C
11/01/2021		0000	13105	109 Pagamento de Boleto	11.101	822,88 D	
				THOMSON REUTERS BRAS			
11/01/2021		0000	13105	109 Pagamento de Boleto	11.102	3.965,34 D	
				DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IM			
11/01/2021		0000	13105	109 Pagamento de Boleto	11.103	2.440,00 D	
				COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENS			
11/01/2021		0000	13105	109 Pagamento de Boleto	11.104	2.408,52 D	
				COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENS			
11/01/2021		0000	13105	109 Pagamento de Boleto	11.105	2.033,24 D	
				COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENS			
11/01/2021		0000	13105	109 Pagamento de Boleto	11.106	1.960,40 D	
				BANCO SOFISA S/A			
11/01/2021		0000	13105	109 Pagamento de Boleto	11.107	907,29 D	
				BANCO SOFISA S/A			
11/01/2021		0000	13105	109 Pagamento de Boleto	11.108	1.069,04 D	

			BANCO SOFISA S/A				
11/01/2021	0000	13105	109 Pagamento de Boleto	11.109	1.971,82	D	
			BANCO SOFISA S/A				
11/01/2021	0000	00000	855 BB RF CP Aut Empresa	5	17.578,53	C	0,00 C
14/01/2021	0000	13105	109 Pagamento de Boleto	11.401	1.849,60	D	
			BELIVE COM DE PROD HOSP LTDA				
14/01/2021	0000	13105	109 Pagamento de Boleto	11.402	1.094,60	D	
			DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IM				
14/01/2021	0000	13105	109 Pagamento de Boleto	11.403	2.568,75	D	
			SAMTRONIC INDUSTRIA E COMERCIO				
14/01/2021	0000	00000	855 BB RF CP Aut Empresa	5	5.512,95	C	0,00 C
15/01/2021	0000	13105	393 TED Transf.Eletr.Disponiv	11.501	28.000,00	D	
			077 0001 033433450000127 KATAOKA SERVI				
15/01/2021	0000	13105	109 Pagamento de Boleto	11.502	1.982,67	D	
			DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IM				
15/01/2021	0000	13105	109 Pagamento de Boleto	11.503	3.913,00	D	
			VERONA COMERCIO - EIRELI - EPP				
15/01/2021	0000	00000	855 BB RF CP Aut Empresa	5	33.895,67	C	0,00 C
18/01/2021	0000	13105	109 Pagamento de Boleto	11.801	2.568,75	D	
			SAMTRONIC INDUSTRIA E COMERCIO				
18/01/2021	0000	13105	109 Pagamento de Boleto	11.802	2.440,00	D	
			COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENS				
18/01/2021	0000	13105	109 Pagamento de Boleto	11.803	3.901,67	D	
			LABORATORIO SAO PAULO				
18/01/2021	0000	13105	109 Pagamento de Boleto	11.804	680,00	D	
			BIOMEDICAL				
18/01/2021	0000	13105	109 Pagamento de Boleto	11.805	2.896,65	D	
			BANCO SOFISA S/A				
18/01/2021	0000	00000	855 BB RF CP Aut Empresa	5	12.487,07	C	0,00 C
19/01/2021	0000	13105	109 Pagamento de Boleto	11.901	70,00	D	
			RELOGIOS DE PONTO BAURU LTDA				
19/01/2021	0000	00000	855 BB RF CP Aut Empresa	5	70,00	C	0,00 C
20/01/2021	0000	13105	393 TED Transf.Eletr.Disponiv	12.001	9.500,00	D	
			033 3911 014352079000124 ECQ SERVICOS				
20/01/2021	0000	13105	375 Impostos	12.002	5.108,37	D	
			DARF - 45.349.461/0001-02 -5952				
20/01/2021	0000	13105	109 Pagamento de Boleto	12.003	179,90	D	
			F B BABETO ME				
20/01/2021	0000	13105	196 INSS Arrecadação	12.004	6.003,10	D	
			GPS- Ident.: 45349461000889 - 12/2020				
20/01/2021	0000	13105	196 INSS Arrecadação	12.005	339,22	D	
			GPS- Ident.: 45349461000889 - 12/2020				
20/01/2021	0000	13105	375 Impostos	12.006	1.576,52	D	
			RFB- DARF PRETO CALCULADO				
20/01/2021	0000	13105	109 Pagamento de Boleto	12.007	863,00	D	
			SINCONECTA - TECNOLOGIA DE INFORMACAO				
20/01/2021	0000	13105	109 Pagamento de Boleto	12.008	660,04	D	
			BANCO SOFISA S/A				
20/01/2021	0000	13105	109 Pagamento de Boleto	12.009	78,00	D	
			F B BABETO ME				
20/01/2021	0000	13105	375 Impostos	12.010	1.647,86	D	
			DARF - 45.349.461/0001-02 -1708				
20/01/2021	0000	13105	393 TED Transf.Eletr.Disponiv	12.011	1.205,98	D	
			341 0220 011814918000190 DESTRA - APOI				
20/01/2021	0000	13105	393 TED Transf.Eletr.Disponiv	12.012	102,63	D	
			756 5042 045349461000374 ASSOCIACAO HO				
20/01/2021	0000	00000	855 BB RF CP Aut Empresa	5	27.264,62	C	0,00 C
22/01/2021	0000	13105	109 Pagamento de Boleto	12.201	1.452,48	D	
			DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IM				
22/01/2021	0000	13105	109 Pagamento de Boleto	12.202	976,10	D	
			DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IM				
22/01/2021	0000	00000	855 BB RF CP Aut Empresa	5	2.428,58	C	0,00 C
25/01/2021	0000	13105	109 Pagamento de Boleto	12.501	637,50	D	
			J E DE ARAUJO ODONTOLOGIA EIRELI EPP				
25/01/2021	0000	13113	170 Tarifa Modulo	870.251.100.089.317	60,00	D	

			Cobrança referente 25/01/2021				
25/01/2021	0000	13113	170 Tarifa Modulo	880.251.100.149.733		70,00 D	
			Cobrança referente 25/01/2021				
25/01/2021	0000	00000	855 BB RF CP Aut Empresa		5	767,50 C	0,00 C
26/01/2021	0000	13105	109 Pagamento de Boleto		12.601	541,50 D	
			DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IM				
26/01/2021	0000	13105	109 Pagamento de Boleto		12.602	1.162,20 D	
			DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IM				
26/01/2021	0000	13105	109 Pagamento de Boleto		12.603	1.978,25 D	
			BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.				
26/01/2021	0000	13105	109 Pagamento de Boleto		12.604	2.443,36 D	
			COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENS				
26/01/2021	0000	13105	109 Pagamento de Boleto		12.605	4.757,60 D	
			COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENS				
26/01/2021	0000	13105	109 Pagamento de Boleto		12.606	1.675,03 D	
			COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENS				
26/01/2021	0000	13105	109 Pagamento de Boleto		12.607	309,84 D	
			ITAU UNIBANCO S.A.				
26/01/2021	0000	00000	855 BB RF CP Aut Empresa		5	12.867,78 C	0,00 C
28/01/2021	0000	13134	250 Folha de Pagamento		28.268	4.198,71 D	
28/01/2021	0000	00000	855 BB RF CP Aut Empresa		5	4.198,71 C	0,00 C
29/01/2021	0000	00000	999 S A L D O				0,00 C

Invest.com Resgate Autom.	
Saldo	100.446,58 C
Juros *	100.446,58 C
Data de Debito de Juros	0,00
IOF *	29/01/2021
Data de Debito de IOF	0,00
	01/02/2021

Saldo de fundos de investimento	
BB Automático Empres	100.450,66

OBSERVAÇÕES:

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

Serviço de Atendimento ao Consumidor - SAC 0800 729 0722

Ouvidoria BB 0800 729 5678
Para deficientes auditivos 0800 729 0088

EMPRESA

Extrato investimentos financeiros - mensal

G3382914252594381
29/01/2021 14:48:45

Cliente

Agência	6790-3
Conta	211-9 ASSOCIACAO H B DO BRASIL
Mês/ano referência	JANEIRO/2021

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

Data	Histórico	Valor	Valor IR Prej. Comp.	Valor IOF	Quantidade cotas	Valor cota	Saldo cotas
31/12/2020	SALDO ANTERIOR	348.409,38			34.744,690548		
04/01/2021	RESGATE	19.184,74	0,54		1.913,220283	10,027742319	32.831,470265
	Aplicação 06/11/2020	19.184,74	0,54		1.913,220283		
05/01/2021	RESGATE	42.385,25	1,15		4.226,897180	10,027781183	28.604,573085
	Aplicação 06/11/2020	33.363,31	0,98		3.327,185532		
	Aplicação 04/12/2020	9.021,94	0,17		899,711648		
07/01/2021	RESGATE	61.429,40	1,37		6.125,979757	10,027909402	22.478,593328
	Aplicação 04/12/2020	61.429,40	1,37		6.125,979757		
08/01/2021	RESGATE	7.900,09	0,18		787,823785	10,027965830	21.690,769543
	Aplicação 04/12/2020	7.900,09	0,18		787,823785		
11/01/2021	RESGATE	17.578,53	0,43		1.752,984512	10,028017864	19.937,785031
	Aplicação 04/12/2020	17.578,53	0,43		1.752,984512		
14/01/2021	RESGATE	5.512,95	0,15		549,761617	10,028164630	19.388,023414
	Aplicação 04/12/2020	5.512,95	0,15		549,761617		
15/01/2021	RESGATE	33.895,67	0,98		3.380,129469	10,028210551	16.007,893945
	Aplicação 04/12/2020	33.895,67	0,98		3.380,129469		
18/01/2021	RESGATE	12.487,07	0,37		1.245,225089	10,028259233	14.762,668856
	Aplicação 04/12/2020	12.487,07	0,37		1.245,225089		
19/01/2021	RESGATE	70,00			6,980232	10,028319874	14.755,688624
	Aplicação 04/12/2020	70,00			6,980232		
20/01/2021	RESGATE	27.264,62	0,89		2.718,837192	10,028371719	12.036,851432
	Aplicação 04/12/2020	27.264,62	0,89		2.718,837192		
22/01/2021	RESGATE	2.428,58	0,08		242,175912	10,028495327	11.794,675520
	Aplicação 04/12/2020	2.428,58	0,08		242,175912		
25/01/2021	RESGATE	767,50	0,02		76,533638	10,028531503	11.718,141882
	Aplicação 04/12/2020	767,50	0,02		76,533638		
26/01/2021	RESGATE	12.867,78	0,48		1.283,158855	10,028579044	10.434,983027
	Aplicação 04/12/2020	12.867,78	0,48		1.283,158855		
28/01/2021	RESGATE	4.198,71	0,16		418,686311	10,028677527	10.016,296716
	Aplicação 04/12/2020	4.198,71	0,16		418,686311		
29/01/2021	SALDO ATUAL	100.450,66			10.016,296716		10.016,296716

Resumo do mês

SALDO ANTERIOR	348.409,38
APLICAÇÕES (+)	0,00
RESGATES (-)	247.970,89
RENDIMENTO BRUTO (+)	18,97
IMPOSTO DE RENDA (-)	6,80
IOF (-)	0,00
RENDIMENTO LÍQUIDO	12,17
SALDO ATUAL =	100.450,66
Disponível p/ Resg =	100.446,58
Carência p/ Resg =	0,00
IR Estimado =	3,63
IR complementar =	0,45
IOF estimado =	0,00

Aplicações em ser

Data	Documento	Valor aplicado	Quantidade cotas	Saldo cotas
04/12/2020	909.679.004	295.836,84	29.504,284733	10.016,296716

Valor da Cota

31/12/2020	10,027701256
29/01/2021	10,028722393

Rentabilidade

No mês	0,0101
No ano	0,0101
Últimos 12 meses	0,3966

VALORES LÍQUIDOS PARA RESGATE

Projeção para 29/01/2021 - Cota: 10,028722393

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

04/01/2021 - BANCO DO BRASIL - 13:57:02
679006790 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

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

DATA DA TRANSFERENCIA 04/01/2021
NR. DOCUMENTO 550.448.000.020.148
VALOR TOTAL 5.000,80
****** TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: ANA PAULA SANTOS SILVA
AGENCIA: 0448-0 CONTA: 20.148-0
NR. DOCUMENTO 556.790.000.000.211

NR.AUTENTICACAO 0.E59.E7D.D26.B4A.D16

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

TERMO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR

01 CNPJ/CEI	02 Razão Social/Nome			
45.349.461/0008-89	ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL			
03 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento)				04 Bairro
Avenida PAULO DE BARROS , 326				CENTRO
05 Município	06 UF	07 CEP	08 CNAE	09 CNPJ/CEI Tomador/Obra
MIRANDOPOLIS	SP	17.230-000	8610-1/02	

IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR

10 PIS/PASEP	11 Nome			
160.99087.56-8	ANA PAULA DOS SANTOS SILVA			
12 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento)				13 Bairro
Rua RUI BARBOSA, 892				CENTRO
14 Município	15 UF	16 CEP	17 CTPS (nº, série, UF)	18 CPF
MIRANDOPOLIS	SP	16.800-000	29379 - 00026 / PB	014.000.604-43
19 Data de Nascimento	20 Nome da Mãe			
06/02/1983	MARIA LUZIMAR DOS SANTOS			

DADOS DO CONTRATO

21 Tipo de Contrato
1. Contrato de trabalho por prazo indeterminado

22 Causa do Afastamento
Rescisão contratual a pedido do empregado

23 Remuneração Mês Ant.	24 Data de Admissão	25 Data do Aviso Prévio	26 Data de Afastamento	27 Cod. Afastamento
1.871,00	23/07/2018	25/11/2020	25/12/2020	SJ1

28 Pensão Alim. (%) TRCT	29 Pensão Alim. (%) FGTS	30 Categoria do Trabalhador
0,00	0,00	01 - Empregado

31 Código Sindical	32 CNPJ e Nome da Entidade Sindical Laboral
000.021.150.01669-0	51.100.477/0001-80 SINDICATO DOS EMPREGADOS EM ESTABELECIMENTO DE SERVIÇOS DE SAUDE DE ARACATUBA

DISCRIMINAÇÃO DAS VERBAS RESCISÓRIAS

VERBAS RESCISÓRIAS

Rubrica	Valor	Rubrica	Valor	Rubrica	Valor
50 Saldo de 25/dias Salário (líquido de 0/faltas e DSR)	R$ 1.164,76	51 Comissões	R$ 0,00	52 Gratificação	R$ 0,00
53 Adic. de Insalubridade 20%	R$ 174,17	54 Adic. de Periculosidade ___%	R$ 0,00	55 Adic. Noturno 104,00 horas 40,00%	R$ 264,29
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$ 0,00	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 5/12 avos	R$ 764,57	66.1 Férias Venc. Per. Aquis. 23/07/2019 a 22/07/2020	R$ 1.845,38	68 Terço Constituc. de Férias	R$ 869,99
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
95 Outras Verbas (PARCELA 2° PARCELA 13° 2018)	R$ 44,85	95.1 Outras Verbas (DIFERENCA MEDIA HORA 13o)	R$ 1,52		
		99 Ajuste de Saldo Devedor	R$ 0,00	**TOTAL BRUTO**	**R$ 5.129,53**

DEDUÇÕES

Desconto	Valor	Desconto	Valor	Desconto	Valor
100 Pensão Alimentícia	R$ 0,00	101 Adiantamento Salarial	R$ 0,00	102 Adiantamento 13º Salário	R$ 0,00
103 Aviso-Prévio Indenizado___/dias	R$ 0,00	112.1 Previdência Social	R$ 128,60	112.2 Prev. Social - 13º Salário	R$ 0,13
114.1 IRRF	R$ 0,00	114.2 IRRF sobre 13º Salário	R$ 0,00		
				TOTAL DEDUÇÕES	**R$ 128,73**
				VALOR LÍQUIDO	**R$ 5.000,80**

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

TERMO DE HOMOLOGAÇÃO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

EMPREGADOR

01 CNPJ/CEI	02 Razão Social/Nome
45.349.461/0008-89	ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

TRABALHADOR

10 PIS/PASEP	11 Nome		
160.99087.56-8	ANA PAULA DOS SANTOS SILVA		
17 CTPS (nº, série, UF)	18 CPF	19 Data de Nascimento	20 Nome da Mãe
29379 - 00026 / PB	014.000.604-43	06/02/1983	MARIA LUZIMAR DOS SANTOS

CONTRATO

22 Causa do Afastamento
Rescisão contratual a pedido do empregado

24 Data de Admissão	25 Data do Aviso Prévio	26 Data de Afastamento	27 Cod. Afastamento	29 Pensão Alim. (%) FGTS
23/07/2018	25/11/2020	25/12/2020	SJ1	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 SAUDE DE ARACATUBA

As partes assistidas no presente ato de rescisão contratual foram identificadas como legitimas 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.

Mirandopolis, 25 de Dezembro de 2020.

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

150 Assinatura do Empregador ou Preposto
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

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

Ana Paula da S. Silva

151 Assinatura do Trabalhador

152 Assinatura do Responsável Legal do Trabalhador

153 Carimbo e Assinatura do Assistente

154 Nome do Órgão Homologador

155 Ressalvas

156 Informações à CAIXA:

A ASSISTÊNCIA NO ATO DE RESCISÃO CONTRATUAL É GRATUITA.
Pode o trabalhador iniciar ação judicial quanto aos créditos resultantes das relações de trabalho até o limite de dois anos após a extinção do contrato de trabalho (Inc. XXIX, Art. 7º da Constituição Federal/1988).

Digitalizado com CamScanner

EMPRESA

Emissão de comprovantes

G3382914252594381
29/01/2021 14:48:22

29/01/2021 - BANCO DO BRASIL - 14:48:13
679006790 0004

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

==========

ITAU UNIBANCO S.A.

34191090326077097293781658220009184900000582326

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

NR. DOCUMENTO	10.401
DATA DE VENCIMENTO	04/01/2021
DATA DO PAGAMENTO	04/01/2021
VALOR DO DOCUMENTO	5.823,26
VALOR COBRADO	5.823,26

==========

NR.AUTENTICACAO D.CCC.EC3.82E.9E0.241

==========

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

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

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

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

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

VA mino

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA

NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFS-e

RPS Nº 586140 Série C7, emitido em 25/11/2020

20201209u4786693400017 4

Número da Nota	Data e Hora de Emissão	Código de Verificação
24699897	26/11/2020 01:05:44	YWGE-PCND

PRESTADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ: **47.866.934/0001-74** Inscrição Municipal: **5.987.120-2**

Nome/Razão Social: **TICKET SERVIÇOS S.A**

Endereço: **AV DOUTORA RUTH CARDOSO 7815 - Pinheiros - CEP: 05425-070**

Município: **São Paulo** UF: **SP**

TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome/Razão Social: **ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE BRASIL**

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

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

Município: **Lins** UF: **SP** E-mail: **wgalenti@ahbb.org.br**

INTERMEDIÁRIO DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ: **----** Nome/Razão Social: **----**

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

TA DISPONIBILIZACAO DE BENEFICIO QTD 38 R$5.930,00
DESCONTOS CONCEDIDOS R$106,74
VALOR DA CORRETAGEM OU COMISSAO: ZERO
Ped.:23056988 Contrato:2004030048091 IE:ISENTO IM:
IRF 1,50%-IN/SRF 177/87 e 107/91
LEI 12741/12 VL.TRIB.R$ 0,00
Data de Vencimento: 04/01/2021
VALOR TOTAL: R$5.823,26

VALOR TOTAL DO SERVIÇO = R$ 0,00

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

Código do Serviço

03205 - Fornecimento e administração de vales-refeição, vales-alimentação, vales-transporte e similares

Valor Total das Deduções (R$)	Base de Cálculo (R$)	Alíquota (%)	Valor do ISS (R$)	Crédito (R$)
0,00	0,00	2,00%	0,00	0,00

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

OUTRAS INFORMAÇÕES

(1) Esta NFS-e foi emitida com respaldo na Lei nº 14.097/2005; (2) Esta NFS-e substitui o RPS Nº 586140 Série C7, emitido em 25/11/2020;

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

NOTA DE DÉBITO

Número
586140-ND
Data de Emissão
25/11/2020

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

Nome/Razão Social: TICKET SERVICOS S/A

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

Município: SAO PAULO UF: SP

CLIENTE

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

Nome/Razão Social: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE BRASIL

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

Município: LINS UF: SP

DISCRIMINAÇÃO

TA DISPONIBILIZACAO DE BENEFICIO QTD 38 R$5.930,00
DESCONTOS CONCEDIDOS R$106,74
Ped.:23056988 Contrato:2004030048091 IE:ISENTO IM:

VALOR TOTAL: R$ 5.823,26

DESCRIÇÃO:

DISPONIBILIZACAO DE BENEFICIOS / CUPONS

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

NOTA DE DÉBITO Nº	VALOR DE NOTA DE DÉBITO	FORMA DE PAGAMENTO
586140-ND	R$ 5.823,26	04/01/2021

OUTRAS INFORMAÇÕES

Este(a) NOTA DE DÉBITO é relativa a RPS 586140 de 25/11/2020.

Ticket® uma marca Edenred

RELATÓRIO DE DETALHES DO PEDIDO

Número do Pedido Enviado: 762311
Realizado em: 24/11/2020
Valor (R$): 5.930,00
Método Pagamento: Faturamento

Empresa: 45.349.461/0001-02 - ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
Solicitante: ANA CLAUDIA DA SILVA

Ticket Alimentação Eletrônico

Unidade de Entrega: AHBB SEDE
Valor dos Benefícios (R$): 5.930,00
Data de Crédito:
Quantidade de Beneficiários: 38
Data de Entrega: 01/12/2020

CPF	MATRÍCULA	BENEFICIÁRIO	DEPARTAMENTO	VALOR DO BENEFÍCIO
328.629.558-25	2329	ALCIONE BOGAZ	AHBB MIRANDOPOLIS	R$ 150,00
295.556.788-47	2163	ALESSANDRA C MARDEGAN	AHBB MIRANDOPOLIS	R$ 150,00
214.220.888-63	2122	ANA A F NOGUEIRA	AHBB MIRANDOPOLIS	R$ 150,00
214.801.238-03	2123	ANA P A ZANATTA	AHBB MIRANDOPOLIS	R$ 150,00
014.000.604-43	2445	ANA PAULA SANTOS SILVA	AHBB MIRANDOPOLIS	R$ 150,00
301.663.768-50	2336	BIANCA CAETANO COSTA	AHBB MIRANDOPOLIS	R$ 150,00
368.501.738-12	36850173812	BRUNA BERALDO FERRANTE	AHBB MIRANDOPOLIS	R$ 150,00
377.077.858-86	37707785886	CATIA FERNANDA FERRAZ	AHBB MIRANDOPOLIS	R$ 150,00
295.136.688-43	29513668843	CRISTIANE P VENDRAME	AHBB MIRANDOPOLIS	R$ 150,00
218.471.208-65	21847120865	DANIELA SANTOS OLIVEIRA	AHBB MIRANDOPOLIS	R$ 150,00
385.855.778-19	38585577819	DEBORA CRISTINA LOCHE	AHBB MIRANDOPOLIS	R$ 150,00
322.986.678-96	2132	DENISE P A LISB	AHBB MIRANDOPOLIS	R$ 150,00
108.823.788-64	2134	EDILAINE MUNHOZ MAQUEA	AHBB MIRANDOPOLIS	R$ 150,00
291.914.308-52	2135	EDILENE MANOEL	AHBB MIRANDOPOLIS	R$ 150,00
095.608.758-25	9560875825	ELAINE C D BORGES	AHBB MIRANDOPOLIS	R$ 150,00
294.873.608-08	29487360808	ELIANA C RODRIGUES	AHBB MIRANDOPOLIS	R$ 150,00
322.167.988-27	2137	GISLAINE M MORABITO	AHBB MIRANDOPOLIS	R$ 150,00
379.629.418-98	2127	ISADORA M C SANTO	AHBB MIRANDOPOLIS	R$ 150,00

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

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

Ticket® uma marca Edenred

Unidade de Entrega: AHBB SEDE

Data de Crédito:

Data de Entrega: 01/12/2020

Valor dos Benefícios (R$): 5.930,00

Quantidade de Beneficiários: 38

CPF	MATRÍCULA	BENEFICIÁRIO	DEPARTAMENTO	VALOR DO BENEFÍCIO
095.493.888-75	2130	IZABEL CRISTINA DE SOUZA	AHBB MIRANDOPOLIS	R$ 150,00
061.725.928-31	2139	JOSE LOPES DE OLIVEIRA	AHBB MIRANDOPOLIS	R$ 150,00
389.267.668-29	2146	KELLY C R ROCHA	AHBB MIRANDOPOLIS	R$ 150,00
354.059.608-96	35405960896	LAIS MARANI SILVA	AHBB MIRANDOPOLIS	R$ 150,00
427.001.668-09	42700166809	LETICIA M S FERR	AHBB MIRANDOPOLIS	R$ 150,00
400.061.728-14	2148	LUCAS CARVALHO SANTOS	AHBB MIRANDOPOLIS	R$ 150,00
427.566.218-03	2149	MAIRA TEIXEIRA DE CASTRO	AHBB MIRANDOPOLIS	R$ 150,00
382.523.438-05	38252343805	MARCIA MAIARA POSSENTI	AHBB MIRANDOPOLIS	R$ 150,00
365.760.718-84	36576071884	MAURO CELSO CHIAVELLI	AHBB MIRANDOPOLIS	R$ 150,00
434.914.478-10	43491447810	NATALIA PAZINATO SILVA	AHBB MIRANDOPOLIS	R$ 150,00
394.946.148-52	39494614852	NATALIA X N OLIV	AHBB MIRANDOPOLIS	R$ 150,00
285.280.548-02	2153	PATRICIA A FERREIRA	AHBB MIRANDOPOLIS	R$ 150,00
305.075.078-27	2164	PATRICIA MICHELE ALMEIDA	AHBB MIRANDOPOLIS	R$ 150,00
298.440.178-66	2155	PRISCILA S L ALMEI	AHBB MIRANDOPOLIS	R$ 150,00
259.782.788-73	2128	REGINA L P R DE	AHBB MIRANDOPOLIS	R$ 150,00
281.686.478-23	2157	RICARDO DE CARVALHO	AHBB MIRANDOPOLIS	R$ 150,00
246.121.428-02	24612142802	SAMIR BISPO DOS SANTOS	AHBB MIRANDOPOLIS	R$ 150,00
304.418.188-70	30441818870	SONIA DOS SANTOS ROCHA	AHBB MIRANDOPOLIS	R$ 150,00
329.168.118-50	33	THAIS BOARETO DA SILVA	AHBB MIRANDOPOLIS	R$ 380,00
298.834.288-12	29883428812	VALERIA CRISTINA SOUZA C	AHBB MIRANDOPOLIS	R$ 150,00

Contrato: 2004030048091

UNIDADE DE ENTREGA	DEPARTAMENTO	DATA DE CRÉDITO	DATA DE ENTREGA	QUANTIDADE BENEFICIÁRIOS	VALOR DO BENEFÍCIO
AHBB SEDE	AHBB MIRANDOPOLIS		01/12/2020	38	R$ 5.930,00

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

	TOTAL BENEFÍCIOS	38	R$ 5.930,00

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

TOTAL DE TAXAS DO PRODUTO	-R$ 106,74

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

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

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

29/01/2021 - BANCO DO BRASIL - 14:48:13
679006790 0005

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

==========

ITAU UNIBANCO S.A.

34191090326089936293781658220009184900000836068

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

NR. DOCUMENTO	10.402
DATA DE VENCIMENTO	04/01/2021
DATA DO PAGAMENTO	04/01/2021
VALOR DO DOCUMENTO	8.360,68
VALOR COBRADO	8.360,68

==========

NR.AUTENTICACAO F.586.9BC.AD2.F79.2B3

==========

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

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

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

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

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

VR - Miro

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA

NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFS-e

RPS Nº 587444 Série C7, emitido em 25/11/2020

20201209u47866934000174

Número da Nota	Data e Hora de Emissão	Código de Verificação
24699954	26/11/2020 01:06:05	E245-XYUY

PRESTADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ: **47.866.934/0001-74** Inscrição Municipal: **5.987.120-2**

Nome/Razão Social: **TICKET SERVIÇOS S.A**

Endereço: **AV DOUTORA RUTH CARDOSO 7815 - Pinheiros - CEP: 05425-070**

Município: **São Paulo** UF: **SP**

TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome/Razão Social: **ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE BRASIL**

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

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

Município: **Lins** UF: **SP** E-mail: **wgalenti@ahbb.org.br**

INTERMEDIÁRIO DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ: **----** Nome/Razão Social: **----**

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

TRE DISPONIBILIZACAO DE BENEFICIO QTD 36 R$8.557,50
DESCONTOS CONCEDIDOS R$196,82
VALOR DA CORRETAGEM OU COMISSAO: ZERO
Ped.:23056920 Contrato:2004030057121 IE:ISENTO IM:
IRF 1,50%-IN/SRF 177/87 e 107/91
LEI 12741/12 VL.TRIB.R$ 0,00
Data de Vencimento: 04/01/2021
VALOR TOTAL: R$8.360,68

VALOR TOTAL DO SERVIÇO = R$ 0,00

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

Código do Serviço

03205 - Fornecimento e administração de vales-refeição, vales-alimentação, vales-transporte e similares

Valor Total das Deduções (R$)	Base de Cálculo (R$)	Alíquota (%)	Valor do ISS (R$)	Crédito (R$)
0,00	0,00	2,00%	0,00	0,00

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

OUTRAS INFORMAÇÕES

(1) Esta NFS-e foi emitida com respaldo na Lei nº 14.097/2005; (2) Esta NFS-e substitui o RPS Nº 587444 Série C7, emitido em 25/11/2020.

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

NOTA DE DÉBITO

Número	Data de Emissão
587444-ND	25/11/2020

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

Nome/Razão Social: TICKET SERVICOS S/A

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

Município: SAO PAULO UF: SP

CLIENTE

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

Nome/Razão Social: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE BRASIL

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

Município: LINS UF: SP

DISCRIMINAÇÃO

TRE DISPONIBILIZACAO DE BENEFICIO QTD 36 R$8.557,50
DESCONTOS CONCEDIDOS R$196,82
Ped.:23056920 Contrato:2004030057121 IE:ISENTO IM:

VALOR TOTAL: R$ 8.360,68

DESCRIÇÃO:

DISPONIBILIZACAO DE BENEFICIOS / CUPONS

NOTA DE DÉBITO Nº	VALOR DE NOTA DE DÉBITO	FORMA DE PAGAMENTO
587444-ND	R$ 8.360,68	04/01/2021

OUTRAS INFORMAÇÕES

Este(a) NOTA DE DÉBITO é relativa a RPS 587444 de 25/11/2020.

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

RELATÓRIO DE DETALHES DO PEDIDO

Número do Pedido Enviado: 790045
Valor (R$): 8.557,50
Realizado em: 24/11/2020
Método Pagamento: Faturamento

Empresa: 45.349.461/0001-02 - ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
Solicitante: ANA CLAUDIA DA SILVA

Ticket Restaurante Eletrônico

Unidade de Entrega: AHBB SEDE
Data de Crédito:
Data de Entrega: 01/12/2020
Valor dos Benefícios (R$): 8.557,50
Quantidade de Beneficiários: 36

CPF	MATRÍCULA	BENEFICIÁRIO	DEPARTAMENTO	DIAS ÚTEIS	VALOR DIA	VALOR MÊS	VALOR DO BENEFÍCIO
328.629.558-25	2329	ALCIONE BOGAZ	AHBB MIRANDOPOLIS				R$ 17,50
295.556.788-47	2163	ALESSANDRA C MARDEGAN	AHBB MIRANDOPOLIS				R$ 245,00
214.220.888-63	2122	ANA A F NOGUEIRA	AHBB MIRANDOPOLIS				R$ 227,50
214.801.238-03	2123	ANA P A ZANATTA	AHBB MIRANDOPOLIS				R$ 227,50
014.000.604-43	2445	ANA PAULA SANTOS SILVA	AHBB MIRANDOPOLIS				R$ 227,50
368.501.738-12	36850173812	BRUNA BERALDO FERRANTE	AHBB MIRANDOPOLIS				R$ 227,50
377.077.858-86	37707785886	CATIA FERNANDA FERRAZ	AHBB MIRANDOPOLIS				R$ 245,00
295.136.688-43	29513668843	CRISTIANE P VENDRAME	AHBB MIRANDOPOLIS				R$ 245,00
218.471.208-65	21847120865	DANIELA SANTOS OLIVEIRA	AHBB MIRANDOPOLIS				R$ 245,00
385.855.778-19	38585577819	DEBORA CRISTINA LOCHE	AHBB MIRANDOPOLIS				R$ 245,00
322.986.678-96	2132	DENISE P A LISB	AHBB MIRANDOPOLIS				R$ 227,50
108.823.788-64	2134	EDILAINE MUNHOZ MAQUEA	AHBB MIRANDOPOLIS				R$ 227,50
291.914.308-52	2135	EDILENE MANOEL	AHBB MIRANDOPOLIS				R$ 227,50
095.608.758-25	9560875825	ELAINE C D BORGES	AHBB MIRANDOPOLIS				R$ 227,50
294.873.608-08	29487360808	ELIANA C RODRIGUES	AHBB MIRANDOPOLIS				R$ 227,50
322.167.988-27	2137	GISLAINE M MORABITO	AHBB MIRANDOPOLIS				R$ 227,50
379.629.418-98	2127	ISADORA M C SANTO	AHBB MIRANDOPOLIS				R$ 262,50
095.493.888-75	2130	IZABEL CRISTINA DE SOUZA	AHBB MIRANDOPOLIS				R$ 245,00

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

Ticket®. Benefícios que multiplicam.

Ticket® uma marca Edenred

Unidade de Entrega: AHBB SEDE

Data de Crédito:

Data de Entrega: 01/12/2020

Valor dos Benefícios (R$): 8.557,50

Quantidade de Beneficiários: 36

CPF	MATRÍCULA	BENEFICIÁRIO	DEPARTAMENTO	DIAS ÚTEIS	VALOR DIA	VALOR MÊS	VALOR DO BENEFÍCIO
061.725.928-31	2139	JOSE LOPES DE OLIVEIRA	AHBB MIRANDOPOLIS				R$ 245,00
389.267.668-29	2146	KELLY C R ROCHA	AHBB MIRANDOPOLIS				R$ 245,00
427.001.668-09	42700166809	LETICIA M S FERR	AHBB MIRANDOPOLIS				R$ 245,00
400.061.728-14	2148	LUCAS CARVALHO SANTOS	AHBB MIRANDOPOLIS				R$ 227,50
427.566.218-03	2149	MAIRA TEIXEIRA DE CASTRO	AHBB MIRANDOPOLIS				R$ 245,00
382.523.438-05	38252343805	MARCIA MAIARA POSSENTI	AHBB MIRANDOPOLIS				R$ 385,00
365.760.718-84	36576071884	MAURO CELSO CHIAVELLI	AHBB MIRANDOPOLIS				R$ 385,00
434.914.478-10	43491447810	NATALIA PAZINATO SILVA	AHBB MIRANDOPOLIS				R$ 17,50
394.946.148-52	39494614852	NATALIA X N OLIV	AHBB MIRANDOPOLIS				R$ 227,50
285.280.548-02	2153	PATRICIA A FERREIRA	AHBB MIRANDOPOLIS				R$ 227,50
305.075.078-27	2164	PATRICIA MICHELE ALMEIDA	AHBB MIRANDOPOLIS				R$ 245,00
298.440.178-66	2155	PRISCILA S L ALMEI	AHBB MIRANDOPOLIS				R$ 245,00
259.782.788-73	2128	REGINA L P R DE	AHBB MIRANDOPOLIS				R$ 262,50
281.686.478-23	2157	RICARDO DE CARVALHO	AHBB MIRANDOPOLIS				R$ 245,00
246.121.428-02	24612142802	SAMIR BISPO DOS SANTOS	AHBB MIRANDOPOLIS				R$ 245,00
304.418.188-70	30441818870	SONIA DOS SANTOS ROCHA	AHBB MIRANDOPOLIS				R$ 227,50
329.168.118-50	33	THAIS BOARETO DA SILVA	AHBB MIRANDOPOLIS				R$ 385,00
298.834.288-12	29883428812	VALERIA CRISTINA SOUZA C	AHBB MIRANDOPOLIS				R$ 227,50

Contrato: 2004030057121

UNIDADE DE ENTREGA	DEPARTAMENTO	DATA DE CRÉDITO	DATA DE ENTREGA	QUANTIDADE BENEFICIÁRIOS	VALOR DO BENEFÍCIO
AHBB SEDE	AHBB MIRANDOPOLIS		01/12/2020	36	R$ 8.557,50
			TOTAL BENEFÍCIOS	36	R$ 8.557,50

TAXA	VALOR	BASE	SUB TOTAL

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

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

TAXA DE ADMINISTRACAO TRE (NEGATIVA)	R$ -196,82	1	-R$ 196,82
TOTAL DE TAXAS DO PRODUTO			**-R$ 196,82**

RESUMO DO PRODUTO	SUB TOTAL
Total de Benefícios	R$ 8.557,50
Taxas	-R$ 196,82
TOTAL	**R$ 8.360,68**

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

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

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
29/01/2021 - AUTOATENDIMENTO - 14.48.14
6790306790 SEGUNDA VIA 0005
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE
TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL
CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL
AGENCIA: 6790-3 CONTA: 211-9
==========
FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : ASSOCIACAO H B DO BRASIL
BANCO: 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$ 38.810,50
DEBITO EM: 05/01/2021
==========
DOCUMENTO: 010501
AUTENTICACAO SISBB: E.FB2.C2E.E92.01D.A5E

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

Mira

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA

NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFS-e

20210104u34298678000114

Número da Nota	00000158
Data e Hora de Emissão	04/01/2021 12:05:36
Código de Verificação	WYFQ-D1BB

PRESTADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ: **34.298.678/0001-14** Inscrição Municipal: **6.343.469-5**
Nome/Razão Social: **GESTARE SERVICOS COMBINADOS DE ESCRITORIO LTDA**
Endereço: **R CONCEICAO DE MONTE ALEGRE 107, BLOCO B - Cidade Monções - CEP: 04563-060**
Município: **São Paulo** UF: **SP**

TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome/Razão Social: **ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL**
CPF/CNPJ: **45.349.461/0001-02** Inscrição Municipal: **----**
Endereço: **End AV JOSE ARIANO RODRIGUES - JARDIM ARIANO - CEP: 16400-000**
Município: **Lins** UF: **SP** E-mail: **contabilidade@ahbb.org.br**

INTERMEDIÁRIO DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ: **----** Nome/Razão Social: **----**

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

SERVIÇOS DE GESTÃO: ADMINISTRATIVOS, RECURSOS HUMANOS, CONTABILIDADE, CONTROLADORIA E PRESTAÇÃO DE CONTAS - UTI DO HOSPITAL ESTADUAL "DR. OSWALDO BRANDI FARIA" DE MIRANDÓPOLIS - SP
COMPETÊNCIA: 12/2020
Termo Aditivo 001/2020 -Convênio 107/2017

VALOR TOTAL DO SERVIÇO = R$ 38.810,50

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

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

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

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

OUTRAS INFORMAÇÕES

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

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

05/01/21
211

29/01/2021 - BANCO DO BRASIL - 14:48:14
679006790 0007

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

03399484570130000098976701101040984920000056526
BENEFICIARIO:
BANCO SOFISA S/A
NOME FANTASIA:
BANCO SOFISA S/A
CNPJ: 60.889.128/0001-80
BENEFICIARIO FINAL:
SUPERMED COMERCIO E IMPORTACAO DE
CNPJ: 11.206.099/0001-07
PAGADOR:
ASSOC. HOSP. BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	10.502
DATA DE VENCIMENTO	06/01/2021
DATA DO PAGAMENTO	05/01/2021
VALOR DO DOCUMENTO	565,26
VALOR COBRADO	565,26

NR.AUTENTICACAO 0.1CE.07A.97E.A88.D91

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

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

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

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

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

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

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

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA [1]

Nº 487175
SERIE 1
FOLHA 1/1

CHAVE DE ACESSO
3120 1211 2060 9900 0107 5500 1000 4871 7510 0011 6072

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO
Venda a nao contribuinte

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO
131203947337541 09/12/2020 15:27:52

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTARIO	CNPJ
001.771.1480296	813.020.011.119	11.206.099/0001-07

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL		CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOC. HOSP. BENEFICENTE DO BRASIL (3467)		45.349.461/0001-02	09/12/2020
ENDEREÇO	**BAIRRO/DISTRITO**	**CEP**	**DATA ENTRADA/SAIDA**
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03	JARDIM ARIANO	16400-400	09/12/2020
MUNICÍPIO	**FONE/FAX**	**UF / INSCRIÇÃO ESTADUAL**	**HORA DA SAÍDA**
LINS	1435325198	SP	

FATURA / DUPLICATA

001 06/01/2021 565,26

CALCULO DO IMPOSTO

BASE DE CALCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CALCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
565,26	67,83	0,00	0,00	565,26

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00		0,00	0,00	565,26

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
ATIVA DISTRIBUICAO E LOGISTICA LTDA	0 - DO EMITENTE				01125797000540
ENDEREÇO	**MUNICÍPIO**			**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**
AVENIDA PREFEITO OLAVO GOMES DE OLIVEIRA, 6730	POUSO ALEGRE			MG	5250929840006

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
1	CAIXA			0,71	0,71

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UND	QUANT.	V.UNIT	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL ICMS	AL IPI
14586	ENOXALOW 60MG 10SER.PREENC.0,6ML-BLAU LT 20101023 (2)10/22 (Fornecedor: 47, Lote: 20101023, Qtde: 2 ,Data Fab: 01/10/20-20, Data Val: 01/10/2022)	30049099	000	6108	CX	2	270,2700	540,54	540,54	64,86		12,00	
29598	MASCARA TRIPLA C/CLIPS ELAST.C/50-CREMER LT 281602045 (1)11/23 (Fornecedor: 1496, Lote: 281602045, Qtde: 1 ,Data Fab: 04/11/2020, Data Val: 03/11/2023)	63079010	000	6108	CX	1	24,7200	24,72	24,72	2,97		12,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

#R47 B2
Emenda Constitucional 87 de 2015;
Valor da parrilha para UF de Destino: R$ 33,91
Pedido: 454845
End. Entrega: AV.DR.RAUL DA CUNHA BUENO,585 , MIRANDOPOLIS - 16800-000, MIRANDOPOLIS-SP - Horario : COMERCIAL
Empresa Enquadrada como Dist. Hospitalar nos termos do Inc. XVII do art. 222 do RICMS/MG
Setor de Cobranca: (11)4934-1669 / 4934-1673 / 4934-1671
QUALQUER INCONFORMIDADE NA ENTREGA, ENTRE IMEDIATAMENTE EM CONTATO COM NOSSO PÓS-VENDAS NO NÚMERO (11) 4934-1703
Rota....: 6 Cubagem: 0,01

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 11 / 12 / 2020
ASS. Isadora M. de O. Costa

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

29/01/2021 - BANCO DO BRASIL - 14:48:14
679006790 0006

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

BANCO DO BRASIL

00190616622394683359900002034312584940000047101
BENEFICIARIO:
DUPATRI H C I EXPORTACAO LTDA
NOME FANTASIA:
DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IMPORTA
CNPJ: 04.027.894/0001-64
PAGADOR:
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEF DO BRAS
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	10.503
NOSSO NUMERO	6166239468
CONVENIO	00000000
DATA DE VENCIMENTO	08/01/2021
DATA DO PAGAMENTO	05/01/2021
VALOR DO DOCUMENTO	471,01
VALOR COBRADO	471,01

NR.AUTENTICACAO 0.BEF.EAB.97B.303.342

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

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

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

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

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

DUPATRI HOSPITALAR COM IMP EXT LTDA

AV. JOSE SEVERINO, Nº 3530
CATALÃO - GO
CEP: 75.709-615
TELEFONES
ESTOQUE CATALÃO: (64) 3442-8061
ADM. SANTOS (13) 3228-8700

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAÍDA [1]

Nº 1141459
SERIE 1
FOLHA 1/1

CHAVE DE ACESSO
5220 1104 0278 9400 0326 5500 1001 1414 5910 0115 1830

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO		PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO
VENDA N CONTRIB		152203602231588 24/11/2020 20:42:21
INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO	CNPJ
10.444.430-4	809.010.530.117	04.027.894/0003-26

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL			CNPJ/CPF		DATA DA EMISSÃO
ASSOC HOSPITALAR BENEF DO BRASIL (8149)			45.349.461/0001-02		24/11/2020
ENDEREÇO			BAIRRO/DISTRITO	CEP	DATA ENTRADA/SAÍDA
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303			JARDIM ARIANO	16400-400	24/11/2020
MUNICÍPIO	FONE/FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL		HORA DA SAÍDA
LINS	1435325198	SP			20:38

FATURA / DUPLICATA

001 08/01/2021 471,01

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
392,49	47,10	0,00	0,00	471,01
VALOR DO FRETE	**VALOR DO SEGURO**	**DESCONTO**	**OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS**	**VALOR TOTAL DO IPI**	**VALOR TOTAL DA NOTA**
0,00	0,00		0,00	0,00	471,01

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
VEICULO PROPRIO (90)	0 - DO EMITENTE				04027894000326
ENDEREÇO	**MUNICÍPIO**			**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**
AVENIDA JOSE SEVERINO, 3530	CATALAO			GO	104444304

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
1	CAIXAS			1,80	1,80

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇOS	NCM/CH	CST	CFOP	UND	QUANT	V.UNIT	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	ALÍQ. ICMS	ALÍQ. IPI
7565	ATENSINA 0,150MG C/30 CP - BOEHRINGER (Lote: C57324, Qtde: 1, Dt Val: 30/09/2023 ,Data Fab: 01/09/2020)	30049069	020	6108	CX	1	7,1100	7,11	5,92	0,71		12,00	
36684	FENTANEST 0,05MG/ML 25/10MLF/A AMBAR-CRISTA A1 (Lote: 20080645, Qtde: 2, Dt Val: 31/08/2021 ,Data Fab: 01/08/2020)	30049069	020	6108	CX	2	222,5000	445,00	370,82	44,50		12,00	
28121	ESPARADRAPO 10CMX4,5M - PROCITEX (Lote: 1593032H, Qtde: 3, Dt Val: 31/08/2022 ,Data Fab: 01/08/2020)	30051030	020	6108	RL	3	6,3000	18,90	15,75	1,89		12,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

RECLAMAÇÕES DE MERCADORIAS COM NO MAXIMO DE 48HORAS APOS A ENTREGA FAVOR REALIZAR A CONFERENCIA DO PEDIDO NO ATO
ENTREGAR EM RAUL DA CUNHA BUENO 585 JD SANTA ROSA MIRANOPOLIS SPUTI MIRANOPOLIS CONV 0137/2017 AC/ SAIS
ITENS 1 a 3 RED.BASE DE CALCULO CONF. ART. 8º, INC. VIII, ANEXO IX DEC.4.852/97 - 41,667%
ITEM 1
ITEM 1 e 2 ALIQUOTA ZERO PIS/COFINS,CF.ART.2 DA LEI 10.147/00
ITENS 1 a 3 DIFERENCIAL DE ALIQ.CFCONV.93 -EMENDA 87/15
ITENS 1 a 3
ITENS 1 a 3
Emenda Constitucional 87 de 2015;
Valor da partilha para UF de Destino: R$ 28,26
VALOR APROX. TRIBUTOS, R$ 48,57, Federal, R$ 1,47, Estadual, R$ 47,10
Pedido: 1221535
SOLICITANTE(S): REGIAO SJRP - (VITOR)
Subespécie: 1 - O EMITENTE (43) - CIP - CNPJ: - Inscrição Estadual: 633565182110 -
ENDEREÇO: RUA SAO PAULO SANTOS-SP

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 25 / 11 / 2020
ASS.

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

29/01/2021 - BANCO DO BRASIL - 14:48:14
679006790 0004

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

BANCO DO BRASIL

00190000090171153600100864893177584940000154700
BENEFICIARIO:
COMERCIAL C RIOCLARENSE LTDA
NOME FANTASIA:
COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTD
CNPJ: 67.729.178/0004-91
PAGADOR:
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE D
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	10.504
NOSSO NUMERO	17115360000864893
CONVENIO	01711536
DATA DE VENCIMENTO	08/01/2021
DATA DO PAGAMENTO	05/01/2021
VALOR DO DOCUMENTO	1.547,00
VALOR COBRADO	1.547,00

NR.AUTENTICACAO 7.20D.B5C.11D.EE0.20D

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

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

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

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

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

Identificação do emitente

Rioclarense

COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA [1]

Nº. 1372653 FL 1 / 1
SÉRIE 1

CHAVE DE ACESSO
3520 1167 7291 7800 0491 5500 1001 3726 5319 3478 8853

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO
VENDA DENTRO ESTADO

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
135201085811323 24/11/2020 19:04:33

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

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL			CNPJ / CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL			45.349.461/0001-02	24/11/2020
ENDEREÇO	BAIRRO / DISTRITO	CEP		DATA DA ENTRADA/SAÍDA
AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303	JARDIM ARIANO	16400-400		24/11/2020
MUNICÍPIO	FONE / FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DE SAÍDA
LINS	1836591243	SP		

FATURA/DUPLICATA

FATURA/DUPLIC	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC	VENCIMENTO	VALOR
1372653/1	08/01/2021	1.547,00						

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUTO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
1.547,00	278,46	0,00	0,00	1.547,00

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	VALOR DO DESCONTO	OUTRAS DESPESAS	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1.547,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ
NIKKEY RIO PRETO LOG. E TRANSP.	0 - Por conta do emitente				15.066.184/0001-60
ENDEREÇO	MUNICÍPIO			UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
R MARIA CERON VOLPE 2260	SAO JOSE DO RIO PRETO			SP	647598751114

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
3,00	VOLUME(S)		0,00805	16,212	16,212

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / SH	CST	CFOP	UN	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	B.CALC ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTAS ICMS	ALÍQUOTAS IPI
030304	ALGODAO HIDROFILO 500GRS (ERS) L: 1120/Q 1.0000/F 10/11/20/V: 30/11/2025	52030000	000	5102	RO	1,00	10,7404	10,74	10,74	1,93	0,00	18,00	0,00
030430	RESPIRADOR DESCARTAVEL PFF2 (3M) L: 2030100431/Q 20,0000/F 30/10/20/V: 30/10/2023	63079010	000	5102	PC	20,00	3,3509	67,02	67,02	12,06	0,00	18,00	0,00
030623	AVENTAL CIRCULACAO (VENKURI) L: T23356/Q 100,00 00/F 07/08/20/V: 07/08/2023	62101000	000	5102	PC	100,00	12,82	1.282,00	1.282,00	230,76	0,00	18,00	0,00
030366	TIRAS REAGENTES N/INDIV (MEDLEVENSOHN) L: 1290636/Q 300,0000/F 30/05/20/V: 20/05/2022	38220090	700	5102	TI	300,00	0,522	156,60	156,60	28,19	0,00	18,00	0,00
031047	TOUCA SANFONADA (DESCARTEE) L: 2004/DC/Q 200,00 00/F 30/05/20/V: 30/05/2025	63079010	000	5102	PC	200,00	0,1532	30,64	30,64	5,52	0,00	18,00	0,00

CÁLCULO DO ISSQN

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

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

LOCAL DE ENTREGA 46374500001247/AV DR RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito CENTRO Municipio MIRANDOPOLIS CEP 16800000 UF SP Pais BRASIL PREZADO CLIENTE, FAVOR CONFERIR NO ATO DA ENTREGA - [redacted] REMOS RECLAMACOES APOS 48hs DO RECEBIMENTO DATA ENTREGA 24/11/2020 Pedido 1778022 (Compra/Pedido Cliente) 1778022 *** O pagamento devera ser realizado atraves do boleto anexo a nota fiscal, caso [redacted] em contato atraves do e-mail boletos@rioclarense.com.br ou no telefone (19)3522-5800, Setor de Cobranca Privado [redacted] ** AE 1.22375-2 ** ASS 1302/16 Validade 23/01/2021 MODAL RODOVIARIO / TIPO ENTREGA [redacted] LOCAL DE ENTREGA Endereço AV DR RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito CENTRO Municipio MIRANDOPOLIS CEP 16800000 UF SP Pais BRASIL(Codigo Interno Emitente 4768 Nome Fantasia ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL) LOCAL DE ENTREGA AV DR RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito CENTRO Municipio MIRANDOPOLIS UF SP Pais BRASIL

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 25 / 11 / 2020
ASS.

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

29/01/2021 - BANCO DO BRASIL - 14:48:14
679006790 0003

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

BANCO DO BRASIL

00190616622391163359400002034312184940000031148
BENEFICIARIO:
DUPATRI H C I EXPORTACAO LTDA
NOME FANTASIA:
DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IMPORTA
CNPJ: 04.027.894/0001-64
PAGADOR:
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEF DO BRAS
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	10.505
NOSSO NUMERO	6166239116
CONVENIO	00000000
DATA DE VENCIMENTO	08/01/2021
DATA DO PAGAMENTO	05/01/2021
VALOR DO DOCUMENTO	311,48
VALOR COBRADO	311,48

NR.AUTENTICACAO F.A36.587.006.F35.40F

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 1[illegible]
Fonte de Recurso Estadual
Termo Aditivo nº 00002/2020
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Miranda
Tipo de Despesa: Custeio

DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IMPORTACAO E EXPORTACAO LTDA

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

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA 1-SAIDA: 1

Nº 120679
SERIE 1
FOLHA 1/1

CHAVE DE ACESSO
3520 1104 0278 9400 0750 5500 1000 1206 7910 0140 2893

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO	PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO
VENDA MERC.ADQ. REC.TERCEIROS	135201086297085 24/11/2020 21:37:51

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTARIO	CNPJ
671.392.680.115		04.027.894/0007-50

DESTINATARIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL	CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOC HOSPITALAR BENEF DO BRASIL (8149)	45.349.461/0001-02	24/11/2020

ENDEREÇO	BAIRRO/DISTRITO	CEP	DATA ENTRADA/SAIDA
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303	JARDIM ARIANO	16400-400	24/11/2020

MUNICÍPIO	FONE/FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DA SAIDA
LINS	1435325198	SP		21:30

FATURA / DUPLICATA

001 08/01/2021 311,48

CALCULO DO IMPOSTO

BASE DE CALCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
295,58	50,27	0,00	0,00	311,48

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00		0,00	0,00	311,48

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CODIGO ANTT	PLACA DO VEICULO	UF	CNPJ/CPF
O EMITENTE (43)	0 - DO EMITENTE				

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
RUA SAO PAULO, 31	SANTOS	SP	633565182110

QUANTIDADE	ESPECIE	MARCA	NUMERO	PESO BRUTO	PESO LIQUIDO
2	CAIXAS			6,00	6,00

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CODIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UND	QUANT	V.UNIT	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL. ICMS	AL.IPI
21476	DIPIFARNA 100/2ML-FARMACE (Lote: DP2-0F261, Qtde: 1, Dt Val: 30/06/2022 ,Data Fab: 01/06/2020)	30039099	000	5102	CX	1	58,5000	58,50	58,50	10,53		18,00	
29193	BROMOPRIDA INJ.50/2ML GEN-U.QUIMICA OL (Lote: 2022542, Qtde: 1, Dt Val: 30/06/2023 ,Data Fab: 01/06/2020)	30049045	000	5102	CX	1	48,9800	48,98	48,98	5,88		12,00	
12883	ATADURA CREPE 13F 15CMX 1,80M C/12 EUROPA - POLARFIX (Lote: 41303, Qtde: 3, Dt Val: 11/09/2025 ,Data Fab: 11/09/2020)	30059090	000	5102	DZ	3	8,1000	24,30	24,30	4,37		18,00	
35335	COMP.GAZE 7,5X7,5 EST.13F CX 400/10 - NOBRE (Lote: 0720, Qtde: 1, Dt Val: 31/07/2023 ,Data Fab: 01/07/2020)	30059090	000	5102	CX	1	163,8000	163,80	163,80	29,49		18,00	
3798	ALGODAO ORTOP.15X1.0M C/12-ORTOBOM (Lote: 264, Qtde: 3, Dt Val: 01/10/2025 ,Data Fab: 01/10/2020)	90211020	040	5102	PCT	3	5,3000	15,90					

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

RECLAMAÇÕES DE MERCADORIAS COM NO MAXIMO DE 48HORAS APOS A ENTREGA FAVOR REALIZAR A CONFERENCIA DO PEDIDO NO ATO
ENTREGAR EM RAUL DA CUNHA BUENO 585 JD SANTA ROSA MIRANOPOLIS SPUTI MIRANOPOLIS CONV 107/2017 AHB LATS
ITEM 1 ISENCAO ICMS CONFORME CONVENIO 126/2010
ITEM 2 ALIQ.12% CF LEI GENERICOSSP 16005/2015
ITEM 3 e 4
ITEM 5 ISENTO PIS/COFINS DECRETO 6426/08 ANEXO III
ITEM 1 e 2 ALIQUOTA ZERO PIS/COFINS,CF.ART.2 DA LEI 10.147/00
VALOR APROX. TRIBUTOS: R$ 69,64, Federal, R$ 19,37, Estadual, R$ 50,27
Pedido: 136473
Representante: REGIAO SJRP - (VITOR)

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 25/11/2020
ASS.

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

051011
211

29/01/2021 - BANCO DO BRASIL - 14:48:14
679006790 0004

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

BANCO BRADESCO S.A.

23790601029034900001200001077045849400000068000
BENEFICIARIO:
BIOMEDICAL
NOME FANTASIA:
BIOMEDICAL
CNPJ: 51.943.645/0001-07
BENEFICIARIO FINAL:
BIOMEDICAL
CNPJ: 51.943.645/0001-07
PAGADOR:
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEF DO BRAS
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	10.506
DATA DE VENCIMENTO	08/01/2021
DATA DO PAGAMENTO	05/01/2021
VALOR DO DOCUMENTO	680,00
VALOR COBRADO	680,00

NR.AUTENTICACAO D.848.ED0.BA3.788.482

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

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

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

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

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

RECEBEMOS DE BIOMEDICAL EQUIPAMENTOS PRODUTOS MEDICO-CIRURGICOS LTDA OS PRODUTOS/SERVIÇOS CONSTANTES NA NOTA FISC	VALOR NOTA R$ 680,00	NF-e Nº: 000.129.283 SÉRIE : 1
DATA DE RECEBIMENTO / /	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	DESTINATARIO ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEF DO BRASIL

biomedical®

BIOMEDICAL EQUIPAMENTOS E PRODUTOS MEDICO-CIRURGICOS LTDA

Av. Amador Aguiar, 1500 - City Jaraguá - São Paulo - SP
CEP: 02998-020 Tel. (011) 3944-5555
www.biomedical.ind.br www.cateter.com.br

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - Entrada
1 - Saída [1]

Nº 000.129.283
SÉRIE : 1
FOLHA: 1 de 1

CHAVE DE ACESSO
3520 1251 9436 4500 0107 5500 1000 1292 8310 0464 0324

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO	PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
VENDA PRODUCAO PROPRIA	135201158701628 - 09/12/2020 15:02:16

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

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL			CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEF DO BRASIL			45.349.461/0001-02	09/12/2020
ENDEREÇO	BAIRRO/DISTRITO		CEP	DATA DE SAIDA/ENTRADA
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303	JARDIM ARIANO		16400-400	09/12/2020
MUNICIPIO	FONE/FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DE SAÍDA
LINS	(14) 3541-1544	SP		15:01:42

FATURA

Número	Data Vcto	Valor
001	08/01/2021	680,00

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CALCULO DE ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CALCULO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	680,00

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSORIAS	VALOR DO IPI	VALOR APROX. DOS TRIBUTOS	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	110,16	680,00

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

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

ENDEREÇO	MUNICIPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
AV. PERI RONCHETTI, 765	SAO PAULO	SP	ISENTO

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LIQUIDO
1	VOLUME			0,980	0,700

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO

COD PROD	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM SH	CST	CFOP	UNID	QUANT	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL	B.CALC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALIQUOTAS ICMS	ALIQUOTAS IPI	VALOR APROX. DOS TRIBUTOS
CD20BNW	Cateter para Subclavia D/L CVC, 7Fr x 20cm com acessorios BNW R O P M 0702040150 L: 36466 QT. 10 RESOLUCAO DO SENADO FEDERAL 13/12, No FCI:9F30847B-54BC-457D-A322-DA2812385F55	90183929	5 40	5101	UN	10	68,000000	680,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	110,16

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

___/___/___

CÁLCULO DO ISSQN

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

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	RESERVADO AO FISCO
NÚMERO PEDIDO: 104987 - P. PEDIDO DO CLIENTE: EMAIL. Valor aproximado dos tributos conf. Lei 12.741/2012. Federal: R$ 28,56 (4,20%) Estadual: R$ 81,60 (12,00%) Fonte: IBPT. ISENTO DO ICMS CONFORME ARTIGO 9 PARAGRAFO RICMS/00 ANEXO I ARTIGO 14 CONVENIO ICMS 1/99 PRORROGADO PE 93 CONVENIO ICMS 101/20, DE 2 DE SETEMBRO DE 2020.UTI Mirandopolis - Convenio 0107 2017	AHBB - UTI MIRANDOPOLIS RECEBIDO 10/12/2020 ASS. ASS.

RELAÇÃO GERAL DOS LÍQUIDOS

Código	Nome do empregado	CPF	Valor
Empregados			
3908	ALESSANDRA APARECIDA DOS SAN	117.356.088-23	431,82
2329	ALCIONE BOGAZ	328.629.558-25	188,94
2163	ALESSANDRA DE CASSIA MARDEGAI	295.556.788-47	3.137,89
2122	ANA AUGUSTA FELICIANI NOGUEIR	214.220.888-63	1.561,09
2123	ANA PAULA AZEVEDO ZANATTA	214.801.238-03	1.770,94
2336	BIANCA CAETANO COSTA	301.663.768-50	107,43
2977	BRUNA BERALDO FERRANTE	368.501.738-12	2.610,70
2125	CATIA FERNANDA FERRAZ	377.077.858-86	1.828,84
2752	CRISTIANE PASCOALETO VENDRAM	295.136.688-43	1.465,29
2772	DANIELA DOS SANTOS DE OLIVEIR/	218.471.208-65	1.533,30
2126	DEBORA CRISTINA LOCHE	385.855.778-19	1.627,31
2132	DENISE PRISCILA ANCILOTTO LISB	322.986.678-96	1.755,04
2134	EDILAINE MUNHOZ MAQUEA	108.823.788-64	1.841,54
2135	EDILENE MANOEL	291.914.308-52	1.585,22
2136	ELAINE CRISTINA DIAS BORGES	095.608.758-25	1.575,24
2992	ELIANA CRISTINA RODRIGUES	294.873.608-08	1.428,01
2137	GISLAINE MACHADO MORABITO	322.167.988-27	1.084,09
2127	ISADORA MORAIS DE CASTRO SANT	379.629.418-98	1.400,63
2130	IZABEL CRISTINA DE SOUZA	095.493.888-75	1.372,30
2146	KELLY CRISTINA RAMOS ROCHA	389.267.668-29	1.574,12
2147	LETICIA MAIARA DOS SANTOS FERI	427.001.668-09	1.134,09
2148	LUCAS CARVALHO DOS SANTOS	400.061.728-14	1.810,15
2149	MAIRA TEIXEIRA DE CASTRO	427.566.218-03	1.593,41
2129	MARCIA MAIARA POSSENTI	382.523.438-05	1.319,27
3021	MAURO CELSO CHIAVELLI	365.760.718-84	2.869,62
2154	NATALIA XAVIER NASCIMENTO OLI	394.946.148-52	3.230,17
2153	PATRICIA ADRIANA FERREIRA	285.280.548-02	1.841,09
2164	PATRICIA MICHELE DE ALMEIDA	305.075.078-27	1.535,55
2155	PRISCILA SANTOS LEITE DE ALMEI	298.440.178-66	2.857,40
2128	REGINA LEIA PARRO RODRIGUES D	259.782.788-73	1.621,55
2157	RICARDO DE CARVALHO	281.686.478-23	1.804,45
3807	SAMIR BISPO DOS SANTOS	246.121.428-02	1.477,79
2839	SONIA DOS SANTOS ROCHA	304.418.188-70	1.692,85
33	THAIS BOARETO DA SILVA	329.168.118-50	4.550,50
2799	VALERIA CRISTINA DE SOUZA DA C	298.834.288-12	1.440,30

Empregados: 35 Estagiários: 0 Contribuintes: 0 Total da Empresa: 60.657,93

(sessenta mil seiscentos e cinqüenta e sete reais e noventa e três centavos)

MIRANDOPOLIS, 06/01/2021 Responsável: _____

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

EXTRATO MENSAL

Empr.: 3908 ALESSANDRA APARECIDA DOS SANTOS GC — Situação: Trabalhando — CPF: 117.356.088-23 — PIS: 124.42087.45-8
Cargo: 300 AUX. ADM. FARMACIA — Vínculo: Celetista — Adm: 21/12/2020 — CTPS/Série: 49603/0115
CC: 900 — Depto: 700 — Filial: 1 — Salário: 1.191,49

8781	DIAS NORMAIS	10,00	397,16 P	998	I.N.S.S.	7,50	35,01 D
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	69,67 P				

ND: 0 Proventos: 466,83 Descontos: 35,01 Informativa: 37,34 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 431,82
NF: 0 Base INSS: 466,83 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 466,83 Valor FGTS: 37,34 Base IRRF: 431,82

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

334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	117,38	117,38 P	937	ADIANTAMENTO DE FERIAS	0,00	2.234,44 D
806	MEDIA HORAS FERIAS	240,58	240,58 P	812	INSS FERIAS	8,82	217,19 D
807	VANTAGENS FERIAS	209,00	209,00 P	821	INSS DIFERENCA FERIAS	0,00	3,67 D
931	1/3 DAS FERIAS	33,33	615,76 P	998	I.N.S.S.	7,50	6,09 D
8783	DIAS FERIAS	30,00	1.397,71 P	942	IRRF FERIAS	7,50	11,42 D
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	32,00	81,32 P				

ND: 1 Proventos: 2.661,75 Descontos: 2.472,81 Informativa: 203,54 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 188,94
NF: 1 Base INSS: 2.544,37 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 2.544,37 Valor FGTS: 203,54 Base IRRF: 0,00
FERIAS DE 01/12/2020 - 30/12/2020

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

8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.548,41 P	339	DESC ODONTO COMPANY	12,50	12,50 D
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	196,76	196,76 P	998	I.N.S.S.	9,83	332,46 D
150	HORAS EXTRAS	11,00	206,81 P	8214	INSS DIFERENÇA 13o SALARIO	0,00	1,23 D
8181	DIFERENCA MEDIA HORA 13o	0,00	8,79 P	999	IMPOSTO DE RENDA	15,00	102,68 D
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00 P	8215	IRRF DIFERENÇA 13o SALARIO	15,00	1,13 D
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	90,24	418,12 P				

ID: 0 Proventos: 3.587,89 Descontos: 450,00 Informativa: 271,28 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 3.137,89
IF: 0 Base INSS: 3.391,13 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 3.391,13 Valor FGTS: 271,28 Base IRRF: 3.057,44

---

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

8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71 P	339	DESC ODONTO COMPANY	25,00	25,00 D
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	108,30	108,30 P	998	I.N.S.S.	8,02	128,92 D
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00 P				

D: 2 Proventos: 1.715,01 Descontos: 153,92 Informativa: 128,53 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.561,09
F: 2 Base INSS: 1.606,71 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.606,71 Valor FGTS: 128,53 Base IRRF: 1.098,61

---

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

8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71 P	339	DESC ODONTO COMPANY	25,00	25,00 D
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	115,76	115,76 P	998	I.N.S.S.	8,14	148,94 D
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00 P				
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	87,52	222,41 P				

: 0 Proventos: 1.944,88 Descontos: 173,94 Informativa: 146,32 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.770,94
: 0 Base INSS: 1.829,12 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.829,12 Valor FGTS: 146,32 Base IRRF: 1.680,18

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

EXTRATO MENSAL

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

9180	SALDO DE SALARIO DIAS	25,00	1.164,76 P	51	LIQUIDO RESCISAO	0,00	5.000,80 D
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	44,85	44,85 P	826	INSS SOBRE RESCISAO	8,02	128,60 D
8181	DIFERENCA MEDIA HORA 13o	0,00	1,52 P	8214	INSS DIFERENÇA 13o SALARIO	0,00	0,13 D
28	FERIAS VENCIDAS	1,00	1.397,71 P				
29	FERIAS PROPORCIONAIS	5,00	582,38 P				
64	1/3 FERIAS RESCISAO	33,33	615,13 P				
815	MEDIA HR FER PROPORCIONAL	5,00	95,11 P				
817	VANTAGEM FER PROPORCIONAL	5,00	87,08 P				
818	MEDIA HR FERIAS VENCIDAS	1,00	238,67 P				
820	VANTAGEM FERIAS VENCIDAS	1,00	209,00 P				
8169	1/3 FERIAS PROPORCIONAIS RESCI	33,33	254,86 P				
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	174,17 P				
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	104,00	264,29 P				

ND: 3 Proventos: 5.129,53 Descontos: 5.129,53 Informativa: 128,37 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 0,00
NF: 0 Base INSS: 1.604,74 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.604,74 Valor FGTS: 128,37 Base IRRF: 338,47
DEMITIDO EM 25/12/2020 - MOTIVO 4-Pedido de demissão SEM justa causa

---

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

334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	107,43	107,43 P	937	ADIANTAMENTO DE FERIAS	0,00	3.254,09 D
805	MEDIA VALOR FERIAS	20,42	20,42 P	812	INSS FERIAS	10,25	385,78 D
806	MEDIA HORAS FERIAS	44,61	44,61 P	942	IRRF FERIAS	15,00	123,38 D
807	VANTAGENS FERIAS	209,00	209,00 P				
931	1/3 DAS FERIAS	33,33	940,81 P				
8783	DIAS FERIAS	30,00	2.548,41 P				

ND: 1 Proventos: 3.870,68 Descontos: 3.763,25 Informativa: 301,06 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 107,43
NF: 1 Base INSS: 3.763,25 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 3.763,25 Valor FGTS: 301,06 Base IRRF: 0,00
ERIAS DE 02/12/2020 - 31/12/2020

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

8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.548,41 P	998	I.N.S.S.	9,34	274,75 D
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00 P	999	IMPOSTO DE RENDA	7,50	57,30 D
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	40,00	185,34 P				

D: 0 Proventos: 2.942,75 Descontos: 332,05 Informativa: 235,42 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 2.610,70
F: 0 Base INSS: 2.942,75 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 2.942,75 Valor FGTS: 235,42 Base IRRF: 2.668,00

---

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

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

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

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

EXTRATO MENSAL

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

8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71 P	339	DESC ODONTO COMPANY	37,50	37,50 D
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	119,90	119,90 P	998	I.N.S.S.	8,17	154,53 D
8181	DIFERENCA MEDIA HORA 13o	0,00	7,06 P	8214	INSS DIFERENÇA 13o SALARIO	0,00	0,95 D
8382	DIFERENCA SALARIO MATERNIDADI	0,00	3,53 P				
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00 P				
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	112,00	284,62 P				

ND: 1 Proventos: 2.021,82 Descontos: 192,98 Informativa: 152,14 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.828,84
NF: 1 Base INSS: 1.901,92 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.901,92 Valor FGTS: 152,14 Base IRRF: 1.556,85

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

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

ND: 1 Proventos: 1.606,71 Descontos: 141,42 Informativa: 128,53 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.465,29
NF: 0 Base INSS: 1.606,71 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.606,71 Valor FGTS: 128,53 Base IRRF: 1.288,20

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

8781	DIAS NORMAIS	23,00	1.071,59 P	998	I.N.S.S.	8,06	134,41 D
8870	DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTE	7,00	326,13 P				
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	160,23 P				
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR	20,00	48,77 P				
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	24,00	60,99 P				

ND: 0 Proventos: 1.667,71 Descontos: 134,41 Informativa: 133,41 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.533,30
NF: 0 Base INSS: 1.667,71 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.667,71 Valor FGTS: 133,41 Base IRRF: 1.533,30
Doença período igual ou inferior a 15 dias: 11/12/2020 a 17/12/2020

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

8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.191,49 P	339	DESC ODONTO COMPANY	12,50	12,50 D
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	110,36	110,36 P	998	I.N.S.S.	8,06	133,76 D
8181	DIFERENCA MEDIA HORA 13o	0,00	3,03 P	8214	INSS DIFERENÇA 13o SALARIO	0,00	0,27 D
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00 P				
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	120,00	259,96 P				

D: 0 Proventos: 1.773,84 Descontos: 146,53 Informativa: 133,07 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.627,31
F: 0 Base INSS: 1.663,48 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.663,48 Valor FGTS: 133,07 Base IRRF: 1.529,45

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

EXTRATO MENSAL

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

8781	DIAS NORMAIS	29,00	1.351,12 P	339	DESC ODONTO COMPANY	50,00	50,00 D
8870	DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTE	1,00	46,59 P	998	I.N.S.S.	8,14	149,05 D
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	121,07	121,07 P	8214	INSS DIFERENÇA 13o SALARIO	0,00	0,27 D
8181	DIFERENCA MEDIA HORA 13o	0,00	2,95 P				
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	202,03 P				
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR	20,00	6,97 P				
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	88,00	223,63 P				

ND: 2 Proventos: 1.954,36 Descontos: 199,32 Informativa: 146,65 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.755,04
NF: 1 Base INSS: 1.833,29 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.833,29 Valor FGTS: 146,65 Base IRRF: 1.304,79
Doença período igual ou inferior a 15 dias: 10/12/2020 a 10/12/2020

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

8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71 P	998	I.N.S.S.	8,16	152,61 D
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	122,72	122,72 P	8214	INSS DIFERENÇA 13o SALARIO	0,00	0,14 D
8181	DIFERENCA MEDIA HORA 13o	0,00	1,63 P				
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00 P				
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	103,58	263,23 P				

ND: 0 Proventos: 1.994,29 Descontos: 152,75 Informativa: 149,72 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.841,54
NF: 0 Base INSS: 1.871,57 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.871,57 Valor FGTS: 149,72 Base IRRF: 1.718,82

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

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

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

---

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

8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71 P	339	DESC ODONTO COMPANY	50,00	50,00 D
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	107,65	107,65 P	998	I.N.S.S.	8,05	132,58 D
8181	DIFERENCA MEDIA HORA 13o	0,00	3,08 P	8214	INSS DIFERENÇA 13o SALARIO	0,00	0,28 D
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00 P				
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	16,00	40,66 P				

D: 0 Proventos: 1.758,10 Descontos: 182,86 Informativa: 132,02 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.575,24
F: 0 Base INSS: 1.650,45 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.650,45 Valor FGTS: 132,02 Base IRRF: 1.517,59

---

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

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

: 1 Proventos: 1.606,95 Descontos: 178,94 Informativa: 128,55 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.428,01
: 1 Base INSS: 1.606,95 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.606,95 Valor FGTS: 128,55 Base IRRF: 1.288,42

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

EXTRATO MENSAL

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

8781	DIAS NORMAIS	14,00	652,26 P	339	DESC ODONTO COMPANY	62,50	62,50 D
8785	DIAS AFAST.INSS (P/DOENCA)	9,00	419,31 P	8801	DESCONTO DIAS AFASTADOS	9,00	482,01 D
8870	DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTE	7,00	326,14 P	998	I.N.S.S.	7,61	85,54 D
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	107,43	107,43 P				
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	97,53 P				
8013	INSALUB 20% DOENCA	20,00	62,70 P				
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR	20,00	48,77 P				

ND: 2 Proventos: 1.714,14 Descontos: 630,05 Informativa: 89,97 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.084,09
NF: 1 Base INSS: 1.124,70 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.124,70 Valor FGTS: 89,97 Base IRRF: 659,98
Doença período igual ou inferior a 15 dias: 23/11/2020 a 07/12/2020
Novo afast. mesma doença: 08/12/2020 a 16/12/2020

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

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

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

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

8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.191,49 P	339	DESC ODONTO COMPANY	12,50	12,50 D
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	94,67	94,67 P	998	I.N.S.S.	7,88	110,36 D
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00 P				

ND: 0 Proventos: 1.495,16 Descontos: 122,86 Informativa: 112,03 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.372,30
NF: 0 Base INSS: 1.400,49 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.400,49 Valor FGTS: 112,03 Base IRRF: 1.290,13

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

8785	DIAS AFAST.INSS (P/DOENCA)	30,00	1.397,71 P	8801	DESCONTO DIAS AFASTADOS	30,00	1.606,71 D
8013	INSALUB 20% DOENCA	20,00	209,00 P				

D: 2 Proventos: 1.606,71 Descontos: 1.606,71 Informativa: 0 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 0,00
IF: 1 Base INSS: 0,00 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 0,00 Valor FGTS: 0,00 Base IRRF: 0,00
lovo afast. mesma doença: 20/11/2020 a 04/12/2020
lovo afast. mesma doença: 05/12/2020 a 08/01/2021

---

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

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

): 0 Proventos: 1.715,54 Descontos: 141,42 Informativa: 128,53 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.574,12
F: 0 Base INSS: 1.606,71 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.606,71 Valor FGTS: 128,53 Base IRRF: 1.477,79

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

EXTRATO MENSAL

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

9180	SALDO DE SALARIO DIAS	1,00	84,95 P	8566	ADIANTAMENTO 13 SALARIO RESCIS	1.274,21	1.274,21 D
8550	13 SALARIO INTEGRAL RESCISAO1	7,00	1.486,57 P	8918	ADIANTAMENTO 13º MEDIA VALOR	250,00	250,00 D
8552	MEDIA VALOR 13o RESCISAO	7,00	255,56 P	8921	ADIANTAMENTO 13º VANTAGENS	104,50	104,50 D
8553	VANTAGENS 13o RESCISAO	7,00	121,92 P	51	LIQUIDO RESCISAO	0,00	7.054,44 D
8556	13 SALARIO LICENCA MATERNIDAD	4,00	849,47 P	826	INSS SOBRE RESCISAO	9,93	344,54 D
8557	MEDIA VALOR 13o LICENCA MATERI	4,00	146,03 P	989	INSS 13 SAL.RESCISAO	9,59	306,30 D
8560	VANTAGENS 13o LICENCA MATERNI	4,00	69,67 P	827	IRRF 13o SALARIO RESCISAO	7,50	45,45 D
803	13o 1/12 INDENIZADO	1,00	212,37 P				
8152	MEDIA VALOR 13o 1/12 INDENIZAD	1,00	36,51 P				
8154	VANTAGENS 13o 1/12 INDENIZADO	1,00	17,42 P				
29	FERIAS PROPORCIONAIS	7,00	1.486,57 P				
811	FERIAS 1/12 INDENIZADO	1,00	212,37 P				
816	MEDIA VL FER PROPORCIONAL	7,00	173,38 P				
817	VANTAGEM FER PROPORCIONAL	7,00	121,92 P				
8126	1/3 FERIAS INDENIZADAS RESC	33,33	84,85 P				
8156	MEDIA VALOR FERIAS 1/12 INDENI	1,00	24,77 P				
8158	VANTAGENS FERIAS 1/12 INDENIZA	1,00	17,42 P				
8169	1/3 FERIAS PROPORCIONAIS RESCI	33,33	593,96 P				
22	AVISO PREVIO	33,00	2.803,25 P				
8144	MEDIA VALOR AVISO PREVIO	33,00	326,94 P				
8146	VANTAGENS AVISO PREVIO	33,00	229,90 P				
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	6,97 P				
27	ADICIONAL RT	500,00	16,67 P				

ND: 2 Proventos: 9.379,44 Descontos: 9.379,44 Informativa: 2427,53 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 0,00
NF: 2 Base INSS: 6.664,20 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 5.035,49 Valor FGTS: 2.427,53 Base IRRF: 2.084,50
DEMITIDO EM 01/12/2020 - MOTIVO 2-Demitido SEM justa causa

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

8781	DIAS NORMAIS	6,00	279,54 P	339	DESC ODONTO COMPANY	12,50	12,50 D
8785	DIAS AFAST.INSS (P/DOENCA)	9,00	419,31 P	8801	DESCONTO DIAS AFASTADOS	9,00	482,01 D
8870	DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTE	15,00	698,86 P	998	I.N.S.S.	7,61	85,54 D
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	107,43	107,43 P				
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	41,80 P				
8013	INSALUB 20% DOENCA	20,00	62,70 P				
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR	20,00	104,50 P				

ID: 0 Proventos: 1.714,14 Descontos: 580,05 Informativa: 89,97 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.134,09
IF: 0 Base INSS: 1.124,70 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.124,70 Valor FGTS: 89,97 Base IRRF: 1.039,16
oença período superior a 15 dias: 07/12/2020 a 05/01/2021

---

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

8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71 P	339	DESC ODONTO COMPANY	12,50	12,50 D
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	121,43	121,43 P	998	I.N.S.S.	8,15	150,88 D
8181	DIFERENCA MEDIA HORA 13o	0,00	1,57 P	8214	INSS DIFERENÇA 13o SALARIO	0,00	0,14 D
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00 P				
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	96,00	243,96 P				

): 0 Proventos: 1.973,67 Descontos: 163,52 Informativa: 148,17 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.810,15
F: 0 Base INSS: 1.852,24 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.852,24 Valor FGTS: 148,17 Base IRRF: 1.701,22

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

EXTRATO MENSAL

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

8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71 P	339	DESC ODONTO COMPANY	12,50	12,50 D
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	108,08	108,08 P	998	I.N.S.S.	8,04	130,75 D
8181	DIFERENCA MEDIA HORA 13o	0,00	1,69 P	8214	INSS DIFERENÇA 13o SALARIO	0,00	0,15 D
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00 P				
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	8,00	20,33 P				

ND: 0 Proventos: 1.736,81 Descontos: 143,40 Informativa: 130,29 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.593,41
NF: 0 Base INSS: 1.628,73 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.628,73 Valor FGTS: 130,29 Base IRRF: 1.497,83

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

8781	DIAS NORMAIS	28,00	1.159,51 P	339	DESC ODONTO COMPANY	25,00	25,00 D
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	96,98	96,98 P	937	ADIANTAMENTO DE FERIAS	0,00	118,45 D
807	VANTAGENS FERIAS	13,93	13,93 P	812	INSS FERIAS	8,19	10,55 D
931	1/3 DAS FERIAS	33,33	32,25 P	821	INSS DIFERENCA FERIAS	0,00	1,06 D
8783	DIAS FERIAS	2,00	82,82 P	998	I.N.S.S.	7,84	106,23 D
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	195,07 P				

ND: 0 Proventos: 1.580,56 Descontos: 261,29 Informativa: 118,68 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.319,27
NF: 0 Base INSS: 1.483,58 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.483,58 Valor FGTS: 118,68 Base IRRF: 1.247,29
FERIAS DE 03/11/2020 - 02/12/2020

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

8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.548,41 P	998	I.N.S.S.	9,67	314,97 D
8182	DIFERENCA MEDIA VALOR 13o	0,00	15,62 P	8214	INSS DIFERENÇA 13o SALARIO	0,00	1,87 D
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00 P	999	IMPOSTO DE RENDA	15,00	86,57 D
27	ADICIONAL RT	500,00	500,00 P				

ID: 0 Proventos: 3.273,03 Descontos: 403,41 Informativa: 261,83 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 2.869,62
NF: 0 Base INSS: 3.273,03 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 3.273,03 Valor FGTS: 261,83 Base IRRF: 2.956,19

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

806	MEDIA HORAS FERIAS	9,82	9,82 P	339	DESC ODONTO COMPANY	50,00	50,00 D
807	VANTAGENS FERIAS	209,00	209,00 P	937	ADIANTAMENTO DE FERIAS	0,00	1.975,10 D
931	1/3 DAS FERIAS	33,33	538,84 P	812	INSS FERIAS	8,36	180,27 D
8783	DIAS FERIAS	30,00	1.397,71 P				
990	ESTOURO DO MES	0,00	50,00 P				

D: 0 Proventos: 2.205,37 Descontos: 2.205,37 Informativa: 172,42 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 0,00
F: 0 Base INSS: 2.155,37 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 2.155,37 Valor FGTS: 172,42 Base IRRF: 0,00
ERIAS DE 01/12/2020 - 30/12/2020

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

EXTRATO MENSAL

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

8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.548,41 P	339	DESC ODONTO COMPANY	25,00	25,00 D
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	187,21	187,21 P	998	I.N.S.S.	9,95	346,57 D
150	HORAS EXTRAS	11,00	206,81 P	8214	INSS DIFERENÇA 13o SALARIO	0,00	6,93 D
8181	DIFERENCA MEDIA HORA 13o	0,00	32,11 P	999	IMPOSTO DE RENDA	15,00	115,69 D
8382	DIFERENCA SALARIO MATERNIDADI	0,00	25,69 P	8215	IRRF DIFERENÇA 13o SALARIO	7,50	3,82 D
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00 P				
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	112,00	518,95 P				

ND: 0 Proventos: 3.728,18 Descontos: 498,01 Informativa: 283,27 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 3.230,17
NF: 0 Base INSS: 3.540,97 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 3.540,97 Valor FGTS: 283,27 Base IRRF: 3.187,47

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

8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71 P	998	I.N.S.S.	8,16	152,61 D
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	122,56	122,56 P	8214	INSS DIFERENÇA 13o SALARIO	0,00	0,12 D
8181	DIFERENCA MEDIA HORA 13o	0,00	1,32 P				
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00 P				
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	103,58	263,23 P				

ND: 0 Proventos: 1.993,82 Descontos: 152,73 Informativa: 149,69 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.841,09
NF: 0 Base INSS: 1.871,26 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.871,26 Valor FGTS: 149,69 Base IRRF: 1.718,53

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

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

ID: 1 Proventos: 1.714,47 Descontos: 178,92 Informativa: 128,53 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.535,55
NF: 1 Base INSS: 1.606,71 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.606,71 Valor FGTS: 128,53 Base IRRF: 1.288,20

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

8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.548,41 P	998	I.N.S.S.	9,40	283,14 D
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	174,98	174,98 P	8214	INSS DIFERENÇA 13o SALARIO	0,00	2,19 D
8181	DIFERENCA MEDIA HORA 13o	0,00	18,25 P	999	IMPOSTO DE RENDA	7,50	61,91 D
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00 P	8215	IRRF DIFERENÇA 13o SALARIO	7,50	1,21 D
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	55,08	255,21 P				

D: 0 Proventos: 3.205,85 Descontos: 348,45 Informativa: 242,46 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 2.857,40
F: 0 Base INSS: 3.030,87 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 3.030,87 Valor FGTS: 242,46 Base IRRF: 2.745,54

---

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

8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.191,49 P	998	I.N.S.S.	8,04	132,07 D
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	110,49	110,49 P	8214	INSS DIFERENÇA 13o SALARIO	0,00	0,15 D
8181	DIFERENCA MEDIA HORA 13o	0,00	1,59 P				
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00 P				
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	111,34	241,20 P				

: 1 Proventos: 1.753,77 Descontos: 132,22 Informativa: 131,45 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.621,55
: 0 Base INSS: 1.643,28 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.643,28 Valor FGTS: 131,45 Base IRRF: 1.321,47

---

ema licenciado para ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

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

EXTRATO MENSAL

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

8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71 P	998	I.N.S.S.	8,14	149,05 D
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	123,16	123,16 P				
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00 P				
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	88,00	223,63 P				

ND: 0 Proventos: 1.953,50 Descontos: 149,05 Informativa: 146,42 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.804,45
NF: 0 Base INSS: 1.830,34 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.830,34 Valor FGTS: 146,42 Base IRRF: 1.681,29

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

8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71 P	998	I.N.S.S.	8,02	128,92 D
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00 P				

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

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

8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,95 P	339	DESC ODONTO COMPANY	25,00	25,00 D
8181	DIFERENCA MEDIA HORA 13o	0,00	0,29 P	998	I.N.S.S.	8,16	152,63 D
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00 P	8214	INSS DIFERENÇA 13o SALARIO	0,00	0,03 D
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	103,58	263,27 P				

ND: 0 Proventos: 1.870,51 Descontos: 177,66 Informativa: 149,63 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.692,85
NF: 0 Base INSS: 1.870,51 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.870,51 Valor FGTS: 149,63 Base IRRF: 1.717,85

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

294	PARCELA DIFERENCA DISSIDIO	185,02	185,02 P	998	I.N.S.S.	10,95	505,73 D
8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.886,86 P	8214	INSS DIFERENÇA 13o SALARIO	0,00	1,12 D
242	REEMBOLSO DESP PAGO	477,63	477,63 P	999	IMPOSTO DE RENDA	22,50	289,59 D
245	AJUDA DE CUSTO	277,58	277,58 P				
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	241,22	241,22 P				
8182	DIFERENCA MEDIA VALOR 13o	0,00	8,05 P				
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00 P				
27	ADICIONAL RT	1.061,58	1.061,58 P				

D: 0 Proventos: 5.346,94 Descontos: 796,44 Informativa: 370,24 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 4.550,50
IF: 0 Base INSS: 4.628,09 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 4.628,09 Valor FGTS: 370,24 Base IRRF: 4.121,24

---

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

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

): 2 Proventos: 1.606,72 Descontos: 166,42 Informativa: 128,53 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.440,30
F: 1 Base INSS: 1.606,72 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.606,72 Valor FGTS: 128,53 Base IRRF: 1.098,62

Total Geral Proventos: 95.862,24
Total Geral Descontos: 35.204,31
Líquido Geral: 60.657,93

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

EXTRATO MENSAL

Resumo por Rubrica

16 INSALUBRIDADE 20%	700,00	6.590,47 P	51 LIQUIDO RESCISAO	0,00	12.055,24 D
22 AVISO PREVIO	33,00	2.803,25 P	339 DESC ODONTO COMPANY	612,50	612,50 D
27 ADICIONAL RT	2.061,58	1.578,25 P	812 INSS FERIAS	35,62	793,79 D
28 FERIAS VENCIDAS	1,00	1.397,71 P	821 INSS DIFERENCA FERIAS	0,00	4,73 D
29 FERIAS PROPORCIONAIS	12,00	2.068,95 P	826 INSS SOBRE RESCISAO	17,95	473,14 D
64 1/3 FERIAS RESCISAO	33,33	615,13 P	827 IRRF 13o SALARIO RESCISAO	7,50	45,45 D
150 HORAS EXTRAS	22,00	413,62 P	937 ADIANTAMENTO DE FERIAS	0,00	7.582,08 D
242 REEMBOLSO DESP PAGO	477,63	477,63 P	942 IRRF FERIAS	22,50	134,80 D
245 AJUDA DE CUSTO	277,58	277,58 P	989 INSS 13 SAL.RESCISAO	9,59	306,30 D
247 ADICIONAL NOTURNO 40%	1.502,92	4.351,68 P	998 I.N.S.S.	282,60	5.503,56 D
294 PARCELA DIFERENCA DISSIDIO	185,02	185,02 P	999 IMPOSTO DE RENDA	82,50	713,74 D
334 PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	3.286,57	3.286,57 P	8214 INSS DIFERENÇA 13o SALARIO	0,00	15,97 D
803 13o 1/12 INDENIZADO	1,00	212,37 P	8215 IRRF DIFERENÇA 13o SALARIO	30,00	6,16 D
805 MEDIA VALOR FERIAS	20,42	20,42 P	8566 ADIANTAMENTO 13 SALARIO RESCIS	1.274,21	1.274,21 D
806 MEDIA HORAS FERIAS	295,01	295,01 P	8801 DESCONTO DIAS AFASTADOS	78,00	5.328,14 D
807 VANTAGENS FERIAS	640,93	640,93 P	8918 ADIANTAMENTO 13º MEDIA VALOR	250,00	250,00 D
811 FERIAS 1/12 INDENIZADO	1,00	212,37 P	8921 ADIANTAMENTO 13º VANTAGENS	104,50	104,50 D
815 MEDIA HR FER PROPORCIONAL	5,00	95,11 P			
816 MEDIA VL FER PROPORCIONAL	7,00	173,38 P			
817 VANTAGEM FER PROPORCIONAL	12,00	209,00 P			
818 MEDIA HR FERIAS VENCIDAS	1,00	238,67 P			
820 VANTAGEM FERIAS VENCIDAS	1,00	209,00 P			
931 1/3 DAS FERIAS	133,32	2.127,66 P			
990 ESTOURO DO MES	0,00	50,00 P			
8013 INSALUB 20% DOENCA	80,00	543,40 P			
8126 1/3 FERIAS INDENIZADAS RESC	33,33	84,85 P			
8144 MEDIA VALOR AVISO PREVIO	33,00	326,94 P			
8146 VANTAGENS AVISO PREVIO	33,00	229,90 P			
8152 MEDIA VALOR 13o 1/12 INDENIZAD	1,00	36,51 P			
8154 VANTAGENS 13o 1/12 INDENIZADO	1,00	17,42 P			
8156 MEDIA VALOR FERIAS 1/12 INDENI	1,00	24,77 P			
8158 VANTAGENS FERIAS 1/12 INDENIZA	1,00	17,42 P			
8169 1/3 FERIAS PROPORCIONAIS RESCI	66,66	848,82 P			
8181 DIFERENCA MEDIA HORA 13o	0,00	84,88 P			
8182 DIFERENCA MEDIA VALOR 13o	0,00	23,67 P			
8382 DIFERENCA SALARIO MATERNIDADI	0,00	29,22 P			
8550 13 SALARIO INTEGRAL RESCISAO1	7,00	1.486,57 P			
8552 MEDIA VALOR 13o RESCISAO	7,00	255,56 P			
8553 VANTAGENS 13o RESCISAO	7,00	121,92 P			
8556 13 SALARIO LICENCA MATERNIDAD	4,00	849,47 P			
8557 MEDIA VALOR 13o LICENCA MATERI	4,00	146,03 P			
8560 VANTAGENS 13o LICENCA MATERNI	4,00	69,67 P			
8781 DIAS NORMAIS	920,00	49.067,61 P			
8783 DIAS FERIAS	92,00	5.426,65 P			
8785 DIAS AFAST.INSS (P/DOENCA)	78,00	4.784,74 P			
8870 DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTE	30,00	1.397,72 P			
9180 SALDO DE SALARIO DIAS	26,00	1.249,71 P			
9230 INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR	80,00	209,01 P			

Líquido Geral: 60.657,93

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

EXTRATO MENSAL

Situações

Número de empregados:	40
Numero de estagiários:	0
Trabalhando:	33
Afastado direitos integrais:	0
Afastado acidente de trabalho:	0
Afastado serviço militar:	0
Salário maternidade:	0
Salário maternidade INSS:	0
Doença:	2
Doença Profissional:	0
Licença sem vencimento:	0
Demitido:	2
Transferido:	0
Férias:	3
Mandato sindical:	0
Aposentadoria:	0
Partic. curso/programa de qualificação:	0
Ausência justificada:	0
Outros motivos de afastamento:	0
Admissões:	1
Número de contribuintes:	0

Salário contribuição empregados:	80.524,72
Salário contribuição contribuintes:	0,00
Excedente:	0,00
Base total:	80.524,72
Segurados:	7.097,49
Empresa:	0,00
RAT:	0,00
Contribuintes:	0,00
Sub-Total:	7.097,49
Retenções:	0,00
(-) Salário família/maternidade:	1.065,17
Compensações:	0,00
Valores pagos a Cooperativas:	0,00
Outras Compensações:	29,22
Total:	6.003,10
Terceiros:	0,00
Total INSS:	6.003,10

Base IRRF Mensal:	55.737,03
Valor IRRF Mensal:	713,74
Base IRRF Férias:	7.337,70
Valor IRRF Férias:	134,80
Base IRRF Partic. Lucros:	0,00
Valor IRRF Partic. Lucros:	0,00
Base IRRF Exterior:	0,00
Valor IRRF Exterior:	0,00
Base IRRF 13º Salário:	2.063,07
Valor IRRF 13º Salário:	51,61
Valor Total do IRRF:	900,15
IRRF Aluguéis:	0,00
IRRF contribuintes:	0,00
Base do FGTS:	73.860,52
Valor do FGTS:	5.908,54
Base do FGTS Aprendiz:	0,00
Valor do FGTS Aprendiz:	0,00
Base FGTS - GRRF:	5.035,49
FGTS - GRRF:	2.427,53
Base FGTS mes ant. - GRRF:	0,00
FGTS mes ant. - GRRF:	0,00
Base PIS:	0,00
Valor PIS:	0,00
Base ISS:	0,00
Valor ISS:	0,00

Líquido Geral: 60.657,93

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

ema licenciado para ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

EMPRESA

Aviso de lançamento

G338151412612854 1
15/02/2021 14:23:31

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

Data 07/01/2021 Valor R$ 188,94 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 240, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

(Cento e oitenta e oito reais e noventa e quatro centavos)

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

Documento emitido por: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO em 15/02/2021 14:23:31

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

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

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Dezembro de 2020

Código	Nome do Funcionário
2329	ALCIONE BOGAZ
	TEC. ENFERMAGEM

CBO	Departamento	Filial
322205	600	1

Admissão: 16/01/2018

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	117,38	117,38	
806	MEDIA HORAS FERIAS	240,58	240,58	
807	VANTAGENS FERIAS	209,00	209,00	
931	1/3 DAS FERIAS	33,33	615,76	
8783	DIAS FERIAS	30,00	1.397,71	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	32,00	81,32	
937	ADIANTAMENTO DE FERIAS	0,00		2.234,44
812	INSS FERIAS	8,82		217,19
821	INSS DIFERENCA FERIAS	0,00		3,67
998	I.N.S.S.	7,50		6,09
942	IRRF FERIAS	7,50		11,42

Total de Vencimentos	Total de Descontos
2.661,75	2.472,81
Valor Líquido ⇨	188,94

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

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	2.544,37	2.544,37	203,54	0,00	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

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

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Dezembro de 2020

Código	Nome do Funcionário
2329	ALCIONE BOGAZ
	TEC. ENFERMAGEM

CBO	Departamento	Filial
322205	600	1

Admissão: 16/01/2018

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	117,38	117,38	
806	MEDIA HORAS FERIAS	240,58	240,58	
807	VANTAGENS FERIAS	209,00	209,00	
931	1/3 DAS FERIAS	33,33	615,76	
8783	DIAS FERIAS	30,00	1.397,71	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	32,00	81,32	
937	ADIANTAMENTO DE FERIAS	0,00		2.234,44
812	INSS FERIAS	8,82		217,19
821	INSS DIFERENCA FERIAS	0,00		3,67
998	I.N.S.S.	7,50		6,09
942	IRRF FERIAS	7,50		11,42

Total de Vencimentos	Total de Descontos
2.661,75	2.472,81
Valor Líquido ⇨	188,94

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

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	2.544,37	2.544,37	203,54	0,00	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

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

EMPRESA

Aviso de lançamento

G338151412612854 1
15/02/2021 14:23:31

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

Data 07/01/2021 Valor R$ 3.137,89 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 240, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

(Três mil e cento e trinta e sete reais e oitenta e nove centavos)

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

Documento emitido por: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO em 15/02/2021 14:23:31

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

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

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Dezembro de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2163	ALESSANDRA DE CASSIA MARDEGAN ENFERMEIRO (A)	223505	600	1

Admissão: 04/10/2017

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.548,41	
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	196,76	196,76	
150	HORAS EXTRAS	11,00	206,81	
8181	DIFERENCA MEDIA HORA 13o	0,00	8,79	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	90,24	418,12	
339	DESC ODONTO COMPANY	12,50		12,50
998	I.N.S.S.	9,83		332,46
8214	INSS DIFERENÇA 13o SALARIO	0,00		1,23
999	IMPOSTO DE RENDA	15,00		102,68
8215	IRRF DIFERENÇA 13o SALARIO	15,00		1,13

Total de Vencimentos	Total de Descontos
3.587,89	450,00
Valor Líquido ⇨	3.137,89

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

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
2.548,41	3.391,13	3.391,13	271,28	3.057,44	15,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

__/__/__ Data

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

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Dezembro de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2163	ALESSANDRA DE CASSIA MARDEGAN ENFERMEIRO (A)	223505	600	1

Admissão: 04/10/2017

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.548,41	
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	196,76	196,76	
150	HORAS EXTRAS	11,00	206,81	
8181	DIFERENCA MEDIA HORA 13o	0,00	8,79	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	90,24	418,12	
339	DESC ODONTO COMPANY	12,50		12,50
998	I.N.S.S.	9,83		332,46
8214	INSS DIFERENÇA 13o SALARIO	0,00		1,23
999	IMPOSTO DE RENDA	15,00		102,68
8215	IRRF DIFERENÇA 13o SALARIO	15,00		1,13

Total de Vencimentos	Total de Descontos
3.587,89	450,00
Valor Líquido ⇨	3.137,89

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

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
2.548,41	3.391,13	3.391,13	271,28	3.057,44	15,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

__/__/__ Data

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

EMPRESA

Aviso de lançamento

G3381514126128541
15/02/2021 14:23:31

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

Data 07/01/2021 Valor R$ 1.561,09 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 240, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

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

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

Documento emitido por: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO em 15/02/2021 14:23:31

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

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

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Dezembro de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2122	ANA AUGUSTA FELICIANI NOGUEIRA TEC. ENFERMAGEM	322205	600	1

Admissão: 04/10/2017

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71	
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	108,30	108,30	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
339	DESC ODONTO COMPANY	25,00		25,00
998	I.N.S.S.	8,02		128,92

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.715,01	153,92
Valor Líquido ⇨	1.561,09

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

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

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

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

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Dezembro de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2122	ANA AUGUSTA FELICIANI NOGUEIRA TEC. ENFERMAGEM	322205	600	1

Admissão: 04/10/2017

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71	
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	108,30	108,30	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
339	DESC ODONTO COMPANY	25,00		25,00
998	I.N.S.S.	8,02		128,92

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.715,01	153,92
Valor Líquido ⇨	1.561,09

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

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

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

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

EMPRESA

Aviso de lançamento

G3381514126128541
15/02/2021 14:23:31

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

Data 07/01/2021 Valor R$ 1.770,94 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 240, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

(Um mil e setecentos e setenta reais e noventa e quatro centavos)

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

Documento emitido por: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO em 15/02/2021 14:23:31

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

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

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Dezembro de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2123	ANA PAULA AZEVEDO ZANATTA TEC. ENFERMAGEM	322205	600	1

Admissão: 04/10/2017

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71	
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	115,76	115,76	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	87,52	222,41	
339	DESC ODONTO COMPANY	25,00		25,00
998	I.N.S.S.	8,14		148,94

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.944,88	173,94
Valor Líquido ⇨	1.770,94

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

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.829,12	1.829,12	146,32	1.680,18	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

__/__/__
Data

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

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Dezembro de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2123	ANA PAULA AZEVEDO ZANATTA TEC. ENFERMAGEM	322205	600	1

Admissão: 04/10/2017

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71	
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	115,76	115,76	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	87,52	222,41	
339	DESC ODONTO COMPANY	25,00		25,00
998	I.N.S.S.	8,14		148,94

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.944,88	173,94
Valor Líquido ⇨	1.770,94

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

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.829,12	1.829,12	146,32	1.680,18	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

__/__/__
Data

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

EMPRESA

Aviso de lançamento

G3381514126128541
15/02/2021 14:23:31

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

Data 07/01/2021 Valor R$ 107,43 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 240, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

(Cento e sete reais e quarenta e três centavos)

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

Documento emitido por: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO em 15/02/2021 14:23:31

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

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

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Dezembro de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2336	BIANCA CAETANO COSTA ENFERMEIRO (A)	223505	600	1

Admissão: 17/01/2018

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	107,43	107,43	
805	MEDIA VALOR FERIAS	20,42	20,42	
806	MEDIA HORAS FERIAS	44,61	44,61	
807	VANTAGENS FERIAS	209,00	209,00	
931	1/3 DAS FERIAS	33,33	940,81	
8783	DIAS FERIAS	30,00	2.548,41	
937	ADIANTAMENTO DE FERIAS	0,00		3.254,09
812	INSS FERIAS	10,25		385,78
942	IRRF FERIAS	15,00		123,38

Total de Vencimentos	Total de Descontos
3.870,68	3.763,25
Valor Líquido ⇨	107,43

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

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
2.548,41	3.763,25	3.763,25	301,06	0,00	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

__/__/__ Data

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

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Dezembro de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2336	BIANCA CAETANO COSTA ENFERMEIRO (A)	223505	600	1

Admissão: 17/01/2018

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	107,43	107,43	
805	MEDIA VALOR FERIAS	20,42	20,42	
806	MEDIA HORAS FERIAS	44,61	44,61	
807	VANTAGENS FERIAS	209,00	209,00	
931	1/3 DAS FERIAS	33,33	940,81	
8783	DIAS FERIAS	30,00	2.548,41	
937	ADIANTAMENTO DE FERIAS	0,00		3.254,09
812	INSS FERIAS	10,25		385,78
942	IRRF FERIAS	15,00		123,38

Total de Vencimentos	Total de Descontos
3.870,68	3.763,25
Valor Líquido ⇨	107,43

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

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
2.548,41	3.763,25	3.763,25	301,06	0,00	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

__/__/__ Data

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

EMPRESA

Aviso de lançamento

G3381514126128541
15/02/2021 14:23:31

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

Data 07/01/2021 Valor R$ 2.610,70 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 240, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

(Dois mil e seiscentos e dez reais e setenta centavos)

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

Documento emitido por: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO em 15/02/2021 14:23:31

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

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

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Dezembro de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2977	BRUNA BERALDO FERRANTE ENFERMEIRO (A)	223505	600	1

Admissão: 20/12/2019

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.548,41	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	40,00	185,34	
998	I.N.S.S.	9,34		274,75
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		57,30

Total de Vencimentos	Total de Descontos
2.942,75	332,05
Valor Líquido ⇨	2.610,70

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

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
2.548,41	2.942,75	2.942,75	235,42	2.668,00	7,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

__/__/__
Data

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

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Dezembro de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2977	BRUNA BERALDO FERRANTE ENFERMEIRO (A)	223505	600	1

Admissão: 20/12/2019

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.548,41	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	40,00	185,34	
998	I.N.S.S.	9,34		274,75
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		57,30

Total de Vencimentos	Total de Descontos
2.942,75	332,05
Valor Líquido ⇨	2.610,70

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

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
2.548,41	2.942,75	2.942,75	235,42	2.668,00	7,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

__/__/__
Data

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

EMPRESA

Aviso de lançamento

G3381514126128541
15/02/2021 14:23:31

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

Data 07/01/2021 Valor R$ 1.828,84 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 240, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

(Um mil e oitocentos e vinte e oito reais e oitenta e quatro centavos)

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

Documento emitido por: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO em 15/02/2021 14:23:31

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

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

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Dezembro de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2125	CATIA FERNANDA FERRAZ TEC. ENFERMAGEM	322205	600	1

Admissão: 04/10/2017

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71	
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	119,90	119,90	
8181	DIFERENCA MEDIA HORA 13o	0,00	7,06	
8382	DIFERENCA SALARIO MATERNIDADE 13o	0,00	3,53	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	112,00	284,62	
339	DESC ODONTO COMPANY	37,50		37,50
998	I.N.S.S.	8,17		154,53
8214	INSS DIFERENÇA 13o SALARIO	0,00		0,95

Total de Vencimentos	Total de Descontos
2.021,82	192,98
Valor Líquido ⇨	1.828,84

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

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.901,92	1.901,92	152,14	1.556,85	0,00

*** PARABÉNS PELO SEU ANIVERSÁRIO NO DIA 31 DE JANEIRO ***

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

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

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Dezembro de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2125	CATIA FERNANDA FERRAZ TEC. ENFERMAGEM	322205	600	1

Admissão: 04/10/2017

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71	
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	119,90	119,90	
8181	DIFERENCA MEDIA HORA 13o	0,00	7,06	
8382	DIFERENCA SALARIO MATERNIDADE 13o	0,00	3,53	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	112,00	284,62	
339	DESC ODONTO COMPANY	37,50		37,50
998	I.N.S.S.	8,17		154,53
8214	INSS DIFERENÇA 13o SALARIO	0,00		0,95

Total de Vencimentos	Total de Descontos
2.021,82	192,98
Valor Líquido ⇨	1.828,84

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

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.901,92	1.901,92	152,14	1.556,85	0,00

** PARABÉNS PELO SEU ANIVERSÁRIO NO DIA 31 DE JANEIRO ***

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

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

EMPRESA

Aviso de lançamento

G3381514126128541
15/02/2021 14:23:31

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

Data 07/01/2021 Valor R$ 1.465,29 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 240, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

(Um mil e quatrocentos e sessenta e cinco reais e vinte e nove centavos)

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

Documento emitido por: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO em 15/02/2021 14:23:31

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

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

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Dezembro de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2752	CRISTIANE PASCOALETO VENDRAME TEC. ENFERMAGEM	322205	600	1

Admissão: 22/03/2019

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
339	DESC ODONTO COMPANY	12,50		12,50
998	I.N.S.S.	8,02		128,92

Total de Vencimentos: 1.606,71
Total de Descontos: 141,42

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

Valor Líquido ⇨ 1.465,29

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

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

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

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Dezembro de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2752	CRISTIANE PASCOALETO VENDRAME TEC. ENFERMAGEM	322205	600	1

Admissão: 22/03/2019

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
339	DESC ODONTO COMPANY	12,50		12,50
998	I.N.S.S.	8,02		128,92

Total de Vencimentos: 1.606,71
Total de Descontos: 141,42

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

Valor Líquido ⇨ 1.465,29

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

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

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

EMPRESA

Aviso de lançamento

G3381514126128541
15/02/2021 14:23:31

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

Data 07/01/2021 Valor R$ 1.533,30 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 240, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

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

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

Documento emitido por: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO em 15/02/2021 14:23:31

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

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

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Dezembro de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2772	DANIELA DOS SANTOS DE OLIVEIRA TEC. ENFERMAGEM	322205	600	1

Admissão: 03/05/2019

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	23,00	1.071,59	
8870	DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTEGRAIS	7,00	326,13	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	160,23	
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	48,77	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	24,00	60,99	
998	I.N.S.S.	8,06		134,41

Total de Vencimentos: 1.667,71
Total de Descontos: 134,41

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

Valor Líquido ⇨ 1.533,30

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,72	1.667,71	1.667,71	133,41	1.533,30	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

__/__/__
Data

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

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Dezembro de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2772	DANIELA DOS SANTOS DE OLIVEIRA TEC. ENFERMAGEM	322205	600	1

Admissão: 03/05/2019

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	23,00	1.071,59	
8870	DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTEGRAIS	7,00	326,13	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	160,23	
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	48,77	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	24,00	60,99	
998	I.N.S.S.	8,06		134,41

Total de Vencimentos: 1.667,71
Total de Descontos: 134,41

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

Valor Líquido ⇨ 1.533,30

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,72	1.667,71	1.667,71	133,41	1.533,30	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

__/__/__
Data

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

EMPRESA

Aviso de lançamento

G3381514126128541
15/02/2021 14:23:31

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

Data 07/01/2021 Valor R$ 1.627,31 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 240, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

(Um mil e seiscentos e vinte e sete reais e trinta e um centavos)

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

Documento emitido por: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO em 15/02/2021 14:23:31

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

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

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Dezembro de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2126	DEBORA CRISTINA LOCHE AUX. ADM. FARMACIA	411005	700	1

Admissão: 04/10/2017

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.191,49	
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	110,36	110,36	
8181	DIFERENCA MEDIA HORA 13o	0,00	3,03	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	120,00	259,96	
339	DESC ODONTO COMPANY	12,50		12,50
998	I.N.S.S.	8,06		133,76
8214	INSS DIFERENÇA 13o SALARIO	0,00		0,27

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.773,84	146,53
Valor Líquido ⇨	1.627,31

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

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.191,49	1.663,48	1.663,48	133,07	1.529,45	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

__/__/__ Data

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

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Dezembro de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2126	DEBORA CRISTINA LOCHE AUX. ADM. FARMACIA	411005	700	1

Admissão: 04/10/2017

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.191,49	
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	110,36	110,36	
8181	DIFERENCA MEDIA HORA 13o	0,00	3,03	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	120,00	259,96	
339	DESC ODONTO COMPANY	12,50		12,50
998	I.N.S.S.	8,06		133,76
8214	INSS DIFERENÇA 13o SALARIO	0,00		0,27

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.773,84	146,53
Valor Líquido ⇨	1.627,31

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

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.191,49	1.663,48	1.663,48	133,07	1.529,45	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

__/__/__ Data

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

EMPRESA

Aviso de lançamento

G3381514126128541
15/02/2021 14:23:31

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

Data 07/01/2021 Valor R$ 1.755,04 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 240, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

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

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

Documento emitido por: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO em 15/02/2021 14:23:31

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

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

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Dezembro de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2132	DENISE PRISCILA ANCILOTTO LISBOA DE SOI TEC. ENFERMAGEM	322205	600	1

Admissão: 04/10/2017

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	29,00	1.351,12	
8870	DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTEGRAIS	1,00	46,59	
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	121,07	121,07	
8181	DIFERENCA MEDIA HORA 13o	0,00	2,95	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	202,03	
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	6,97	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	88,00	223,63	
339	DESC ODONTO COMPANY	50,00		50,00
998	I.N.S.S.	8,14		149,05
8214	INSS DIFERENÇA 13o SALARIO	0,00		0,27

	Total de Vencimentos	Total de Descontos
	1.954,36	199,32
Valor Líquido ⇨		1.755,04

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

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.833,29	1.833,29	146,65	1.304,79	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

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

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Dezembro de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2132	DENISE PRISCILA ANCILOTTO LISBOA DE SOI TEC. ENFERMAGEM	322205	600	1

Admissão: 04/10/2017

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	29,00	1.351,12	
8870	DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTEGRAIS	1,00	46,59	
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	121,07	121,07	
8181	DIFERENCA MEDIA HORA 13o	0,00	2,95	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	202,03	
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	6,97	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	88,00	223,63	
339	DESC ODONTO COMPANY	50,00		50,00
998	I.N.S.S.	8,14		149,05
8214	INSS DIFERENÇA 13o SALARIO	0,00		0,27

	Total de Vencimentos	Total de Descontos
	1.954,36	199,32
Valor Líquido ⇨		1.755,04

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

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.833,29	1.833,29	146,65	1.304,79	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

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

EMPRESA

Aviso de lançamento

G338151412612854 1
15/02/2021 14:23:31

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

Data 07/01/2021 Valor R$ 1.841,54 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 240, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

(Um mil e oitocentos e quarenta e um reais e cinqüenta e quatro centavos)

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

Documento emitido por: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO em 15/02/2021 14:23:31

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

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

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Dezembro de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2134	EDILAINE MUNHOZ MAQUEA TEC. ENFERMAGEM	322205	600	1

Admissão: 04/10/2017

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71	
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	122,72	122,72	
8181	DIFERENCA MEDIA HORA 13o	0,00	1,63	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	103,58	263,23	
998	I.N.S.S.	8,16		152,61
8214	INSS DIFERENÇA 13o SALARIO	0,00		0,14

	Total de Vencimentos	Total de Descontos
	1.994,29	152,75
Valor Líquido ⇨		1.841,54

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

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.871,57	1.871,57	149,72	1.718,82	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

__/__/__
Data

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

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Dezembro de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2134	EDILAINE MUNHOZ MAQUEA TEC. ENFERMAGEM	322205	600	1

Admissão: 04/10/2017

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71	
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	122,72	122,72	
8181	DIFERENCA MEDIA HORA 13o	0,00	1,63	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	103,58	263,23	
998	I.N.S.S.	8,16		152,61
8214	INSS DIFERENÇA 13o SALARIO	0,00		0,14

	Total de Vencimentos	Total de Descontos
	1.994,29	152,75
Valor Líquido ⇨		1.841,54

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

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.871,57	1.871,57	149,72	1.718,82	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

__/__/__
Data

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

EMPRESA

Aviso de lançamento

G338151412612854 1
15/02/2021 14:23:31

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

Data 07/01/2021 Valor R$ 1.585,22 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 240, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

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

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

Documento emitido por: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO em 15/02/2021 14:23:31

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

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

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Dezembro de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2135	EDILENE MANOEL TEC. ENFERMAGEM	322205	600	1

Admissão: 04/10/2017

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

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.714,14	128,92
Valor Líquido ⇨	1.585,22

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

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

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

__/__/__ Data

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

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Dezembro de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2135	EDILENE MANOEL TEC. ENFERMAGEM	322205	600	1

Admissão: 04/10/2017

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

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.714,14	128,92
Valor Líquido ⇨	1.585,22

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

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

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

__/__/__ Data

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

EMPRESA

Aviso de lançamento

G338151412612854 1
15/02/2021 14:23:31

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

Data 07/01/2021 Valor R$ 1.575,24 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 240, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

(Um mil e quinhentos e setenta e cinco reais e vinte e quatro centavos)

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

Documento emitido por: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO em 15/02/2021 14:23:31

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

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

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Dezembro de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2136	ELAINE CRISTINA DIAS BORGES TEC. ENFERMAGEM	322205	600	1

Admissão: 04/10/2017

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71	
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	107,65	107,65	
8181	DIFERENCA MEDIA HORA 13o	0,00	3,08	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	16,00	40,66	
339	DESC ODONTO COMPANY	50,00		50,00
998	I.N.S.S.	8,05		132,58
8214	INSS DIFERENÇA 13o SALARIO	0,00		0,28

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.758,10	182,86
Valor Líquido ⇨	1.575,24

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

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.650,45	1.650,45	132,02	1.517,59	0,00

*** PARABÉNS PELO SEU ANIVERSÁRIO NO DIA 01 DE JANEIRO ***

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

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

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Dezembro de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2136	ELAINE CRISTINA DIAS BORGES TEC. ENFERMAGEM	322205	600	1

Admissão: 04/10/2017

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71	
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	107,65	107,65	
8181	DIFERENCA MEDIA HORA 13o	0,00	3,08	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	16,00	40,66	
339	DESC ODONTO COMPANY	50,00		50,00
998	I.N.S.S.	8,05		132,58
8214	INSS DIFERENÇA 13o SALARIO	0,00		0,28

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.758,10	182,86
Valor Líquido ⇨	1.575,24

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

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.650,45	1.650,45	132,02	1.517,59	0,00

** PARABÉNS PELO SEU ANIVERSÁRIO NO DIA 01 DE JANEIRO ***

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

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

EMPRESA

Aviso de lançamento

G338151412612854 1
15/02/2021 14:23:31

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

Data 07/01/2021 Valor R$ 1.084,09 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 240, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

(Um mil e oitenta e quatro reais e nove centavos)

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

Documento emitido por: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO em 15/02/2021 14:23:31

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

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

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Dezembro de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2137	GISLAINE MACHADO MORABITO TEC. ENFERMAGEM	322205	600	1

Admissão: 04/10/2017

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	14,00	652,26	
8785	DIAS AFAST.INSS (P/DOENCA)	9,00	419,31	
8870	DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTEGRAIS	7,00	326,14	
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	107,43	107,43	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	97,53	
8013	INSALUB 20% DOENCA	20,00	62,70	
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	48,77	
339	DESC ODONTO COMPANY	62,50		62,50
8801	DESCONTO DIAS AFASTADOS	9,00		482,01
998	I.N.S.S.	7,61		85,54

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.714,14	630,05
Valor Líquido ⇨	1.084,09

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

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.124,70	1.124,70	89,97	659,98	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

__/__/__
Data

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

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Dezembro de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2137	GISLAINE MACHADO MORABITO TEC. ENFERMAGEM	322205	600	1

Admissão: 04/10/2017

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	14,00	652,26	
8785	DIAS AFAST.INSS (P/DOENCA)	9,00	419,31	
8870	DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTEGRAIS	7,00	326,14	
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	107,43	107,43	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	97,53	
8013	INSALUB 20% DOENCA	20,00	62,70	
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	48,77	
339	DESC ODONTO COMPANY	62,50		62,50
8801	DESCONTO DIAS AFASTADOS	9,00		482,01
998	I.N.S.S.	7,61		85,54

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.714,14	630,05
Valor Líquido ⇨	1.084,09

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

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.124,70	1.124,70	89,97	659,98	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

__/__/__
Data

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

EMPRESA

Aviso de lançamento

G338151412612854 1
15/02/2021 14:23:31

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

Data 07/01/2021 Valor R$ 1.400,63 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 240, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

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

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

Documento emitido por: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO em 15/02/2021 14:23:31

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

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

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Dezembro de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2127	ISADORA MORAIS DE CASTRO SANTOS AUX. ADM. FARMACIA	411005	700	1

Admissão: 04/10/2017

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

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.512,55	111,92
Valor Líquido ⇨	1.400,63

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

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

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

__/__/__
Data

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

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Dezembro de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2127	ISADORA MORAIS DE CASTRO SANTOS AUX. ADM. FARMACIA	411005	700	1

Admissão: 04/10/2017

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

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.512,55	111,92
Valor Líquido ⇨	1.400,63

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

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

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

__/__/__
Data

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

EMPRESA

Aviso de lançamento

G3381514126128541
15/02/2021 14:23:31

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

Data 07/01/2021 Valor R$ 1.372,30 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 240, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

(Um mil e trezentos e setenta e dois reais e trinta centavos)

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

Documento emitido por: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO em 15/02/2021 14:23:31

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

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

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Dezembro de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2130	IZABEL CRISTINA DE SOUZA AUX. ADM. FARMACIA	411005	700	1

Admissão: 04/10/2017

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.191,49	
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	94,67	94,67	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
339	DESC ODONTO COMPANY	12,50		12,50
998	I.N.S.S.	7,88		110,36

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.495,16	122,86
Valor Líquido ⇨	1.372,30

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

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.191,49	1.400,49	1.400,49	112,03	1.290,13	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

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

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Dezembro de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2130	IZABEL CRISTINA DE SOUZA AUX. ADM. FARMACIA	411005	700	1

Admissão: 04/10/2017

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.191,49	
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	94,67	94,67	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
339	DESC ODONTO COMPANY	12,50		12,50
998	I.N.S.S.	7,88		110,36

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.495,16	122,86
Valor Líquido ⇨	1.372,30

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

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.191,49	1.400,49	1.400,49	112,03	1.290,13	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

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

EMPRESA

Aviso de lançamento

G3381514126128541
15/02/2021 14:23:31

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

Data 07/01/2021 Valor R$ 1.574,12 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 240, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

(Um mil e quinhentos e setenta e quatro reais e doze centavos)

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

Documento emitido por: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO em 15/02/2021 14:23:31

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

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

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Dezembro de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2146	KELLY CRISTINA RAMOS ROCHA TEC. ENFERMAGEM	322205	600	1

Admissão: 04/10/2017

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

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.715,54	141,42
Valor Líquido ⇨	1.574,12

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

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

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

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

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Dezembro de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2146	KELLY CRISTINA RAMOS ROCHA TEC. ENFERMAGEM	322205	600	1

Admissão: 04/10/2017

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

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.715,54	141,42
Valor Líquido ⇨	1.574,12

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

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

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

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

EMPRESA

Aviso de lançamento

G338151412612854 1
15/02/2021 14:23:31

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

Data 07/01/2021 Valor R$ 1.134,09 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 240, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

(Um mil e cento e trinta e quatro reais e nove centavos)

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

Documento emitido por: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO em 15/02/2021 14:23:31

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

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

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Dezembro de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2147	LETICIA MAIARA DOS SANTOS FERRAZ TEC. ENFERMAGEM	322205	600	1

Admissão: 04/10/2017

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	6,00	279,54	
8785	DIAS AFAST.INSS (P/DOENCA)	9,00	419,31	
8870	DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTEGRAIS	15,00	698,86	
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	107,43	107,43	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	41,80	
8013	INSALUB 20% DOENCA	20,00	62,70	
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	104,50	
339	DESC ODONTO COMPANY	12,50		12,50
8801	DESCONTO DIAS AFASTADOS	9,00		482,01
998	I.N.S.S.	7,61		85,54

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.714,14	580,05
Valor Líquido ⇨	1.134,09

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

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.124,70	1.124,70	89,97	1.039,16	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

__/__/__
Data

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

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Dezembro de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2147	LETICIA MAIARA DOS SANTOS FERRAZ TEC. ENFERMAGEM	322205	600	1

Admissão: 04/10/2017

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	6,00	279,54	
8785	DIAS AFAST.INSS (P/DOENCA)	9,00	419,31	
8870	DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTEGRAIS	15,00	698,86	
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	107,43	107,43	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	41,80	
8013	INSALUB 20% DOENCA	20,00	62,70	
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	104,50	
339	DESC ODONTO COMPANY	12,50		12,50
8801	DESCONTO DIAS AFASTADOS	9,00		482,01
998	I.N.S.S.	7,61		85,54

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.714,14	580,05
Valor Líquido ⇨	1.134,09

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

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.124,70	1.124,70	89,97	1.039,16	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

__/__/__
Data

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

EMPRESA

Aviso de lançamento

G3381514126128541
15/02/2021 14:23:31

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

Data 07/01/2021 Valor R$ 1.810,15 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 240, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

(Um mil e oitocentos e dez reais e quinze centavos)

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

Documento emitido por: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO em 15/02/2021 14:23:31

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

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

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Dezembro de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2148	LUCAS CARVALHO DOS SANTOS TEC. ENFERMAGEM	322205	600	1

Admissão: 04/10/2017

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71	
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	121,43	121,43	
8181	DIFERENCA MEDIA HORA 13o	0,00	1,57	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	96,00	243,96	
339	DESC ODONTO COMPANY	12,50		12,50
998	I.N.S.S.	8,15		150,88
8214	INSS DIFERENÇA 13o SALARIO	0,00		0,14

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.973,67	163,52
Valor Líquido ⇨	1.810,15

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

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.852,24	1.852,24	148,17	1.701,22	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

__/__/__
Data

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

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Dezembro de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2148	LUCAS CARVALHO DOS SANTOS TEC. ENFERMAGEM	322205	600	1

Admissão: 04/10/2017

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71	
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	121,43	121,43	
8181	DIFERENCA MEDIA HORA 13o	0,00	1,57	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	96,00	243,96	
339	DESC ODONTO COMPANY	12,50		12,50
998	I.N.S.S.	8,15		150,88
8214	INSS DIFERENÇA 13o SALARIO	0,00		0,14

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.973,67	163,52
Valor Líquido ⇨	1.810,15

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

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.852,24	1.852,24	148,17	1.701,22	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

__/__/__
Data

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

EMPRESA

Aviso de lançamento

G3381514126128541
15/02/2021 14:23:31

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

Data 07/01/2021 Valor R$ 1.593,41 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 240, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

(Um mil e quinhentos e noventa e três reais e quarenta e um centavos)

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

Documento emitido por: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO em 15/02/2021 14:23:31

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

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

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Dezembro de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2149	MAIRA TEIXEIRA DE CASTRO TEC. ENFERMAGEM	322205	600	1

Admissão: 04/10/2017

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71	
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	108,08	108,08	
8181	DIFERENCA MEDIA HORA 13o	0,00	1,69	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	8,00	20,33	
339	DESC ODONTO COMPANY	12,50		12,50
998	I.N.S.S.	8,04		130,75
8214	INSS DIFERENÇA 13o SALARIO	0,00		0,15

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.736,81	143,40
Valor Líquido ⇨	1.593,41

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

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.628,73	1.628,73	130,29	1.497,83	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

__/__/__
Data

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

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Dezembro de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2149	MAIRA TEIXEIRA DE CASTRO TEC. ENFERMAGEM	322205	600	1

Admissão: 04/10/2017

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71	
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	108,08	108,08	
8181	DIFERENCA MEDIA HORA 13o	0,00	1,69	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	8,00	20,33	
339	DESC ODONTO COMPANY	12,50		12,50
998	I.N.S.S.	8,04		130,75
8214	INSS DIFERENÇA 13o SALARIO	0,00		0,15

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.736,81	143,40
Valor Líquido ⇨	1.593,41

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

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.628,73	1.628,73	130,29	1.497,83	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

__/__/__
Data

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

EMPRESA

Aviso de lançamento

G3381514126128541
15/02/2021 14:23:31

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

Data 07/01/2021 Valor R$ 1.319,27 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 240, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

(Um mil e trezentos e dezenove reais e vinte e sete centavos)

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

Documento emitido por: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO em 15/02/2021 14:23:31

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

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

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Dezembro de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2129	MARCIA MAIARA POSSENTI AUX. ADMINIST.	411005	800	1

Admissão: 04/10/2017

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	28,00	1.159,51	
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	96,98	96,98	
807	VANTAGENS FERIAS	13,93	13,93	
931	1/3 DAS FERIAS	33,33	32,25	
8783	DIAS FERIAS	2,00	82,82	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	195,07	
339	DESC ODONTO COMPANY	25,00		25,00
937	ADIANTAMENTO DE FERIAS	0,00		118,45
812	INSS FERIAS	8,19		10,55
821	INSS DIFERENCA FERIAS	0,00		1,06
998	I.N.S.S.	7,84		106,23

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.580,56	261,29
Valor Líquido ⇨	1.319,27

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

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.242,33	1.483,58	1.483,58	118,68	1.247,29	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

__/__/__
Data

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

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Dezembro de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2129	MARCIA MAIARA POSSENTI AUX. ADMINIST.	411005	800	1

Admissão: 04/10/2017

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	28,00	1.159,51	
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	96,98	96,98	
807	VANTAGENS FERIAS	13,93	13,93	
931	1/3 DAS FERIAS	33,33	32,25	
8783	DIAS FERIAS	2,00	82,82	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	195,07	
339	DESC ODONTO COMPANY	25,00		25,00
937	ADIANTAMENTO DE FERIAS	0,00		118,45
812	INSS FERIAS	8,19		10,55
821	INSS DIFERENCA FERIAS	0,00		1,06
998	I.N.S.S.	7,84		106,23

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.580,56	261,29
Valor Líquido ⇨	1.319,27

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

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.242,33	1.483,58	1.483,58	118,68	1.247,29	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

__/__/__
Data

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

EMPRESA

Aviso de lançamento

G3381514126128541
15/02/2021 14:23:31

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

Data 07/01/2021 Valor R$ 3.230,17 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 240, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

(Três mil e duzentos e trinta reais e dezessete centavos)

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

Documento emitido por: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO em 15/02/2021 14:23:31

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

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

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Dezembro de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.548,41	
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	187,21	187,21	
150	HORAS EXTRAS	11,00	206,81	
8181	DIFERENCA MEDIA HORA 13o	0,00	32,11	
8382	DIFERENCA SALARIO MATERNIDADE 13o	0,00	25,69	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	112,00	518,95	
339	DESC ODONTO COMPANY	25,00		25,00
998	I.N.S.S.	9,95		346,57
8214	INSS DIFERENÇA 13o SALARIO	0,00		6,93
999	IMPOSTO DE RENDA	15,00		115,69
8215	IRRF DIFERENÇA 13o SALARIO	7,50		3,82

	Total de Vencimentos	Total de Descontos
	3.728,18	498,01
Valor Líquido ⇨		3.230,17

BANCO DO BRASIL 1
conta corrente: 19553-7 Agência: 448 - 0

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
2.548,41	3.540,97	3.540,97	283,27	3.187,47	15,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

__/__/__
Data

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

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Dezembro de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.548,41	
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	187,21	187,21	
150	HORAS EXTRAS	11,00	206,81	
8181	DIFERENCA MEDIA HORA 13o	0,00	32,11	
8382	DIFERENCA SALARIO MATERNIDADE 13o	0,00	25,69	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	112,00	518,95	
339	DESC ODONTO COMPANY	25,00		25,00
998	I.N.S.S.	9,95		346,57
8214	INSS DIFERENÇA 13o SALARIO	0,00		6,93
999	IMPOSTO DE RENDA	15,00		115,69
8215	IRRF DIFERENÇA 13o SALARIO	7,50		3,82

	Total de Vencimentos	Total de Descontos
	3.728,18	498,01
Valor Líquido ⇨		3.230,17

BANCO DO BRASIL 1
conta corrente: 19553-7 Agência: 448 - 0

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
2.548,41	3.540,97	3.540,97	283,27	3.187,47	15,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

__/__/__
Data

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

EMPRESA

Aviso de lançamento

G3381514126128541
15/02/2021 14:23:31

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

Data 07/01/2021 Valor R$ 1.841,09 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 240, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

Pagamento efetuado a PATRICIA ADRIANA FERREIRA, na conta 19.428, agência 0448 do banco 001.

(Um mil e oitocentos e quarenta e um reais e nove centavos)

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

Documento emitido por: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO em 15/02/2021 14:23:31

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

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

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Dezembro de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2153	PATRICIA ADRIANA FERREIRA TEC. ENFERMAGEM	322205	600	1

Admissão: 04/10/2017

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71	
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	122,56	122,56	
8181	DIFERENCA MEDIA HORA 13o	0,00	1,32	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	103,58	263,23	
998	I.N.S.S.	8,16		152,61
8214	INSS DIFERENÇA 13o SALARIO	0,00		0,12

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.993,82	152,73
Valor Líquido ⇨	1.841,09

BANCO DO BRASIL 1
conta corrente: 19428-X Agência: 448 - 0

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.871,26	1.871,26	149,69	1.718,53	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

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

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Dezembro de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2153	PATRICIA ADRIANA FERREIRA TEC. ENFERMAGEM	322205	600	1

Admissão: 04/10/2017

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71	
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	122,56	122,56	
8181	DIFERENCA MEDIA HORA 13o	0,00	1,32	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	103,58	263,23	
998	I.N.S.S.	8,16		152,61
8214	INSS DIFERENÇA 13o SALARIO	0,00		0,12

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.993,82	152,73
Valor Líquido ⇨	1.841,09

BANCO DO BRASIL 1
conta corrente: 19428-X Agência: 448 - 0

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.871,26	1.871,26	149,69	1.718,53	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

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

EMPRESA

Aviso de lançamento

G3381514126128541
15/02/2021 14:23:31

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

Data 07/01/2021 Valor R$ 1.535,55 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 240, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

Pagamento efetuado a PATRICIA MICHELE DE ALMEI, na conta 7.812, agência 0448 do banco 001.

(Um mil e quinhentos e trinta e cinco reais e cinqüenta e cinco centavos)

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

Documento emitido por: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO em 15/02/2021 14:23:31

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

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

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Dezembro de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2164	PATRICIA MICHELE DE ALMEIDA TEC. ENFERMAGEM	322205	600	1

Admissão: 04/10/2017

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71	
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	107,76	107,76	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
339	DESC ODONTO COMPANY	50,00		50,00
998	I.N.S.S.	8,02		128,92

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.714,47	178,92
Valor Líquido ⇨	1.535,55

BANCO DO BRASIL 1
conta corrente: 7812-3 Agência: 448 - 0

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

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

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

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Dezembro de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2164	PATRICIA MICHELE DE ALMEIDA TEC. ENFERMAGEM	322205	600	1

Admissão: 04/10/2017

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71	
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	107,76	107,76	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
339	DESC ODONTO COMPANY	50,00		50,00
998	I.N.S.S.	8,02		128,92

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.714,47	178,92
Valor Líquido ⇨	1.535,55

BANCO DO BRASIL 1
conta corrente: 7812-3 Agência: 448 - 0

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

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

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

EMPRESA

Aviso de lançamento

G3381514126128541
15/02/2021 14:23:31

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

Data 07/01/2021 Valor R$ 2.857,40 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 240, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

(Dois mil e oitocentos e cinqüenta e sete reais e quarenta centavos)

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

Documento emitido por: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO em 15/02/2021 14:23:31

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

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

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Dezembro de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2155	PRISCILA SANTOS LEITE DE ALMEIDA ENFERMEIRO (A)	223505	600	1

Admissão: 04/10/2017

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.548,41	
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	174,98	174,98	
8181	DIFERENCA MEDIA HORA 13o	0,00	18,25	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	55,08	255,21	
998	I.N.S.S.	9,40		283,14
8214	INSS DIFERENÇA 13o SALARIO	0,00		2,19
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		61,91
8215	IRRF DIFERENÇA 13o SALARIO	7,50		1,21

	Total de Vencimentos	Total de Descontos
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 19439-5 Agência: 448 - 0	3.205,85	348,45
Valor Líquido ⇨		2.857,40

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
2.548,41	3.030,87	3.030,87	242,46	2.745,54	7,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

__/__/__
Data

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

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Dezembro de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2155	PRISCILA SANTOS LEITE DE ALMEIDA ENFERMEIRO (A)	223505	600	1

Admissão: 04/10/2017

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.548,41	
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	174,98	174,98	
8181	DIFERENCA MEDIA HORA 13o	0,00	18,25	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	55,08	255,21	
998	I.N.S.S.	9,40		283,14
8214	INSS DIFERENÇA 13o SALARIO	0,00		2,19
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		61,91
8215	IRRF DIFERENÇA 13o SALARIO	7,50		1,21

	Total de Vencimentos	Total de Descontos
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 19439-5 Agência: 448 - 0	3.205,85	348,45
Valor Líquido ⇨		2.857,40

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
2.548,41	3.030,87	3.030,87	242,46	2.745,54	7,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

__/__/__
Data

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

EMPRESA

Aviso de lançamento

G3381514126128541
15/02/2021 14:23:31

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

Data 07/01/2021 Valor R$ 1.621,55 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 240, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

(Um mil e seiscentos e vinte e um reais e cinqüenta e cinco centavos)

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

Documento emitido por: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO em 15/02/2021 14:23:31

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

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

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Dezembro de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2128	REGINA LEIA PARRO RODRIGUES DE SOUSA AUX. ADM. FARMACIA	411005	700	1

Admissão: 04/10/2017

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.191,49	
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	110,49	110,49	
8181	DIFERENCA MEDIA HORA 13o	0,00	1,59	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	111,34	241,20	
998	I.N.S.S.	8,04		132,07
8214	INSS DIFERENÇA 13o SALARIO	0,00		0,15

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.753,77	132,22
Valor Líquido ⇨	1.621,55

BANCO DO BRASIL 1
conta corrente: 19429-8 Agência: 448 - 0

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.191,49	1.643,28	1.643,28	131,45	1.321,47	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

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

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Dezembro de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2128	REGINA LEIA PARRO RODRIGUES DE SOUSA AUX. ADM. FARMACIA	411005	700	1

Admissão: 04/10/2017

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.191,49	
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	110,49	110,49	
8181	DIFERENCA MEDIA HORA 13o	0,00	1,59	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	111,34	241,20	
998	I.N.S.S.	8,04		132,07
8214	INSS DIFERENÇA 13o SALARIO	0,00		0,15

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.753,77	132,22
Valor Líquido ⇨	1.621,55

BANCO DO BRASIL 1
conta corrente: 19429-8 Agência: 448 - 0

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.191,49	1.643,28	1.643,28	131,45	1.321,47	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

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

EMPRESA

Aviso de lançamento

G3381514126128541
15/02/2021 14:23:31

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

Data 07/01/2021 Valor R$ 1.804,45 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 240, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

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

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

Documento emitido por: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO em 15/02/2021 14:23:31

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

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

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Dezembro de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2157	RICARDO DE CARVALHO TEC. ENFERMAGEM	322205	600	1

Admissão: 04/10/2017

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71	
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	123,16	123,16	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	88,00	223,63	
998	I.N.S.S.	8,14		149,05

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.953,50	149,05
Valor Líquido ⇨	1.804,45

BANCO DO BRASIL 1
conta corrente: 19423-9 Agência: 448 - 0

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.830,34	1.830,34	146,42	1.681,29	0,00

*** PARABÉNS PELO SEU ANIVERSÁRIO NO DIA 11 DE JANEIRO ***

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

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

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Dezembro de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2157	RICARDO DE CARVALHO TEC. ENFERMAGEM	322205	600	1

Admissão: 04/10/2017

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71	
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	123,16	123,16	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	88,00	223,63	
998	I.N.S.S.	8,14		149,05

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.953,50	149,05
Valor Líquido ⇨	1.804,45

BANCO DO BRASIL 1
conta corrente: 19423-9 Agência: 448 - 0

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.830,34	1.830,34	146,42	1.681,29	0,00

** PARABÉNS PELO SEU ANIVERSÁRIO NO DIA 11 DE JANEIRO ***

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

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

EMPRESA

Aviso de lançamento

G3381514126128541
15/02/2021 14:23:31

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

Data 07/01/2021 Valor R$ 4.550,50 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 240, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

(Quatro mil e quinhentos e cinqüenta reais e cinqüenta centavos)

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

Documento emitido por: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO em 15/02/2021 14:23:31

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

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

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Dezembro de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
33	THAIS BOARETO DA SILVA	223525	600	1
	ENFERMEIRO (A) DE TERAPIA INTENSIVA	Admissão:	15/09/2014	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
294	PARCELA DIFERENCA DISSIDIO	185,02	185,02	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.886,86	
242	REEMBOLSO DESP PAGO	477,63	477,63	
245	AJUDA DE CUSTO	277,58	277,58	
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	241,22	241,22	
8182	DIFERENCA MEDIA VALOR 13o	0,00	8,05	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
27	ADICIONAL RT	1.061,58	1.061,58	
998	I.N.S.S.	10,95		505,73
8214	INSS DIFERENÇA 13o SALARIO	0,00		1,12
999	IMPOSTO DE RENDA	22,50		289,59

	Total de Vencimentos	Total de Descontos
	5.346,94	796,44
Valor Líquido ⇨		4.550,50

BANCO DO BRASIL 1
conta poupança: 197087-9 Agência: 6921 - 3

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
2.886,86	4.628,09	4.628,09	370,24	4.121,24	22,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

__/__/__ Data

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

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Dezembro de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
33	THAIS BOARETO DA SILVA	223525	600	1
	ENFERMEIRO (A) DE TERAPIA INTENSIVA	Admissão:	15/09/2014	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
294	PARCELA DIFERENCA DISSIDIO	185,02	185,02	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.886,86	
242	REEMBOLSO DESP PAGO	477,63	477,63	
245	AJUDA DE CUSTO	277,58	277,58	
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	241,22	241,22	
8182	DIFERENCA MEDIA VALOR 13o	0,00	8,05	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
27	ADICIONAL RT	1.061,58	1.061,58	
998	I.N.S.S.	10,95		505,73
8214	INSS DIFERENÇA 13o SALARIO	0,00		1,12
999	IMPOSTO DE RENDA	22,50		289,59

	Total de Vencimentos	Total de Descontos
	5.346,94	796,44
Valor Líquido ⇨		4.550,50

BANCO DO BRASIL 1
conta poupança: 197087-9 Agência: 6921 - 3

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
2.886,86	4.628,09	4.628,09	370,24	4.121,24	22,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

__/__/__ Data

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

EMPRESA

Aviso de lançamento

G3381514126128541
15/02/2021 14:23:31

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

Data 07/01/2021 Valor R$ 1.440,30 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 240, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

(Um mil e quatrocentos e quarenta reais e trinta centavos)

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

Documento emitido por: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO em 15/02/2021 14:23:31

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

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

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Dezembro de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2799	VALERIA CRISTINA DE SOUZA DA CRUZ TEC. ENFERMAGEM	322205	600	1

Admissão: 11/06/2019

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,72	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
339	DESC ODONTO COMPANY	37,50		37,50
998	I.N.S.S.	8,02		128,92

	Total de Vencimentos	Total de Descontos
	1.606,72	166,42
Valor Líquido ⇨		1.440,30

BANCO DO BRASIL 1
conta corrente: 19514-6 Agência: 448 - 0

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,72	1.606,72	1.606,72	128,53	1.098,62	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

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

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Dezembro de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2799	VALERIA CRISTINA DE SOUZA DA CRUZ TEC. ENFERMAGEM	322205	600	1

Admissão: 11/06/2019

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,72	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
339	DESC ODONTO COMPANY	37,50		37,50
998	I.N.S.S.	8,02		128,92

	Total de Vencimentos	Total de Descontos
	1.606,72	166,42
Valor Líquido ⇨		1.440,30

BANCO DO BRASIL 1
conta corrente: 19514-6 Agência: 448 - 0

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,72	1.606,72	1.606,72	128,53	1.098,62	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

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

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

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Dezembro de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2145	CAMILA DONATO INNOCENCIO ENFERMEIRO (A)	223505	600	1

Admissão: 04/10/2017

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

	Total de Vencimentos	Total de Descontos
	2.757,41	2.757,41
Valor Líquido ⇨		0,00

BANCO DO BRASIL 1
conta corrente: 111351-8 Agência: 448 - 0

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
2.548,41	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

__/__/__
Data

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

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Dezembro de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2145	CAMILA DONATO INNOCENCIO ENFERMEIRO (A)	223505	600	1

Admissão: 04/10/2017

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

	Total de Vencimentos	Total de Descontos
	2.757,41	2.757,41
Valor Líquido ⇨		0,00

BANCO DO BRASIL 1
conta corrente: 111351-8 Agência: 448 - 0

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
2.548,41	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 107/2017
Fonte de Recurso Estadual
Termo Aditivo nº 00002/2020
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

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

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Dezembro de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2139	JOSE LOPES DE OLIVEIRA TEC. ENFERMAGEM	322205	600	1

Admissão: 04/10/2017

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8785	DIAS AFAST.INSS (P/DOENCA)	30,00	1.397,71	
8013	INSALUB 20% DOENCA	20,00	209,00	
8801	DESCONTO DIAS AFASTADOS	30,00		1.606,71

	Total de Vencimentos	Total de Descontos
	1.606,71	1.606,71
Valor Líquido ⇨		0,00

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

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

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

__/__/__
Data

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

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Dezembro de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2139	JOSE LOPES DE OLIVEIRA TEC. ENFERMAGEM	322205	600	1

Admissão: 04/10/2017

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8785	DIAS AFAST.INSS (P/DOENCA)	30,00	1.397,71	
8013	INSALUB 20% DOENCA	20,00	209,00	
8801	DESCONTO DIAS AFASTADOS	30,00		1.606,71

	Total de Vencimentos	Total de Descontos
	1.606,71	1.606,71
Valor Líquido ⇨		0,00

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

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	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 107/2017
Fonte de Recurso Estadual
Termo Aditivo nº 00002/2020
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

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

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Dezembro de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2721	NATALIA PAZINATO DA SILVA TEC. ENFERMAGEM	322205	600	1

Admissão: 25/01/2019

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
806	MEDIA HORAS FERIAS	9,82	9,82	
807	VANTAGENS FERIAS	209,00	209,00	
931	1/3 DAS FERIAS	33,33	538,84	
8783	DIAS FERIAS	30,00	1.397,71	
990	ESTOURO DO MES	0,00	50,00	
339	DESC ODONTO COMPANY	50,00		50,00
937	ADIANTAMENTO DE FERIAS	0,00		1.975,10
812	INSS FERIAS	8,36		180,27

Total de Vencimentos	Total de Descontos
2.205,37	2.205,37
Valor Líquido ⇨	0,00

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

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	2.155,37	2.155,37	172,42	0,00	0,00

*** PARABÉNS PELO SEU ANIVERSÁRIO NO DIA 06 DE JANEIRO ***

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

__/__/__
Data

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

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Dezembro de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2721	NATALIA PAZINATO DA SILVA TEC. ENFERMAGEM	322205	600	1

Admissão: 25/01/2019

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
806	MEDIA HORAS FERIAS	9,82	9,82	
807	VANTAGENS FERIAS	209,00	209,00	
931	1/3 DAS FERIAS	33,33	538,84	
8783	DIAS FERIAS	30,00	1.397,71	
990	ESTOURO DO MES	0,00	50,00	
339	DESC ODONTO COMPANY	50,00		50,00
937	ADIANTAMENTO DE FERIAS	0,00		1.975,10
812	INSS FERIAS	8,36		180,27

Total de Vencimentos	Total de Descontos
2.205,37	2.205,37
Valor Líquido ⇨	0,00

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

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	2.155,37	2.155,37	172,42	0,00	0,00

** PARABÉNS PELO SEU ANIVERSÁRIO NO DIA 06 DE JANEIRO ***

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

__/__/__
Data

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

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
29/01/2021 - AUTOATENDIMENTO - 14.48.14
6790306790 SEGUNDA VIA 0003

COMPROVANTE DE PAGAMENTO

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

Convenio	FGTS ARRECADACAO GRF	
Codigo de Barras	85880000086-5	71560179210-9
	10764805084-3	53494610008-6
Data do pagamento		07/01/2021
CNPJ/CEI/CPF		45349461/0008-89
COMPETENCIA		12/2020
CODIGO RECOLHIMENTO		115
VENCIMENTO		07/01/2021
VALOR DEPOSITO		8.671,56
Valor Total		8.671,56

DOCUMENTO: 010701
AUTENTICACAO SISBB: 7.3EF.3A1.C5E.5E0.DCF

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

Mira

FGTS
FUNDO DE GARANTIA DO TEMPO DE SERVIÇO

GRF - GUIA DE RECOLHIMENTO DO FGTS
GERADA EM 06/01/2021 - 15:05:49

GFIP - SEFIP 8.40

01-RAZÃO SOCIAL/NOME				02-DDD/TELEFONE
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA				(0011)39056104
03-FPAS	04-SIMPLES	05-REMUNERAÇÃO	06-QTDE TRABALHADORES	07-ALÍQUOTA FGTS
639	1	108.394,51	38	8
08-CÓD RECOLHIMENTO	09-ID RECOLHIMENTO	10-INSCRIÇÃO/TIPO (8)	11-COMPETÊNCIA	12-DATA DE VALIDADE
115	017980-9	45.349.461/0008-89	12/2020	07/01/2021

13-DEPÓSITO + CONTRIB SOCIAL	14-ENCARGOS	15-TOTAL A RECOLHER
8.671,56	0,00	8.671,56

VALOR FGTS A RECOLHER ATÉ O DIA 07/01/2021

858800000865 715601792109 107648050843 534946100086

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

FGTS
FUNDO DE GARANTIA DO TEMPO DE SERVIÇO

GRF - GUIA DE RECOLHIMENTO DO FGTS
GERADA EM 06/01/2021 - 15:05:49

GFIP - SEFIP 8.40

01-RAZÃO SOCIAL/NOME				02-DDD/TELEFONE
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA				(0011)39056104
03-FPAS	04-SIMPLES	05-REMUNERAÇÃO	06-QTDE TRABALHADORES	07-ALÍQUOTA FGTS
639	1	108.394,51	38	8
08-CÓD RECOLHIMENTO	09-ID RECOLHIMENTO	10-INSCRIÇÃO/TIPO (8)	11-COMPETÊNCIA	12-DATA DE VALIDADE
115	017980-9	45.349.461/0008-89	12/2020	07/01/2021

13-DEPÓSITO + CONTRIB SOCIAL	14-ENCARGOS	15-TOTAL A RECOLHER
8.671,56	0,00	8.671,56

VALOR FGTS A RECOLHER ATÉ O DIA 07/01/2021

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

858800000865 715601792109 107648050843 534946100086

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

07/01/21

Mira

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

MINISTÉRIO DA FAZENDA - MF

DATA: 06/01/2021
HORA: 15:05:49
PÁG : 0001/0008

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

858800000865 715601792109 107648050843 534946100086

EMPRESA: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA
COMP: 12/2020 COD REC: 115 COD GPS: 2305 FPAS: 639 OUTRAS ENT: SIMPLES: 1 RAT: 2,0 INSCRIÇÃO: 45.349.461/0008-89
FAP: 0,50 RAT AJUSTADO: 1,00
TOMADOR/OBRA: INSCRIÇÃO:

NOME TRABALHADOR REM SEM 13° SAL	REM 13°SAL	PIS/PASEP/CI BASE CÁL 13°SAL PREV SOC BASE CÁL PREV SOCIAL	ADMISSÃO CONTRIB SEG DEVIDA	CAT	OCOR	DATA/COD MOVIMENTAÇÃO DEPÓSITO		CBO JAM
JOSE LOPES DE OLIVEIRA		122.35412.21-3	04/10/2017	01		19/11/2020	P2	03222
0,00	752,13	0,00	0,00			60,18		0,00
JOSE LOPES DE OLIVEIRA		122.35412.21-3	04/10/2017	01		04/12/2020	Z5	03222
JOSE LOPES DE OLIVEIRA		122.35412.21-3	04/10/2017	01		04/12/2020	P2	03222
DANIELA DOS SANTOS DE OLIVEIRA		125.02011.74-6	03/05/2019	01		10/12/2020	P3	03222
1.667,71	931,60	0,00	134,41			207,95		0,00
DANIELA DOS SANTOS DE OLIVEIRA		125.02011.74-6	03/05/2019	01		17/12/2020	Z5	03222
GISLAINE MACHADO MORABITO		132.60974.45-7	04/10/2017	01		22/11/2020	P3	03222
1.124,70	805,01	0,00	85,54			154,38		0,00
GISLAINE MACHADO MORABITO		132.60974.45-7	04/10/2017	01		07/12/2020	Z5	03222
GISLAINE MACHADO MORABITO		132.60974.45-7	04/10/2017	01		07/12/2020	P2	03222
ANA PAULA DOS SANTOS SILVA		160.99087.56-8	23/07/2018	01		25/12/2020	J	03222
1.603,22	928,77	1,52	128,73			202,56		0,00
DENISE PRISCILA ANCILOTTO LISBOA DE SOUZ		204.40341.55-2	04/10/2017	01		09/12/2020	P3	03222
1.830,34	902,18	2,95	149,32			218,60		0,00
DENISE PRISCILA ANCILOTTO LISBOA DE SOUZ		204.40341.55-2	04/10/2017	01		10/12/2020	Z5	03222
LETICIA MAIARA DOS SANTOS FERRAZ		204.92505.78-5	04/10/2017	01		06/12/2020	P1	03222
1.124,70	808,34	0,00	85,54			154,64		0,00
CAMILA DONATO INNOCENCIO		207.73635.06-2	04/10/2017	01		15/07/2018	P1	
0,00	0,00	0,00	0,00			0,00		0,00
CAMILA DONATO INNOCENCIO		207.73635.06-2	04/10/2017	01		30/12/2020	Z5	

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

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

MINISTÉRIO DA FAZENDA - MF

DATA: 06/01/2021
HORA: 15:05:49
PÁG : 0002/0008

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

858800000865 715601792109 107648050843 534946100086

EMPRESA: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA
COMP: 12/2020 COD REC: 115 COD GPS: 2305 FPAS: 639 OUTRAS ENT: SIMPLES: 1 RAT: 2.0 INSCRIÇÃO: 45.349.461/0008-89
FAP: 0.50 RAT AJUSTADO: 1.00
TOMADOR/OBRA: INSCRIÇÃO:

NOME TRABALHADOR		PIS/PASEP/CI	ADMISSÃO	CAT	OCOR	DATA/COD MOVIMENTAÇÃO		CBO
REM SEM 13° SAL	REM 13°SAL	BASE CÁL 13°SAL PREV SOC	CONTRIB SEG DEVIDA			DEPÓSITO		JAM
		BASE CÁL PREV SOCIAL						
LAIS MARANI SILVA								
3.468,68	1.566,81	129.46882.17-0	03/05/2019	01		01/12/2020	I1	02234
		3.195,52	650,84			0,00		0,00

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

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

858800000865 715601792109 107648050843 534946100086

EMPRESA: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA
COMP: 12/2020 COD REC: 115 COD GPS: 2305 FPAS: 639 OUTRAS ENT: SIMPLES: 1 RAT: 2.0 INSCRIÇÃO: 45.349.461/0008-89
TOMADOR/OBRA: FAP: 0.50 RAT AJUSTADO: 1.00
INSCRIÇÃO:

NOME TRABALHADOR	REM 13°SAL	PIS/PASEP/CI	ADMISSÃO	CAT	OCOR	DATA/COD MOVIMENTAÇÃO	CBO
REM SEM 13° SAL		BASE CÁL 13°SAL PREV SOC	CONTRIB SEG DEVIDA			DEPÓSITO	JAM
ALCIONE BOGAZ		128.78920.15-7	16/01/2018	01			03222
2.544,37	937,99	0,00	226,95			278,59	0,00
ALESSANDRA APARECIDA DOS SANTOS GONSALVE		124.42087.45-8	21/12/2020	01			04110
466,83	0,00	0,00	35,01			37,35	0,00
ALESSANDRA DE CASSIA MARDEGAN		133.59258.89-3	04/10/2017	01			02235
3.382,34	1.647,07	8,79	333,69			402,36	0,00
ANA AUGUSTA FELICIANI NOGUEIRA		180.90148.36-6	04/10/2017	01			03222
1.606,71	805,84	0,00	128,92			193,00	0,00
ANA PAULA AZEVEDO ZANATTA		125.41159.51-1	04/10/2017	01			03222
1.829,12	917,67	0,00	148,94			219,75	0,00
BIANCA CAETANO COSTA		128.98626.17-3	17/01/2018	01			02235
3.763,25	1.438,31	0,00	385,78			416,13	0,00
BRUNA BERALDO FERRANTE		209.83236.77-6	20/12/2019	01			02235
2.942,75	1.469,26	0,00	274,75			352,96	0,00
CATIA FERNANDA FERRAZ		129.80319.17-3	04/10/2017	01			03222
1.891,33	919,15	10,59	155,48			224,84	0,00
CRISTIANE PASCOALETO VENDRAME		128.09298.18-3	22/03/2019	01			03222
1.606,71	804,44	0,00	128,92			192,90	0,00
DEBORA CRISTINA LOCHE		203.38786.55-9	04/10/2017	01			04110
1.660,45	817,75	3,03	134,03			198,25	0,00
EDILAINE MUNHOZ MAQUEA		124.85513.93-9	04/10/2017	01			03222
1.869,94	928,84	1,63	152,75			223,91	0,00
EDILENE MANOEL		209.15153.56-9	04/10/2017	01			03222
1.606,71	803,35	0,00	128,92			192,80	0,00
ELAINE CRISTINA DIAS BORGES		126.22542.14-5	04/10/2017	01			03222
1.647,37	809,11	3,08	132,86			196,52	0,00
ELIANA CRISTINA RODRIGUES		209.15162.89-4	19/02/2020	01			03222
1.606,95	671,22	0,00	128,94			182,25	0,00
ISADORA MORAIS DE CASTRO SANTOS		207.86720.36-5	04/10/2017	01			04110
1.417,82	714,02	0,00	111,92			170,54	0,00

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

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

858800000865 715601792109 107648050843 534946100086

EMPRESA: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA
COMP: 12/2020 COD REC: 115 COD GPS: 2305 FPAS: 639 OUTRAS ENT: SIMPLES: 1 RAT: 2.0 INSCRIÇÃO: 45.349.461/0008-89
TOMADOR/OBRA: FAP: 0.50 RAT AJUSTADO: 1.00
INSCRIÇÃO:

NOME TRABALHADOR REM SEM 13° SAL	REM 13°SAL	PIS/PASEP/CI BASE CÁL 13°SAL PREV SOC BASE CÁL PREV SOCIAL	ADMISSÃO CONTRIB SEG DEVIDA	CAT	OCOR	DATA/COD MOVIMENTAÇÃO DEPÓSITO	CBO JAM
IZABEL CRISTINA DE SOUZA 1.400,49	706,62	169.20547.00-8 0,00	04/10/2017 110,36	01		168,56	04110 0,00
KELLY CRISTINA RAMOS ROCHA 1.606,71	805,01	164.11866.81-4 0,00	04/10/2017 128,92	01		192,94	03222 0,00
LUCAS CARVALHO DOS SANTOS 1.850,67	918,36	163.67215.87-6 1,57	04/10/2017 151,02	01		221,53	03222 0,00
MAIRA TEIXEIRA DE CASTRO 1.627,04	805,04	203.30629.68-3 1,69	04/10/2017 130,90	01		194,56	03222 0,00
MARCIA MAIARA POSSENTI 1.483,58	725,66	204.89256.27-3 0,00	04/10/2017 117,84	01		176,73	04110 0,00
MAURO CELSO CHIAVELLI 3.257,41	1.219,32	203.20305.12-5 15,62	01/04/2020 316,84	01		358,13	02234 0,00
NATALIA PAZINATO DA SILVA 2.155,37	805,84	204.97661.73-4 0,00	25/01/2019 180,27	01		236,89	03222 0,00
NATALIA XAVIER NASCIMENTO OLIVEIRA 3.483,17	1.214,54	203.20306.87-3 57,80	04/10/2017 353,50	01		375,81	02235 0,00
PATRICIA ADRIANA FERREIRA 1.869,94	926,16	190.47976.86-2 1,32	04/10/2017 152,73	01		223,68	03222 0,00
PATRICIA MICHELE DE ALMEIDA 1.606,71	803,35	236.45761.69-8 0,00	04/10/2017 128,92	01		192,80	03222 0,00
PRISCILA SANTOS LEITE DE ALMEIDA 3.012,62	1.415,17	127.24425.16-4 18,25	04/10/2017 285,33	01		354,23	02235 0,00
REGINA LEIA PARRO RODRIGUES DE SOUSA 1.641,69	813,93	126.82653.15-6 1,59	04/10/2017 132,22	01		196,45	04110 0,00
RICARDO DE CARVALHO 1.830,34	929,05	125.51156.27-2 0,00	04/10/2017 149,05	01		220,76	03222 0,00
SAMIR BISPO DOS SANTOS 1.606,71	133,88	126.39710.89-5 0,00	26/10/2020 128,92	01		139,25	03222 0,00
SONIA DOS SANTOS ROCHA 1.870,22	789,34	116.26217.35-6 0,29	17/09/2019 152,66	01		212,77	03222 0,00

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

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

MINISTÉRIO DA FAZENDA - MF

DATA: 06/01/2021
HORA: 15:05:49
PÁG : 0005/0008

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

858800000865 715601792109 107648050843 534946100086

EMPRESA: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA
COMP: 12/2020 COD REC: 115 COD GPS: 2305 FPAS: 639 OUTRAS ENT: SIMPLES: 1 RAT: 2.0 INSCRIÇÃO: 45.349.461/0008-89
FAP: 0.50 RAT AJUSTADO: 1.00
TOMADOR/OBRA: INSCRIÇÃO:

NOME TRABALHADOR	REM 13°SAL	PIS/PASEP/CI	ADMISSÃO	CAT	OCOR	DATA/COD MOVIMENTAÇÃO	CBO
REM SEM 13° SAL		BASE CÁL 13°SAL PREV SOC	CONTRIB SEG DEVIDA			DEPÓSITO	JAM
		BASE CÁL PREV SOCIAL					
THAIS BOARETO DA SILVA							
4.620,04	2.043,42	134.51447.81-8	15/09/2014	01	03		02235
		8,05	506,85			533,08	0,00
VALERIA CRISTINA DE SOUZA DA CRUZ							
1.606,72	805,02	190.08698.55-5	11/06/2019	01			03222
		0,00	128,92			192,93	0,00

TOTAIS DA EMPRESA/TOMADOR					
77.191,43	36.238,57	3.333,29	7.097,49	8.671,56	0,00

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

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

MINISTÉRIO DA FAZENDA - MF

DATA: 06/01/2021
HORA: 15:05:49
PÁG : 0006/0008

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

858800000865 715601792109 107648050843 534946100086

EMPRESA: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA N° DE CONTROLE: OpbLw1zmTe00000-8 N° ARQUIVO: CTcPKC2kXi00000-9
COMP: 12/2020 COD REC: 115 COD GPS: 2305 FPAS: 639 OUTRAS ENT: SIMPLES: 1 RAT: 2.0 INSCRIÇÃO: 45.349.461/0008-89
TOMADOR/OBRA: FAP: 0.50 RAT AJUSTADO: 1.00
INSCRIÇÃO:
LOGRADOURO: AVENIDA PAULO DE BARROS 326
CIDADE: MIRANDOPOLIS UF: SP CEP: 17230-000 BAIRRO: CENTRO CNAE PREPONDERANTE: 8610102
CNAE: 8610102

CAT	QUANT	REMUNERAÇÃO SEM 13°	REMUNERAÇÃO 13°	BASE CÁL PREV SOC	BASE CÁL 13° PREV SOC
01	39	73.722,75	34.671,76	77.191,43	3.333,29
TOTAIS:	39	73.722,75	34.671,76	77.191,43	3.333,29

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

Convênio nº
Fonte de Recurso
Termo Aditivo nº 00002
Secretaria do Estado da
UGE: 090196 - Hospital
Dr. Oswaldo Brandi Faria de
Tipo de Despesa:

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

MINISTÉRIO DA FAZENDA - MF

DATA: 06/01/2021
HORA: 15:05:49
PÁG : 0007/0008

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

858800000865 715601792109 107648050843 534946100086

EMPRESA: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA — Nº DE CONTROLE: OpbLw1zmTe00000-8 — Nº ARQUIVO: CTcPKC2kXi00000-9
COMP: 12/2020 COD REC: 115 COD GPS: 2305 FPAS: 639 OUTRAS ENT: SIMPLES: 1 RAT: 2.0 — INSCRIÇÃO: 45.349.461/0008-89 FAP: 0.50 RAT AJUSTADO: 1.00
TOMADOR/OBRA: — INSCRIÇÃO:
LOGRADOURO: AVENIDA PAULO DE BARROS 326
CIDADE: MIRANDOPOLIS UF: SP CEP: 17230-000 BAIRRO: CENTRO — CNAE PREPONDERANTE: 8610102 CNAE: 8610102

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

	FGTS - 8%
REMUNERAÇÃO SEM 13° SALÁRIO	73.722,75
REMUNERAÇÃO 13° SALARIO	34.671,76
QUANTIDADE TRABALHADORES	38

VALORES DO FGTS
DATA DE RECOLHIMENTO ATÉ 07/01/2021

DEPÓSITO FGTS	ENCARGOS FGTS	CONTRIB SOCIAL	ENCARGOS CONTRIB SOCIAL	TOTAL RECOLHER
8.671,56	0,00	0,00	0,00	8.671,56

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

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

MINISTÉRIO DA FAZENDA - MF

DATA: 06/01/2021
HORA: 15:05:49
PÁG : 0008/0008

RESUMO DAS INFORMAÇÕES À PREVIDÊNCIA SOCIAL CONSTANTES NO ARQUIVO SEFIP
EMPRESA

EMPRESA: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA — Nº DE CONTROLE: OpbLw1zmTe00000-8 — Nº ARQUIVO: CTcPKC2kXi00000-9
COMP: 12/2020 COD REC: 115 COD GPS: 2305 FPAS: 639 OUTRAS ENT: SIMPLES: 1 RAT: 2.0 — INSCRIÇÃO: 45.349.461/0008-89
TOMADOR/OBRA: — FAP: 0.50 RAT AJUSTADO: 1.00 — INSCRIÇÃO:

LOGRADOURO: AVENIDA PAULO DE BARROS 326
CIDADE: MIRANDOPOLIS — UF: SP — CEP: 17230-000 — BAIRRO: CENTRO — TELEFONE: 0011 3905 6104 — CNAE PREPONDERANTE: 8610102 — CNAE: 8610102

VALOR DEV PREV SOC CALCULADO SEFIP:	6.003.10	CONTRIB SEGURADOS - DEVIDA:	7.097.49
SALÁRIO FAMÍLIA:	0.00	RECEITA EVENTO DESP/PATROCÍNIO:	0.00
SALÁRIO MATERNIDADE:	0.00	PERC DE ISENÇÃO DE FILANTROPIA:	100.00
VALORES PAGOS COOP TRABALHO - SEM ADICIONAL:	0.00	13º SALÁRIO MATERNIDADE:	1.065.17
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: 13/2020 PERÍODO FINAL: 13/2020 VALOR SOLICITADO: 29.22
VALOR ABATIDO: 29.22 VALOR A COMPENSAR: 0.00 VALOR EXCEDENTE AO LIMITE DOS 30%: 0.00

RETENÇÃO (LEI 9.711/98)
VALOR INFORMADO: 0.00 VALOR ABATIDO PELO SEFIP: 0.00 VALOR A COMPENSAR/RESTITUIR: 0.00

BASE DE CÁLCULO APOSENTADORIA ESPECIAL/OCORRÊNCIA

15 ANOS:	0.00	20 ANOS:	4.628.09	25 ANOS:	0.00
QUANTIDADE:	0	QUANTIDADE:	1	QUANTIDADE:	0

QUANTIDADE DE MOVIMENTAÇÕES / CÓDIGOS

H :	0	I1:	1	I2:	0	I3:	0	I4:	0	J :	1	K :	0	L :	0	M :	0	N1:	0
N2:	0	N3:	0	O1:	0	O2:	0	O3:	0	P1:	2	P2:	3	P3:	3	Q1:	0	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:	6

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

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
29/01/2021 - AUTOATENDIMENTO - 14.48.14
6790306790 SEGUNDA VIA 0005
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE
TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL
CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL
AGENCIA: 6790-3 CONTA: 211-9
==========
FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : ASSOCIACAO H B DO BRASIL
BANCO: 237 - BANCO BRADESCO S.A.
AGENCIA: 0167-8 - LAVINIA
CONTA: 500.696-1

FAVORECIDO: ELIANA CRISTINA RODRIGUES
CPF/CNPJ: 294.873.608-08
VALOR: R$ 1.428,01
DEBITO EM: 08/01/2021
==========
DOCUMENTO: 010801
AUTENTICACAO SISBB: 7.5C0.468.4C2.5BA.3FF

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

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

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Dezembro de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2992	ELIANA CRISTINA RODRIGUES TEC. ENFERMAGEM	322205	600	1

Admissão: 19/02/2020

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,95	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
339	DESC ODONTO COMPANY	50,00		50,00
998	I.N.S.S.	8,02		128,94

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.606,95	178,94
Valor Líquido ⇨	1.428,01

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,95	1.606,95	1.606,95	128,55	1.288,42	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

__/__/__
Data

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

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Dezembro de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2992	ELIANA CRISTINA RODRIGUES TEC. ENFERMAGEM	322205	600	1

Admissão: 19/02/2020

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,95	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
339	DESC ODONTO COMPANY	50,00		50,00
998	I.N.S.S.	8,02		128,94

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.606,95	178,94
Valor Líquido ⇨	1.428,01

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,95	1.606,95	1.606,95	128,55	1.288,42	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

__/__/__
Data

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

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
29/01/2021 - AUTOATENDIMENTO - 14.48.14
6790306790 SEGUNDA VIA 0002

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

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

==========

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : ASSOCIACAO H B DO BRASIL
BANCO: 237 - BANCO BRADESCO S.A.
AGENCIA: 0167-8 - LAVINIA
CONTA: 10.980-0

FAVORECIDO: MAURO CELSO CHIAVELLI
CPF/CNPJ: 365.760.718-84
VALOR: R$ 2.869,62
DEBITO EM: 08/01/2021

==========

DOCUMENTO: 010802
AUTENTICACAO SISBB: 3.AE5.243.EEC.81B.023

Convênio nº 107/2022
Fonte de Recurso Estadual
Termo Aditivo nº 00002/2020
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Miranda
Tipo de Despesa: Custeio

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

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Dezembro de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
3021	MAURO CELSO CHIAVELLI FARMACEUTICO (A)	223405	700	1

Admissão: 01/04/2020

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.548,41	
8182	DIFERENCA MEDIA VALOR 13o	0,00	15,62	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
27	ADICIONAL RT	500,00	500,00	
998	I.N.S.S.	9,67		314,97
8214	INSS DIFERENÇA 13o SALARIO	0,00		1,87
999	IMPOSTO DE RENDA	15,00		86,57

Total de Vencimentos	Total de Descontos
3.273,03	403,41
Valor Líquido ⇨	2.869,62

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
2.548,41	3.273,03	3.273,03	261,83	2.956,19	15,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

__/__/__ Data

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

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Dezembro de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
3021	MAURO CELSO CHIAVELLI FARMACEUTICO (A)	223405	700	1

Admissão: 01/04/2020

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.548,41	
8182	DIFERENCA MEDIA VALOR 13o	0,00	15,62	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
27	ADICIONAL RT	500,00	500,00	
998	I.N.S.S.	9,67		314,97
8214	INSS DIFERENÇA 13o SALARIO	0,00		1,87
999	IMPOSTO DE RENDA	15,00		86,57

Total de Vencimentos	Total de Descontos
3.273,03	403,41
Valor Líquido ⇨	2.869,62

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
2.548,41	3.273,03	3.273,03	261,83	2.956,19	15,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

__/__/__ Data

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

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
29/01/2021 - AUTOATENDIMENTO - 14.48.14
6790306790 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE
TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

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

==========

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : ASSOCIACAO H B DO BRASIL
BANCO: 033 - BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.
AGENCIA: 3337-5 - TRES LAGOAS
CONTA: 1.095.383-5

FAVORECIDO: SAMIR BISPO DOS SANTOS
CPF/CNPJ: 246.121.428-02
VALOR: R$ 1.477,79
DEBITO EM: 08/01/2021

==========

DOCUMENTO: 010803
AUTENTICACAO SISBB: E.947.CCA.ABD.382.F77

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

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

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Dezembro de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
3807	SAMIR BISPO DOS SANTOS TEC. ENFERMAGEM	322205	600	1

Admissão: 26/10/2020

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
998	I.N.S.S.	8,02		128,92

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.606,71	128,92
Valor Líquido ⇨	1.477,79

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

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

__/__/__
Data

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

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Dezembro de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
3807	SAMIR BISPO DOS SANTOS TEC. ENFERMAGEM	322205	600	1

Admissão: 26/10/2020

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
998	I.N.S.S.	8,02		128,92

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.606,71	128,92
Valor Líquido ⇨	1.477,79

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

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

__/__/__
Data

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

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
29/01/2021 - AUTOATENDIMENTO - 14.48.15
6790306790 SEGUNDA VIA 0003
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE
TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL
CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL
AGENCIA: 6790-3 CONTA: 211-9

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : ASSOCIACAO H B DO BRASIL
BANCO: 104 - CAIXA ECONOMICA FEDERAL
AGENCIA: 1354-4 - CIDADE DE MIRANDOPOLIS
CONTA: 37.895-0

FAVORECIDO: SONIA DOS SANTOS ROCHA
CPF/CNPJ: 304.418.188-70
VALOR: R$ 1.692,85
DEBITO EM: 08/01/2021

DOCUMENTO: 010804
AUTENTICACAO SISBB: C.8F2.8A7.738.685.B9E

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

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

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Dezembro de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2839	SONIA DOS SANTOS ROCHA TEC. ENFERMAGEM	322205	600	1

Admissão: 17/09/2019

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,95	
8181	DIFERENCA MEDIA HORA 13o	0,00	0,29	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	103,58	263,27	
339	DESC ODONTO COMPANY	25,00		25,00
998	I.N.S.S.	8,16		152,63
8214	INSS DIFERENÇA 13o SALARIO	0,00		0,03

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.870,51	177,66
Valor Líquido ⇨	1.692,85

BANCO DO BRASIL 1
conta salário: 88417-X Agência: 0295 - X

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,95	1.870,51	1.870,51	149,63	1.717,85	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

__/__/__ Data

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

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Dezembro de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2839	SONIA DOS SANTOS ROCHA TEC. ENFERMAGEM	322205	600	1

Admissão: 17/09/2019

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,95	
8181	DIFERENCA MEDIA HORA 13o	0,00	0,29	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	103,58	263,27	
339	DESC ODONTO COMPANY	25,00		25,00
998	I.N.S.S.	8,16		152,63
8214	INSS DIFERENÇA 13o SALARIO	0,00		0,03

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.870,51	177,66
Valor Líquido ⇨	1.692,85

BANCO DO BRASIL 1
conta salário: 88417-X Agência: 0295 - X

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,95	1.870,51	1.870,51	149,63	1.717,85	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

__/__/__ Data

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

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
29/01/2021 - AUTOATENDIMENTO - 14.48.15
6790306790 SEGUNDA VIA 0005
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE
TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL
CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL
AGENCIA: 6790-3 CONTA: 211-9
==========
FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : ASSOCIACAO H B DO BRASIL
BANCO: 033 - BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.
AGENCIA: 0139-2 - MIRANDOPOLIS
CONTA: 1.010.774-1

FAVORECIDO: ALESSANDRA APARECIDA DOS SANTOS GON
CPF/CNPJ: 117.356.088-23
VALOR: R$ 431,82
DEBITO EM: 08/01/2021
==========
DOCUMENTO: 010805
AUTENTICACAO SISBB: 8.6AE.025.C49.C82.163

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

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

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Dezembro de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
3908	ALESSANDRA APARECIDA DOS SANTOS GONSA	411005	700	1
	AUX. ADM. FARMACIA	Admissão:	21/12/2020	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	10,00	397,16	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	69,67	
998	I.N.S.S.	7,50		35,01

Total de Vencimentos	Total de Descontos
466,83	35,01
Valor Líquido ⇨	431,82

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.191,49	466,83	466,83	37,34	431,82	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

__/__/__ Data

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

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Dezembro de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
3908	ALESSANDRA APARECIDA DOS SANTOS GONSA	411005	700	1
	AUX. ADM. FARMACIA	Admissão:	21/12/2020	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	10,00	397,16	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	69,67	
998	I.N.S.S.	7,50		35,01

Total de Vencimentos	Total de Descontos
466,83	35,01
Valor Líquido ⇨	431,82

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.191,49	466,83	466,83	37,34	431,82	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

__/__/__ Data

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

29/01/2021 - BANCO DO BRASIL - 14:48:15
679006790 0008

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

BANCO CITIBANK S.A.

74593180151154701700100751082595884960000082288
BENEFICIARIO:
THOMSON REUTERS BRAS
NOME FANTASIA:
THOMSON REUTERS BRAS
CNPJ: 00.910.509/0013-05
BENEFICIARIO FINAL:
THOMSON REUTERS BRAS
CNPJ: 00.910.509/0013-05
PAGADOR:
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE D
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	11.101
DATA DE VENCIMENTO	10/01/2021
DATA DO PAGAMENTO	11/01/2021
VALOR DO DOCUMENTO	822,88
VALOR COBRADO	822,88

NR.AUTENTICACAO 8.E32.816.608.AB1.6B4

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

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

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

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

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

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

Número do RPS	Número da nota
1344598	**1405930**

Data da emissão da nota: **16/12/2020 20:21:49**

Data do fato gerador: **15/12/2020 01:31:35**

Código de verificação: **MGYD-5ZBKO**

PRESTADOR DE SERVIÇOS

THOMSON REUTERS

CPF/CNPJ: **00910509001305** Inscrição Municipal: **48.563** Telefone: **((**0x) x11)-5047**
Nome/Razão Social: **THOMSON REUTERS BRASIL CONTEUDO** Inscrição Estadual:
Endereço: **Av. Centenário** Número: **7405** Bairro: **Nª Sra. da Salete** CEP: **88813325**
Município: **CRICIUMA** UF: **SC**
E-mail: **faturamento@dominiosistemas.com.br** Site: **www.dominiosistemas.com.br**

TOMADOR DE SERVIÇOS

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

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

	Valor Unitário	Qtd	Valor Serviço	Base de cálculo	(%)	ISS
Domínio WEB 2.0 conf. contrato(s): 190860 comp.: 12/2020.	822,88	1	822,88	822,88 x	2,00 =	16,46

VENCIMENTOS: (10/01/2021 - 822,88) OBSERVAÇÃO: (Valor dos tributos incidentes (Lei nº 12.741/2012) R$0,00.)

RETENÇÕES FEDERAIS

PIS/PASEP	COFINS	INSS	IR	CSLL
R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00

VALOR BRUTO DA NOTA = R$ 822,88 **VALOR LÍQUIDO DA NOTA = R$ 822,88**

Código do serviço:
0103 / Processamento de dados e congêneres.

Valor das Deduções(R$)	Base de Cálculo(R$)	Alíquota(%)	Valor ISS(R$)	
0,00	**822,88**	**2,00**	**16,46**	

OUTRAS INFORMAÇÕES

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

29/01/2021 - BANCO DO BRASIL - 14:48:15
679006790 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

BANCO DO BRASIL

00190616625178953359600002034312184960000396534
BENEFICIARIO:
DUPATRI H C I EXPORTACAO LTDA
NOME FANTASIA:
DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IMPORTA
CNPJ: 04.027.894/0001-64
PAGADOR:
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEF DO BRAS
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	11.102
NOSSO NUMERO	6166517895
CONVENIO	00000000
DATA DE VENCIMENTO	10/01/2021
DATA DO PAGAMENTO	11/01/2021
VALOR DO DOCUMENTO	3.965,34
VALOR COBRADO	3.965,34

NR.AUTENTICACAO F.101.0E5.ED3.EE3.268

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

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

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

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

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

DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IMPORTACAO E EXPORTACAO LTDA

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

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA
1

Nº 121774
SERIE 1
FOLHA 1/1

CHAVE DE ACESSO
3520 1104 0278 9400 0750 5500 1000 1217 7410 0016 7967

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO
VENDA MERC.ADQ. REC.TERCEIROS

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO
135201097827505 26/11/2020 22:14:43

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTARIO	CNPJ
671.392.680.115		04.027.894/0007-50

DESTINATARIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL	CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOC.HOSPITALAR BENEF.DO BRASIL (8149)	45.349.461/0001-02	26/11/2020

ENDEREÇO	BAIRRO/DISTRITO	CEP	DATA ENTRADA/SAIDA
AV.JOSE ARIANO RODRIGUES, 303	JARDIM ARIANO	16400-400	26/11/2020

MUNICIPIO	FONE/FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DA SAIDA
LINS	1435325198	SP		22:15

FATURA / DUPLICATA

001 10/01/2021 3.965,34

CALCULO DO IMPOSTO

BASE DE CALCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CALCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	3.965,34

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSORIAS	VALOR TOTAL DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00		0,00	0,00	3.965,34

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
O EMITENTE (43)	0 - DO EMITENTE				

ENDEREÇO	MUNICIPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
RUA SAO PAULO, 31	SANTOS	SP	633565182110

QUANTIDADE	ESPECIE	MARCA	NUMERO	PESO BRUTO	PESO LIQUIDO
1	CAIXAS			0,50	0,50

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇOS	NCM/CH	CST	CFOP	UND	QUANT.	V.UNIT	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL ICMS	AL IPI
228	ACTILYSE 50MG - BOEHRINGER (Lote: 0040-57, Qtde: 2, Dt Val: 30/11/2022 ,Data Fab: 01/11/2019)	30049019	240	5102	CX	2	1.982,6700	3.965,34					

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

RECLAMACOES DE MERCADORIAS COM NO MAXIMO DE 48HORAS APOS A ENTREGA FAVOR REALIZAR A CONFERENCIA DO PEDIDO NO ATO
ENTREGAR DR PAUL DA CUNHA BUENO 585 JD SANTA ROSA MIRANOPOLIS SPUTI MIRANOPOLIS CONV 0107/2017 AC/ LAIS
ITEM 1 Isencao CONV.ICMS 140/01
ITEM 1 ALIQUOTA ZERO PIS/COFINS.CF.ART.2 DA LEI 10.147/00
VALOR APROX. TRIBUTOS, R$ 1.613,50, Federal, R$ 1.613,50, Estadual, R$ 0,00
Pedido: 137575
Representante: REGIAO SJRP - (VITOR)

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 27/11/2020
ASS.

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

29/01/2021 - BANCO DO BRASIL - 14:48:15
679006790 0008

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

BANCO DO BRASIL

00190000090171153600100869395178684980000244000
BENEFICIARIO:
COMERCIAL C RIOCLARENSE LTDA
NOME FANTASIA:
COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTD
CNPJ: 67.729.178/0004-91
PAGADOR:
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE D
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	11.103
NOSSO NUMERO	17115360000869395
CONVENIO	01711536
DATA DE VENCIMENTO	12/01/2021
DATA DO PAGAMENTO	11/01/2021
VALOR DO DOCUMENTO	2.440,00
VALOR COBRADO	2.440,00

NR.AUTENTICACAO 5.5ED.05B.308.3FD.2FF

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

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

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

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

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

Identificação do emitente

Rioclarense

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

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 – ENTRADA
1 – SAÍDA | 1

Nº. 1378089 FL 1 / 1
SÉRIE 1

CHAVE DE ACESSO
3520 1267 7291 7800 0491 5500 1001 3780 8917 3320 8443

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO	PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
VENDA DENTRO ESTADO	135201154827003 08/12/2020 21:24:49

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

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL		CNPJ / CPF		DATA DA EMISSÃO
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		45.349.461/0001-02		08/12/2020
ENDEREÇO	BAIRRO / DISTRITO	CEP		DATA DA ENTRADA/SAÍDA
AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303	JARDIM ARIANO	16400-400		08/12/2020
MUNICÍPIO	FONE / FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DE SAÍDA
LINS	1836591243	SP		

FATURA/DUPLICATA

FATURA/DUPLIC	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC	VENCIMENTO	VALOR
1378089/1	12/01/2021	2.440,00						

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUTO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
2.440,00	439,20	0,00	0,00	2.440,00

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	VALOR DO DESCONTO	OUTRAS DESPESAS	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2.440,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

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

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

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
5,00	VOLUME(S)		0,01608	29,150	29,150

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CODIGO	DESCRIÇÃO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / SH	CST	CFOP	UN	QUANT	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL	B CALC ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALIQUOTAS ICMS	ALIQUOTAS IPI
032023	AVENTAL CIRCULACAO (VENKURI) L T23273 Q 130,00 00 F 31/07/20 V 31/07/2023 L T23356 Q 70,0000 F 07/08/20 V 07/08/2023	62101000	000	5102	PC	200,00	12,20	2.440,00	2.440,00	439,20	0,00	18,00	0,00

CÁLCULO DO ISSQN

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

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

LOCAL DE ENTREGA 46374500001247-AV DR RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito CENTRO Municipio MIRANDOPOLIS CEP 16800000 UF SP Pais BRASIL PREZADO CLIENTE, FAVOR CONFERIR NO ATO DA ENTREGA - NA[redacted]MOS RECLAMACOES APOS 48hs DO RECEBIMENTO Mirandopolis DATA ENTREGA 09/12/2020 Pedido 178855[redacted]o de Compra(Pedido Cliente) 1788552 *** O pagamento devera ser realizado atraves do boleto anexo a nota fiscal caso n[redacted]receba entre em contato atraves do e-mail boletos@rioclarense.com.br ou no telefone (19)3522-5800, Setor de Cobranca Privado AFE 1.04397-7 ** AE 1.22375-2 ** ASS 1302/16 Validade 23/01/2021 MODAL RODOVIARIO / TIPO ENTREGA EXPRESSA LOCAL DE ENTREGA Endereço AV DR RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito CENTRO Municipio MIRANDOPOLIS CEP 16800000 UF SP Pais BRASIL(Codigo Interno Emitente 4768 Nome Fantasia ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL) LOCAL DE ENTREGA AV DR RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito CENTRO Municipio MIRANDOPOLIS UF SP Pais BRASIL

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 09/12/2020
ASS. [signature]

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

___/___/______

29/01/2021 - BANCO DO BRASIL - 14:48:15
679006790 0005

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

BANCO DO BRASIL

00190000090171153600100869107177284980000240852
BENEFICIARIO:
COMERCIAL C RIOCLARENSE LTDA
NOME FANTASIA:
COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTD
CNPJ: 67.729.178/0004-91
PAGADOR:
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE D
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	11.104
NOSSO NUMERO	17115360000869107
CONVENIO	01711536
DATA DE VENCIMENTO	12/01/2021
DATA DO PAGAMENTO	11/01/2021
VALOR DO DOCUMENTO	2.408,52
VALOR COBRADO	2.408,52

NR.AUTENTICACAO 2.3FE.F91.060.FF8.888

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

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

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

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

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

Identificação do emitente

Rioclarense

COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA
AVENIDA MARECHAL CASTELO BRANCO, 1040 - NUCLEO RESIDENCIAL DOUTOR JOAO ALDO NASSIF
PADUA DIAS - SP
CEP: 13419-674 - (19)3522-5800

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA [1]

Nº. 1377751 FL 1 / 1
SÉRIE 1

CHAVE DE ACESSO
3520 1267 7291 7800 0491 5500 1001 3777 5112 7498 4828

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO		PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
VENDA DENTRO ESTADO		135201152944257 08/12/2020 14:38:13
INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCR. EST. SUBS. TRIBUTÁRIO	CNPJ
395060142110		67.729.178/0004-91

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL			CNPJ / CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL			45.349.461/0001-02	08/12/2020
ENDEREÇO	BAIRRO / DISTRITO	CEP		DATA DA ENTRADA/SAÍDA
AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303	JARDIM ARIANO	16400-400		08/12/2020
MUNICÍPIO	FONE / FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DE SAÍDA
LINS	1836591243	SP		

FATURA/DUPLICATA

FATURA/DUPLIC	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC	VENCIMENTO	VALOR
1377751/1	12/01/2021	2.408,52						

CALCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUTO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
2.408,52	433,53	0,00	0,00	2.408,52

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	VALOR DO DESCONTO	OUTRAS DESPESAS	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2.408,52

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

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

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

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
4,00	VOLUME(S)		0,00051	20,304	20,304

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / SH	CST	CFOP	UN	QUANT.	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL	B.CALC ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALIQUOTAS ICMS	ALIQUOTAS IPI
028489	LUVA DE PROCEDIMENTO TAMANHO M (MEDIX) L: SRH10 4/20MM Q: 3.000,0000 F: 30/08/20 V: 30/08/2025	40151900	200	5102	PC	3.000,00	0,72	2.160,00	2.160,00	388,79	0,00	18,00	0,00
030366	TIRAS REAGENTES N/INDIV (MEDLEVENSOHN) L: 1290659 Q: 300,0000 F: 08/05/20 V: 27/05/2022	38220090	700	5102	TI	300,00	0,522	156,60	156,60	28,19	0,00	18,00	0,00
031047	TOUCA SANFONADA (DESCARTEE) L: 2004-DC Q: 600,00 00 F: 30/05/20 V: 30/05/2025	63079010	000	5102	PC	600,00	0,1532	91,92	91,92	16,55	0,00	18,00	0,00

CALCULO DO ISSQN

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

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

LOCAL DE ENTREGA: 46374500001247-AV DR RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Municipio: MIRANDOPOLIS CEP: 16800000 UF: SP Pais: BRASIL PREZADO CLIENTE, FAVOR CONFERIR NO ATO DA ENTREGA - NAO ACEITAREMOS RECLAMACOES APOS 48hs DO RECEBIMENTO DATA ENTREGA: 09/12/2020 Pedido: 1788561 Autorizacao de Compra/Pedido Cliente): 1788561 *** O pagamento devera ser realizado atraves do boleto anexo a nota fiscal, caso nao receba entre em contato atraves do e-mail boletos@rioclarense.com.br ou no telefone (19)3522-5800, Setor de Cobranca Privado. AEF: 104397-7 ** AE: 122375-2 ** ASS: 1302/16 Validade: 23/01/2021 MODAL: RODOVIARIO / TIPO ENTREGA: EXPRESSA LOCAL DE ENTREGA: Endereço: AV DR RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Municipio: MIRANDOPOLIS CEP: 16800000 UF: SP Pais: BRASIL(Codigo Interno Emitente: 4768 Nome Fantasia: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL) LOCAL DE ENTREGA: AV DR RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Municipio: MIRANDOPOLIS UF: SP Pais: BRASIL

RESERVADO AO FISCO

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

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

29/01/2021 - BANCO DO BRASIL - 14:48:15
679006790 0004

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

BANCO DO BRASIL

00190000090171153600100869108175684980000203324
BENEFICIARIO:
COMERCIAL C RIOCLARENSE LTDA
NOME FANTASIA:
COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTD
CNPJ: 67.729.178/0004-91
PAGADOR:
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE D
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	11.105
NOSSO NUMERO	17115360000869108
CONVENIO	01711536
DATA DE VENCIMENTO	12/01/2021
DATA DO PAGAMENTO	11/01/2021
VALOR DO DOCUMENTO	2.033,24
VALOR COBRADO	2.033,24

NR.AUTENTICACAO B.A40.A64.7AA.395.241

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

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

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

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

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

Identificação do emitente

Rioclarense

COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA
RUA MILTO MARCONATO 1000 - NUCLEO RESIDENCIAL DOUTOR JOAO ALDO NASSIF - PAULICEIA/SP
CEP: 13506-074 - (19)3522-5800

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA [1]

Nº. 1377752 FL 1 / 1
SÉRIE 1

CHAVE DE ACESSO
3520 1267 7291 7800 0491 5500 1001 3777 5213 2016 0370

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO		PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
VENDA DENTRO ESTADO		135201152951750 08/12/2020 14:39:23
INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCR. EST. SUBS. TRIBUTÁRIO	CNPJ
395060142110		67.729.178/0004-91

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL			CNPJ / CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL			45.349.461/0001-02	08/12/2020
ENDEREÇO	BAIRRO / DISTRITO	CEP		DATA DA ENTRADA/SAÍDA
AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303	JARDIM ARIANO	16400-400		08/12/2020
MUNICÍPIO	FONE / FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DE SAÍDA
LINS	1836591243	SP		

FATURA/DUPLICATA

FATURA/DUPLIC	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC	VENCIMENTO	VALOR
1377752/1	12/01/2021	2.033,24						

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUTO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
2.033,24	256,63	0,00	0,00	2.033,24

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	VALOR DO DESCONTO	OUTRAS DESPESAS	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2.033,24

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

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

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

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
1,00	VOLUME(S)		0,00014	5,182	5,182

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / SH	CST	CFOP	UN	QUANT	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	B CALC ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALIQUOTAS ICMS	ALIQUOTAS IPI
019304	PIPERACILINA 4,0G + TAZOBACTAM 0,5G (NOVAFAR/FRESEN) (ITEM GENERICO) L: 78PI3632 Q 75,0000 F: 10/09/20 V: 10/09/2022	30041019	000	5102	FA	75,00	19,60	1.470,00	1.470,00	176,40	0,00	12,00	0,00
011885	CLINDAMICINA 600MG FOSFATO (HIPOLABOR) (ITEM GENERICO) L: AA-043/20 Q: 100,0000 F: 26/06/20 V: 31/05/2022, nFCI: BD7A77BA-119F-4AFD-9E2E-98FD0205AF16	30032099	500	5102	AP	100,60	3,5244	352,44	352,44	42,29	0,00	12,00	0,00
030539	ENOXAPARINA SODICA 20MG/0,2ML (MYLAN) L: JA917 Q 20,0000 F: 30/04/19 V: 30/03/2021	30049099	200	5102	SE	20,00	10,54	210,80	210,80	37,94	0,00	18,00	0,00

CÁLCULO DO ISSQN

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

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

LOCAL DE ENTREGA: 46374500001247-AV DR RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Municipio: MIRANDOPOLIS CEP: 16800000 UF: SP Pais: BRASIL PREZADO CLIENTE, FAVOR CONFERIR NO ATO DA ENTREGA - NAO ACEITAREMOS RECLAMACOES APOS 48hs DO RECEBIMENTO DATA ENTREGA: 09/12/2020 Pedido: 1788564 Autorizacao de Compra(Pedido Cliente): 1788564 *** O pagamento devera ser realizado atraves do boleto anexo a nota fiscal, caso nao receba entre em contato atraves do e-mail boletos@rioclarense.com.br ou no telefone (19)3522-5800. Setor de Cobranca Privado AFE: 1.04397-7 ** AE: 1.22375-2 ** ASS: 1302/16 Validade: 23/01/2021 MODAL: RODOVIARIO / TIPO ENTREGA: EXPRESSA LOCAL DE ENTREGA Endereço: AV DR RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Municipio: MIRANDOPOLIS CEP: 16800000 UF: SP Pais: BRASIL(Código Interno Emitente: 4768 Nome Fantasia: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL) LOCAL DE ENTREGA: AV DR RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Municipio: MIRANDOPOLIS UF: SP Pais: BRASIL

RESERVADO AO FISCO

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

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

___/___/___

_____

29/01/2021 - BANCO DO BRASIL - 14:48:15
679006790 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

03399484570130000099701105001042484980000196040
BENEFICIARIO:
BANCO SOFISA S/A
NOME FANTASIA:
BANCO SOFISA S/A
CNPJ: 60.889.128/0001-80
BENEFICIARIO FINAL:
SUPERMED COMERCIO E IMPORTACAO DE
CNPJ: 11.206.099/0001-07
PAGADOR:
ASSOC. HOSP. BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	11.106
DATA DE VENCIMENTO	12/01/2021
DATA DO PAGAMENTO	11/01/2021
VALOR DO DOCUMENTO	1.960,40
VALOR COBRADO	1.960,40

NR.AUTENTICACAO 1.098.8DE.60B.114.5E2

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

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

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

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

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

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

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

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA [1]

Nº 486938
SERIE 1
FOLHA 1/1

CHAVE DE ACESSO
3120 1211 2060 9900 0107 5500 1000 4869 3810 0064 3019

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO
Venda a nao contribuinte

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO
131203946085926 08/12/2020 18:43:59

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO	CNPJ
001.771.1480296	813.020.011.119	11.206.099/0001-07

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL	CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOC. HOSP. BENEFICENTE DO BRASIL (3467)	45.349.461/0001-02	08/12/2020

ENDEREÇO	BAIRRO/DISTRITO	CEP	DATA ENTRADA/SAÍDA
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03	JARDIM ARIANO	16400-400	08/12/2020

MUNICÍPIO	FONE/FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DA SAÍDA
LINS	1435325198	SP		

FATURA / DUPLICATA

001 12/01/2021 1.960,40

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
1.960,40	78,42	0,00	0,00	1.960,40

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00		0,00	0,00	1.960,40

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
ATIVA DISTRIBUICAO E LOGISTICA LTDA	0 - DO EMITENTE				01125797000540

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
AVENIDA PREFEITO OLAVO GOMES DE OLIVEIRA, 6730	POUSO ALEGRE	MG	5250929840006

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
1	CAIXA			7,76	7,76

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UND	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL. ICMS	AL.IPI
22297	LUVA P/PROC.N.EST.NITRI.S/PO G C/2-0-DESCARPACK LT SNFHAA019L (1)08/23 (Fornecedor: 918, Lote: SNFHAA019L, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/09/2020, Data Val: 31/08/-2023)	40151900	200	6108	CX	1	1.960,4000	1.960,40	1.960,40	78,42		4,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

UTI MIRANDOPOLIS - CONVENIO 0107/2017#R46 B5
ITEM 1 Aliquota para produtos importados (Resol ucao 13/2012 do Senado Federal.
Emenda Constitucional 87 de 2015:
Valor da partilha para UF de Destino: R$ 274,46
Pedido: 454607
End. Entrega: AV.DR.RAUL DA CUNHA BUENO,585 , MIRANDOPOLIS - 16800-000,
MIRANDOPOLIS-SP - Horario : COMERCIAL
Empresa Enquadrada como Dist. Hospitalar nos termos do Inc. XVII do art. 222 do RICMS/MG
Setor de Cobranca: (11)4934-1669 / 4934-1673 / 4934-1671
QUALQUER INCONFORMIDADE NA ENTREGA, ENTRE IMEDIATAMENTE EM CONTATO COM NOSSO PÓS-VENDAS NO NUMERO (11) 4934-1703
Nota.....: 6 Cubagem: 0,03

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 09 / 12 / 20
ASS.

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

29/01/2021 - BANCO DO BRASIL - 14:48:15
679006790 0002

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

03399484570130000099701104201049184980000090729
BENEFICIARIO:
BANCO SOFISA S/A
NOME FANTASIA:
BANCO SOFISA S/A
CNPJ: 60.889.128/0001-80
BENEFICIARIO FINAL:
SUPERMED COMERCIO E IMPORTACAO DE
CNPJ: 11.206.099/0001-07
PAGADOR:
ASSOC. HOSP. BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	11.107
DATA DE VENCIMENTO	12/01/2021
DATA DO PAGAMENTO	11/01/2021
VALOR DO DOCUMENTO	907,29
VALOR COBRADO	907,29

NR.AUTENTICACAO 0.3D3.424.AB2.672.4FD

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

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

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

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

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

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

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

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAÍDA [1]

Nº 486937
SERIE 1
FOLHA 1/2

CHAVE DE ACESSO
3120 1211 2060 9900 0107 5500 1000 4869 3710 0116 9232

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO	PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO
Venda a nao contribuinte	131203946085924 08/12/2020 18:43:58

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO	CNPJ
001.771.1480296	813.020.011.119	11.206.099/0001-07

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL	CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOC HOSP BENEFICENTE DO BRASIL (3467)	45.349.461/0001-02	08/12/2020

ENDEREÇO	BAIRRO/DISTRITO	CEP	DATA ENTRADA/SAÍDA
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03	JARDIM ARIANO	16400-400	

MUNICÍPIO	FONE/FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DA SAÍDA
LINS	1435325198	SP		

FATURA / DUPLICATA

001 12/01/2021 907.29

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
907,29	58,31	0,00	0,00	879,29

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
28,00	0,00		0,00	0,00	907,29

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
ATIVA DISTRIBUICAO E LOGISTICA LTDA	0 - DO EMITENTE				01125797000540

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
AVENIDA PREFEITO OLAVO GOMES DE OLIVEIRA, 6730	POUSO ALEGRE	MG	5250929840006

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
5	CAIXA			9,81	9,81

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UND	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL. ICMS	AL.IPI
29555	WOSULIN NPH 100UI/ML FAM 10ML-BIOMM 2 A 8 LT DV10029 (1)11/21 (Fornecedor: 2946, Lote: DV10029, Qtde: 1 ,Data Fab: 28/12/2019, Data Val: 30/11/2021)	30043100	200	6108	FR	1	17,8900	17,89	17,89	0,72		4,00	
29556	WOSULIN REG.100UI/ML FAM 10ML-BIOMM 2 A 8 LT DV10050 (1)12/21 (Fornecedor: 2946, Lote: DV10050, Qtde: 1 ,Data Fab: 30/01/2020, Data Val: 31/12/2021)	30043100	200	6108	FR	1	17,8900	17,89	17,89	0,72		4,00	
13021	HEPAMAX-S 5.000UI/ML 25FAM 5ML-BLAU LT 20-090827 (1)09/22 (Fornecedor: 47, Lote: 20-090827, Qtde: 1 ,Data Fab: 09/09/2020, Data Val: 09/09/2022)	30049099	300	6108	CX	1	559,8700	559,87	559,87	22,39		4,00	
12091	DIPIRONA (DIPIFARMA)1GR 100AMP 2ML-FARMACE LT DP20F294 (1)06/22 (Fornecedor: 2385, Lote: DP20F294, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/07/2020, Data Val: 30/06/2022)	30039099	000	6108	CX	1	58,4200	58,42	65,04	7,80		12,00	
8532	AGUA P.INJECAO 200AMP 10ML PL-SANTEC LT HHC2 (2)05/22 (Fornecedor: 15842, Lote: HHC2, Qtde: 2 ,Data Fab: 01/06/2020, Data Val: 31/05/2022)	30049099	000	6108	CX	2	54,4450	108,89	121,22	14,55		12,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

UTI MIRANDOPOLIS 0107/2017#R47 B1
ITENS 1 a 3.9 Aliquota para produtos Importados (Resolucao 13/2012 do Senado Federal.
Emenda Constitucional 87 de 2015:
Valor da partilha para UF de Destino: R$ 100,98
Pedido: 454609
End. Entrega: AV.DR.RAUL DA CUNHA BUENO,585 , MIRANDOPOLIS - 16800-000, MIRANDOPOLIS-SP - Horario : COMERCIAL
Empresa Enquadrada como Dist. Hospitalar nos termos do Inc. XVII do art. 222 do RICMS/MG
Setor de Cobranca: (11)4934-1669 / 4934-1673 / 4934-1671
QUALQUER INCONFORMIDADE NA ENTREGA, ENTRE IMEDIATAMENTE EM CONTATO COM NOSSO PÓS-VENDAS NO NÚMERO (11) 4934-1703
Rota.....: 6 Cubagem: 0,02

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 09 / 12 / 20
ASS. Isadora

PERECÍVEL
URGENTE

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

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

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

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA [1]

Nº 486937
SERIE 1
FOLHA 2/2

CHAVE DE ACESSO
3120 1211 2060 9900 0107 5500 1000 4869 3710 0116 9232

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO
Venda a nao contribuinte

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO
131203946085924 08/12/2020 18:43:58

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO	CNPJ
001.771.1480296	813.020.011.119	11.206.099/0001-07

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UND	QUANT	V.UNIT	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL ICMS	AL IPI
11557	CLOR.DE SODIO 20% 200AMP 10ML PL-SAMTEC LT WFP1 (1)04/22 (Fornecedor: 15842, Lote: WFP1, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/05/2020, Data Val: 30/04/2022)	30049099	000	6108	CX	1	55.1600	55.16	61,41	7,37		12,00	
24930	SINVASTATINA 40MG 30CP GEN-CIMED LT 20194-72 (1)09/22 (Fornecedor: 1666, Lote: 2019-472, Qtde: 1 ,Data Fab: 04/09/2020, Data Val: 04/09/2022)	30039069	000	6108	CX	1	4.8200	4,82	5,37	0,64		12,00	
19740	ALIVIUM GOTAS 100MG/ML 20ML-BRAINFARMA LT B19E2630 (5)07/21 (Fornecedor: 1113, Lote: B19E2630, Qtde: 5 ,Data Fab: 01/07/2019, Data Val: 30/07/2021)	30049099	000	6108	FR	5	3.9900	19,95	22,20	2,66		12,00	
4051	SLOW-K 600MG 20DRG-GSK LT JX9016 (4)05/21 (Fornecedor: 2318, Lote: JX9016, Qtde: 4 ,Data Fab: 01/06/2019, Data Val: 31/05/20-21)	30049099	200	6108	CX	4	9.1000	36,40	36,40	1,46		4,00	

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

29/01/2021 - BANCO DO BRASIL - 14:48:15
679006790 0006

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

03399484570130000099701099201046184980000106904
BENEFICIARIO:
BANCO SOFISA S/A
NOME FANTASIA:
BANCO SOFISA S/A
CNPJ: 60.889.128/0001-80
BENEFICIARIO FINAL:
SUPERMED COMERCIO E IMPORTACAO DE
CNPJ: 11.206.099/0001-07
PAGADOR:
ASSOC. HOSP. BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	11.108
DATA DE VENCIMENTO	12/01/2021
DATA DO PAGAMENTO	11/01/2021
VALOR DO DOCUMENTO	1.069,04
VALOR COBRADO	1.069,04

NR.AUTENTICACAO 1.CB4.4F3.81C.7A0.21E

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

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

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

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

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

RECEBEMOS DE (SUPERMED COM. E IMP. DE PROD. MED. E HOSPIT. LTDA) OS PRODUTOS OU SERVIÇOS DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO

DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

NF-e
Nº 148996
SÉRIE 1

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA [1]

Nº 148996
SERIE 1
FOLHA 1/2

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

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

CHAVE DE ACESSO
3520 1211 2060 9900 0441 5500 1000 1489 9610 0122 5558

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO	PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO
Venda de Merc.Adq.de Terc./Venda de Merc.Adq.de Terc.ST	135201154508741 08/12/2020 19:45:22

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO	CNPJ
188.070.970.117		11.206.099/0004-41

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL	CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOC. HOSP. BENEFICENTE DO BRASIL (3467)	45.349.461/0001-02	08/12/2020

ENDEREÇO	BAIRRO/DISTRITO	CEP	DATA ENTRADA/SAÍDA
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03	JARDIM ARIANO	16400-400	09 DEZ 2020

MUNICÍPIO	FONE/FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DA SAÍDA
LINS	1435325198	SP		

FATURA / DUPLICATA

001 12/01/2021 1.069,04

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
1.038,38	179,07	0,00	0,00	1.069,04

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00		0,00	0,00	1.069,04

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
ATIVA DISTRIBUICAO E LOGISTICA LTDA	0 - DO EMITENTE				011257970000701

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

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
5	CAIXA			11,35	11,35

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UND	QUANT.	V.UNIT	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL. ICMS	AL.IPI
13539	FOSF.SOD.MONOB+DIBAS(PROSFOENEMA) CX C/12 FR 130ML-CRISTALIA LT 19050162 (1) 05/2022 (Fornecedor: 566, Lote: 19050162, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/05/2019, Data Val: 31/05/2022)	30049099	000	5102	CX	1	62,8600	62,86	62,86	11,31		18,00	
28907	CL.POTAS.19,1% 20OAMP 10ML PL-FARMARIN LT 1050/20 (1) 05/2022 (Fornecedor: 6434, Lote: 1050/20, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/05/2020, Data Val: 31/05/2022)	30049099	000	5102	CX	1	61,7400	61,74	61,74	11,11		18,00	
28639	HEPARINOX SD 40MG 10 SERINGAS IV/SC-CRIS LT A12706C (2) 05/2021 (Fornecedor: 727, Lote: A12706C, Qtde: 2 ,Data Fab: 01/06/2019, Data Val: 31/05/2021)	30049099	200	5102	CX	2	193,5950	387,19	387,19	69,69		18,00	
19069	HIDROCORTISONA 100MG 50FAM GEN-BLAU LT 20100555 (1) 09/2022 (Fornecedor: 47, Lote: 20100555, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/09/2020, Data Val: 30/09/2022)	30043210	500	5102	CX	1	130,5900	130,59	130,59	15,67		12,00	
2682	AMPLOSPEC IV 1G 50FAM-BIOCHIMICO LT 009103 (1) 09/2023 (Fornecedor: 15111, Lote: 009-103, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/10/2020, Data Val: 30/09/2023)	30042059	500	5102	CX	1	396,0000	396,00	396,00	71,29		18,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

#R2VTR|2V4|[UTI MIRANDOPOLIS - CONVENIO 0107/2017
ITEM 6 Imposto Recolhido por Substituicao Tributaria
ITEM 6 ICMS-ST retido por operação anterior base: 30,13 valor: 7,56
Pedido: 148873
End. Entrega: AV.DR.RAUL DA CUNHA BUENO,585 , MIRANDOPOLIS - 16800-000, MIRANDOPOLIS-SP - Horario : COMERCIAL
Empresa credenciada no Regime Especial de Distribuidor Hospitalar 036035/2018 nos termos da Portaria CAT 116/2017
Setor de Cobranca: (11)4934-1669 / 4934-1673 / 4934-1671
QUAISQUER INCONFORMIDADE NA ENTREGA, ENTRE IMEDIATAMENTE EM CONTATO COM NOSSO PÓS-VENDAS NO NÚMERO (11) 4954-1703
Rota.....: 2 Cubagem: 0,03

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 11 / 12 / 2020
ASS. Isadora M. de O. Santos

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

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

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

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

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA [1]

Nº 148996
SERIE 1
FOLHA 2/2

CHAVE DE ACESSO
3520 1211 2060 9900 0441 5500 1000 1489 9610 0122 5558

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

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

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO
135201154508741 08/12/2020 19:45:22

INSCRIÇÃO ESTADUAL
188.070.970.117

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO

CNPJ
11.206.099/0004-41

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UND.	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL. ICMS	AL.IPI
27773	CHLORCLEAR TOPICA AQUOSA 100ML C/2-4-VICP LT C9293 (1) 09/2022 (Fornecedor: 7744, Lote: C9293, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/09/2020, Data Val: 30/09/2022)	34029019	060	5405	CX	1	30,6600	30,66					

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

29/01/2021 - BANCO DO BRASIL - 14:48:15
679006790 0008

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

03399484570130000099701101801049684980000197182
BENEFICIARIO:
BANCO SOFISA S/A
NOME FANTASIA:
BANCO SOFISA S/A
CNPJ: 60.889.128/0001-80
BENEFICIARIO FINAL:
SUPERMED COMERCIO E IMPORTACAO DE
CNPJ: 11.206.099/0001-07
PAGADOR:
ASSOC. HOSP. BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	11.109
DATA DE VENCIMENTO	12/01/2021
DATA DO PAGAMENTO	11/01/2021
VALOR DO DOCUMENTO	1.971,82
VALOR COBRADO	1.971,82
NR.AUTENTICACAO	9.25A.D93.9D3.900.F16

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

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

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

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

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

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

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

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA [1]

Nº 149065
SERIE 1
FOLHA 1/3

CHAVE DE ACESSO
3520 1211 2060 9900 0441 5500 1000 1490 6510 0063 1241

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO
Venda de Merc Adq.de Terc.

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO
135201154833438 08/12/2020 21:26:55

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO	CNPJ
188.070.970.117		11.206.099/0004-41

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL		CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOC. HOSP. BENEFICENTE DO BRASIL (3467)		45.349.461/0001-02	08/12/2020
ENDEREÇO	**BAIRRO/DISTRITO**	**CEP**	**DATA ENTRADA/SAÍDA**
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03	JARDIM ARIANO	16400-400	09 DEZ. 2020
MUNICÍPIO	**FONE/FAX**	**UF** / **INSCRIÇÃO ESTADUAL**	**HORA DA SAÍDA**
LINS	1435325198	SP	

FATURA / DUPLICATA

001 12/01/2021 1.971,82

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
1.941,87	320,29	0,00	0,00	1.971,82

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00		0,00	0,00	1.971,82

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
ATIVA DISTRIBUICAO E LOGISTICA LTDA	0 - DO EMITENTE				01125797000701
ENDEREÇO	**MUNICÍPIO**			**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**
RUA SALVADOR RODRIGUES PRADO, 200	SAO PAULO			SP	149529966118

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
11	CAIXA			33,34	33,34

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UND.	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL. ICMS	AL.IPI
24435	AG.DESC.25 X 07 C/100-SR LT 1914N4 (2) 05/2025 (Fornecedor: 7737, Lote: 1914N4, Qtde: 2 ,Data Fab: 01/05/2020, Data Val: 31/05/2025)	90183219	400	5102	CX	2	7,4350	14,87	14,87	1,78		12,00	
21899	AG.DESC.40 X 12 C/100-SR LT 4403N4 (2) 10/2025 \ LT 4414N4 (3) 10/2025 (Fornecedor: 7737, Lote: 4403N4, Qtde: 2 ,Data Fab: 01/10/2020, Data Val: 31/10/2025 / Fornecedor: 7737, Lote: 4414N4, Qtde: 3 ,Data Fab: 01/10/2020, Data Val: 31/10/2025)	90183219	400	5102	CX	5	8,4860	42,33	42,33	5,08		12,00	
24049	EQ.MAC.FL.IL.F/A+P 1,5MT C/25-VEMA0-6-TKL LT HGEMA06-200608 (2) 06/2025 (Fornecedor: 2598, Lote: HGEMA06-200608, Qtde: 2 ,Data Fab: 01/06/2020, Data Val: 30/06/2025)	90189010	200	5102	CX	2	23,9200	47,84	47,84	8,61		18,00	
29285	SONDA FOLEY 2V N.16 05CC C/1-0-DESCARPACK LT SSFAAA0001 (1) 04/2025 (Fornecedor: 918, Lote: SSFAAA0001, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/05/2020, Data Val: 30/04/-2025)	90183921	700	5102	PCT	1	27,1200	27,12	27,12	4,88		18,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

#R3V4R12V7# UTI MIRANDOPOLIS - CONVENIO 0107/2017
ITEM 13 Produto Isento de ICMS Conf.Conv.01/99.
Pedido: 148875
End. Entrega: AV.DR.RAUL DA CUNHA BUENO,505 , MIRANDOPOLIS - 16800-000,
MIRANDOPOLIS-SP - Horario : COMERCIAL
Empresa credenciada no Regime Especial de Distribuidor Hospitalar 036035/2018 nos termos da Portaria CAT 116/2017
Setor de Cobranca: (11)4934-1669 / 4934-1673 / 4934-1671
QUAQUER INCONFORMIDADE NA ENTREGA, ENTRE IMEDIATAMENTE EM CONTATO COM NOSSO PÓS-VENDAS NO NÚMERO (11) 4934-1703
Rota....: 2 Cubagem: 0,33

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 11 / 12 / 2020
ASS. Isabela M. de C. Santos

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

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

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

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

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA [1]

Nº 149065
SERIE 1
FOLHA 2/3

CHAVE DE ACESSO
3520 1211 2060 9900 0441 5500 1000 1490 6510 0063 1241

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO
Venda de Merc.Adq de Terc.

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO
135201154833438 08/12/2020 21:26:55

INSCRIÇÃO ESTADUAL
188.070.970.117

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO

CNPJ
11.206.099/0004-41

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UND	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL. ICMS	AL.IPI
26568	LANCETA DE SEGURANCA 28G C/100-DESCARPACK LT SLAKAA011C (4) 05/2025 (Fornecedor: 918, Lote: SLAKAA011C, Qtde: 4 ,Data Fab: 01/06/2020, Data Val: 31/05/2025)	90183999	200	5102	CX	4	18,7200	74,88	74,88	13,48		18,00	
21429	NYLON PRETO 2/0 45CM 3/8 CIRCULO TRIANGULAR 20MM C/24-PROCARE LT 41319101 (1) 10/2024 (Fornecedor: 2080, Lote: 41319101, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/10/2019, Data Val: 30/10/2024)	30061090	200	5102	CX	1	33,7800	33,78	33,78	6,08		18,00	
26110	ELETRODO AD. C/ESP.C/GEL C/5-0-DESCARPACK LT SECDAA0017 (14) 12/2022 (Fornecedor: 918, Lote: SECDAA0017, Qtde: 14 ,Data Fab: 01/02/2020, Data Val: 31/12/2022)	90181100	200	5102	PCT	14	14,4043	201,66	201,66	36,30		18,00	
25803	FITA MICROPORE 25MMX10MT C/6-MISSNER LT OAM24701 (2) 10/2022 (Fornecedor: 187, Lote: OAM24701, Qtde: 2 ,Data Fab: 01/10/2020, Data Val: 31/10/2022)	30051090	500	5102	PCT	2	16,0950	32,19	32,19	5,79		18,00	
29603	MASCARA TRIPLA C/CLIPS ELAST.C/50-LUVIX LT MASC004 (4) 05/2025 (Fornecedor: 2616, Lote: MASC004, Qtde: 4 ,Data Fab: 01/05/2020, Data Val: 31/05/2025)	63079010	000	5102	CX	4	24,9600	99,84	99,84	17,97		18,00	
29067	C.G.7,5 X 7,5 13F EST C/10 CX 400-NOBRE LT 04/2020 (1) 04/2023 (Fornecedor: 1887, Lote: 04/2020, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/04/2020, Data Val: 30/04/2023)	30059090	000	5102	CX	1	203,4200	203,42	203,42	36,62		18,00	
13142	AVENTAL DESC.ESPECIAL ML BR.C/PUNHO C/1-0-DESCARPACK LT SAEHAA0001 (20) 06/2025 (Fornecedor: 918, Lote: SAEHAA0001, Qtde: 20 ,Data Fab: 01/07/2020, Data Val: 30/06/2025)	62101000	200	5102	PCT	20	30,6800	613,60	613,60	110,45		18,00	
3617	ALGODAO ORT.15CM X 1MT INDIV.DZ-ORTOBOM LT 265 (3) 11/2025 (Fornecedor: 259, Lote: 265, Qtde: 3 ,Data Fab: 01/11/2020, Data Val: 30/11/2025)	30059090	000	5102	DZ	3	6,9300	20,79	20,79	3,74		18,00	
22094	COLETOR SECRECAO BRONQUINHO 120ML-BIOTEC LT 20/A01285 (5) 04/2022 (Fornecedor: 771-0, Lote: 20/A01285, Qtde: 5 ,Data Fab: 01/04/2020, Data Val: 30/04/2022)	90183929	040	5102	UND	5	5,9900	29,95					
29004	EQ.DIETA ENT.FLEX.S/FILT.SLIP C/25-DESCARPACK LT SEEAAA0027 (1) 04/2025 (Fornecedor: 918, Lote: SEEAAA0027, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/05/2020, Data Val: 30/04/2025)	90189099	200	5102	CX	1	27,0400	27,04	27,04	4,87		18,00	
13775	SERINGA DESC.10ML SLIP C/250-SR LT H623 (2) 08/2025 (Fornecedor: 1156, Lote: H623, Qtde: 2 ,Data Fab: 01/08/2020, Data Val: 31/08/2025)	90183119	200	5102	CX	2	69,2750	138,55	138,55	16,63		12,00	
6826	ABAIXADOR LINGUA MADEIRA C/100-THEOTO LT 040 (1) 05/2025 (Fornecedor: 261, Lote: 040, Qtde: 1 ,Data Fab: 05/05/2020, Data Val: 05/05/2025)	44219900	000	5102	PCT	1	3,0200	3,02	3,02	0,54		18,00	
28389	COL.UR.2000 ML SY C/ VALV C/05 ESPECIAL-DESCARPACK LT SBSAAA0007 (1) 03/2025 (Fornecedor: 918, Lote: SBSAAA0007, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/04/2020, Data Val: 31/03/2025)	39269030	700	5102	CX	1	16,4300	16,43	16,43	2,96		18,00	
15182	SERINGA DESC.20ML SLIP BL C/250-SR LT H603 (2) 08/2025 (Fornecedor: 1156, Lote: H603, Qtde: 2 ,Data Fab: 01/08/2020, Data Val: 31/08/2025)	90183119	200	5102	CX	2	109,2000	218,40	218,40	26,21		12,00	
15181	SERINGA DESC.01ML LS C/500 INSULINA-SR LT H428 (1) 06/2025 (Fornecedor: 1156, Lote: H428, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/06/2020, Data Val: 30/06/2025)	90183111	200	5102	CX	1	73,2800	73,28	73,28	8,79		12,00	

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

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

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

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA [1]

Nº 149065
SERIE 1
FOLHA 3/3

CHAVE DE ACESSO
3520 1211 2060 9900 0441 5500 1000 1490 6510 0063 1241

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

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

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO
135201154833438 08/12/2020 21:26:55

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO	CNPJ
188.070.970.117		11.206.099/0004-41

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UND	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL. ICMS	AL.IPI
21840	INFUSOR MÚLT. 2V C/CLAMP PGC C/4-0-DESCARP LT SEUUAA0018 (2) 09/2024 (Fornecedor: 918, Lote: SEUUAA0018, Qtde: 2 ,Data Fab: 01/10/2019, Data Val: 30/09/-2024)	90189010	200	5102	PCT	2	26,4150	52,83	52,83	9,51		18,00	

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

29/01/2021 - BANCO DO BRASIL - 14:48:16
679006790 0004

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

==========

ITAU UNIBANCO S.A.

34191090080763310271512711770003185000000184960

BENEFICIARIO:
BELIVE COM DE PROD HOSP LTDA
NOME FANTASIA:
BELIVE COM DE PROD HOSP LTDA
CNPJ: 14.335.544/0001-19
BENEFICIARIO FINAL:
BELIVE COM DE PROD HOSP LTDA
CNPJ: 14.335.544/0001-19
PAGADOR:
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICE
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	11.401
DATA DE VENCIMENTO	14/01/2021
DATA DO PAGAMENTO	14/01/2021
VALOR DO DOCUMENTO	1.849,60
VALOR COBRADO	1.849,60

==========

NR.AUTENTICACAO D.A81.ACF.94F.9E9.C68

==========

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

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

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

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

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

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

BELIVE COMERCIO DE PRODUTOS HOSPITALARES LTDA

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

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

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA
1 - SAIDA [1]

Nº 70.423
SÉRIE: 0
FOLHA: 1/2

CONTROLE FISCO

CHAVE DE ACESSO
3520.1114.3355.4400.0119.5500.0000.0704.2310.1211.5350

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

DADOS DA NF-e
135201113421526 - 30/11/2020 11:22:05

NATUREZA DA OPERAÇÃO
5102 VENDA DE MER ADQ REC D TERC

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

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL			CNPJ	DATA EMISSÃO
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL			45.349.461/0001-02	30/11/2020
ENDEREÇO		**BAIRRO/DISTRITO**	**CEP**	**DATA DA SAÍDA**
AVENIDA JOSE ARIANO RODRIGUES, 620 SL 03		CENTRO	16370-000	30/11/2020
MUNICÍPIO	**FONE / FAX**	**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**	**HORA DA SAÍDA**
Lins	(014)3541-1544	SP		11:22:04

INFORMAÇÕES DO LOCAL DE ENTREGA

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

FATURA/DUPLICATAS

70423/1 - 14/01/21 - 1849,60

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS ST	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
1.849,60	221,95	0,00	0,00	1.849,60

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA	ALIQ. IPI
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1.849,60	

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA 0-EMITENTE 1-DESTINATÁRIO	CÓDIGO ANNT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
	0				

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
17	CAIXAS			237,1000	237,1000

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO PRODUTO NCM/SH	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	CST CFOP	UNID	QTDE	VALOR UNITÁRIO	VLR. DESC UNIT /PERC.	VALOR TOTAL	BASE CÁLC. ICMS	VALOR ICMS/ST. Cobrável	VALOR IPI	ALÍQ. ICMS	
2315 30049099	FISIOLOGICO 0,9% 100ML AZB1307B CX84BOLS BAXTER Lote PR313R8 - 30/01/2022 Qtde 6.00 Numero da FCI B603C4DE-D20F-4DA6-A9AC-AFDFC9452D2A / CEST 13.004.00	500 5102	CX	6,0000	138,6000	0,0000 0,0000 %	831,60	831,60	99,79 0,00	0,00	12,00	0,00
675 30049099	FISIOLOGICO 0,9% 250ML AZB1322C CX50BOLS BAXTER Lote PR314P6 - 14/08/2022 Qtde 1.00 Numero da FCI D5653472-98CB-446A-822A-53B11B48BC24 / CEST 13.004.00	500 5102	CX	1,0000	99,0000	0,0000 0,0000 %	99,00	99,00	11,88 0,00	0,00	12,00	0,00
692 30049099	FISIOLOGICO 0,9% 500ML AZB1323 CX30BOLS BAXTER Lote PR309S6 - 27/05/2022 Qtde 2.00 Numero da FCI EB8C6B3F-ED1C-493F-A639-F9F845E6D08D / CEST 13.004.00	500 5102	CX	2,0000	69,0000	0,0000 0,0000 %	138,00	138,00	16,56 0,00	0,00	12,00	0,00
704 30049099	FISIOLOGICO 0,9% 1000ML AZB1324 CX16BOLS BAXTER Lote PR313X4 - 04/08/2022 Qtde 4.00 Numero da FCI D2470C90-9FE5-4032-844B-B95540A6396F	500 5102	CX	4,0000	57,6000	0,0000 0,0000 %	230,40	230,40	27,65 0,00	0,00	12,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
UTI Mirandopolis - Convenio 0107/2017 -Dr. Raul da Cunha Bueno 585 Mirandopolis / "REGIME ESPECIAL 136/2012 - DISTRIBUIDORA HOSPITALAR PROCESSO - UA 31820-378893/2012" /

RESERVADO AO FISCO

ETO ANEXO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 01/12/20
ASS. Thais Correia da Silva
Enfermeira
COREN-SP 161919

OUROWEB® - WWW.OUROWEB.COM.BR

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

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

BELIVE COMERCIO DE PRODUTOS HOSPITALARES LTDA

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

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

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA [1]

Nº 70.423
SÉRIE: 0
FOLHA: 2/2

CONTROLE FISCO

CHAVE DE ACESSO
3520.1114.3355.4400.0119.5500.0000.0704.2310.1211.5350

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

DADOS DA NF-e
135201113421526 - 30/11/2020 11:22:05

NATUREZA DA OPERAÇÃO
5102 VENDA DE MER ADQ REC D TERC

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

2349 30049099	GLICOSE 5% 100ML AZB0087CX84BOLS BAXTER Lote: PR312W0 - 16/01/2022 Qtde: 3.00 Numero da FCI: EE3C201D-3BC4-46EC-AA17-7397A63E31A7	500 5102	CX	3,0000	163,8000	0,0000 0,0000 %	491,40	491,40	58,97 0,00	0,00	12,00	0,00
1089 30049099	GLICOSE 5% 1000ML AZB0064 CX16BOLS BAXTER Lote: PR313P7 - 28/01/2022 Qtde: 1.00 Numero da FCI: BB2C7443-F4C1-441F-A2B0-7A88B80F0961	500 5102	CX	1,0000	59,2000	0,0000 0,0000 %	59,20	59,20	7,10 0,00	0,00	12,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	RESERVADO AO FISCO
UTI Mirandopolis - Convenio 0107/2017 -Dr. Raul da Cunha Bueno 585. Mirandopolis / "REGIME ESPECIAL 136/2012 - DISTRIBUIDORA HOSPITALAR PROCESSO - UA 31820-378893/2012" /	

OUROWEB® - WWW.OUROWEB.COM.BR

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

29/01/2021 - BANCO DO BRASIL - 14:48:16
679006790 0004

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

BANCO DO BRASIL

00190616628276003359500002034312685000000109460
BENEFICIARIO:
DUPATRI H C I EXPORTACAO LTDA
NOME FANTASIA:
DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IMPORTA
CNPJ: 04.027.894/0001-64
PAGADOR:
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEF DO BRAS
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	11.402
NOSSO NUMERO	6166827600
CONVENIO	00000000
DATA DE VENCIMENTO	14/01/2021
DATA DO PAGAMENTO	14/01/2021
VALOR DO DOCUMENTO	1.094,60
VALOR COBRADO	1.094,60

NR.AUTENTICACAO B.387.355.2B6.6ED.8DB

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

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

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

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

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

DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IMPORTACAO E EXPORTACAO LTDA

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

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA
1

Nº 122547
SERIE 1
FOLHA 1/1

CHAVE DE ACESSO
3520 1104 0278 9400 0750 5500 1000 1225 4710 0093 5146

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO
VENDA MERC.ADQ. REC.TERCEIROS

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO
135201115957866 30/11/2020 16:58:43

INSCRIÇÃO ESTADUAL
671.392.680.115

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTARIO

CNPJ
04.027.894/0007-50

DESTINATÁRIO / REMETENTE

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

CNPJ/CPF
45.349.461/0001-02

DATA DA EMISSÃO
30/11/2020

ENDEREÇO
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303

BAIRRO/DISTRITO
JARDIM ARIANO

CEP
16400-400

DATA ENTRADA/SAIDA
30/11/2020

MUNICIPIO
LINS

FONE/FAX
1435325198

UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAIDA
16:55

FATURA / DUPLICATA

001 14/01/2021 1.094,60

CALCULO DO IMPOSTO

BASE DE CALCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CALCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
1.094,60	131,35	0,00	0,00	1.094,60

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00		0,00	0,00	1.094,60

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL
O EMITENTE (43)

FRETE POR CONTA
0 - DO EMITENTE

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ/CPF

ENDEREÇO
RUA SAO PAULO, 31

MUNICÍPIO
SANTOS

UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL
633565182110

QUANTIDADE
1

ESPÉCIE
CAIXAS

MARCA

NÚMERO

PESO BRUTO
2,00

PESO LÍQUIDO
2,00

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇOS	NCM/CH	CST	CFOP	UND	QUANT	V.UNIT	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL ICMS	AL IPI
26445	PIPER.TAZOB.4,5G C/25 GEN - NOVAFARMA (Lote: 78PH3261, Qtde: 2, Dt Val: 31/0-8/2022 ,Data Fab: 01/08/2020)	30041019	000	5102	CX	2	547,3000	1.094,60	1.094,60	131,35		12,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

RECLAMACOES DE MERCADORIAS COM NO MAXIMO DE 48HORAS APOS A ENTREGA
ENTREGAR DR RAUL DA CUNHA BUENO 585 JD SANTA ROSA MIRANOPOLIS SPUTI MIRANOPOLIS CONV 0107/2017 AC/ LAIS
ITEM 1 ALIQ.12% CF LEI GENERICOSSP 16005/2015
ITEM 1 ALIQUOTA ZERO PIS/COFINS,CF.ART.2 DA LEI 10.147/00
VALOR APROX. TRIBUTOS, R$ 131,35, Federal, R$ 0,00, Estadual, R$ 131,35
Pedido: 138549
Representante: REGIAO SJRP - (VITOR)

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 01/12/20
ASS. Thais Bonreto da Silva
Enfermeira
COREN-SP 161910

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

29/01/2021 - BANCO DO BRASIL - 14:48:16
679006790 0004

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

BANCO DO BRASIL

00190616881160183347500001526110385000000256875
BENEFICIARIO:
SAMTRONIC I COMERCIO LTDA
NOME FANTASIA:
SAMTRONIC INDUSTRIA E COMERCIO LIMI
CNPJ: 58.426.628/0001-33
PAGADOR:
ASSOCIACAO BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	11.403
NOSSO NUMERO	6168116018
CONVENIO	00000000
DATA DE VENCIMENTO	14/01/2021
DATA DO PAGAMENTO	14/01/2021
VALOR DO DOCUMENTO	2.568,75
VALOR COBRADO	2.568,75

NR.AUTENTICACAO 3.7E9.F8F.DF2.123.B4C

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

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

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

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

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

Samtronic Industria e Comercio Ltda

Rua Venda da Esperanca, 162
Socorro Cep:04763-040
Sao Paulo/SP
Fone: 5511224775l

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA
0-ENTRADA
1-SAIDA [1]

N. 000257438
SÉRIE 1
FOLHA 01/01

CHAVE DE ACESSO DA NF-E
3520 1258 4266 2800 0133 5500 1000 2574 3811 0021 3228

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO	PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
VENDA DE PRODUCAO DO ESTABELECIMENTO	135201184167593 15/12/2020 12:56:18-03:00

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

DESTINATARIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL	CNPJ/CPF	DATA DE EMISSÃO
ASSOCIACAO BENEFICENTE DO BRASIL	45.349.461/0001-02	15/12/2020

ENDEREÇO	BAIRRO/DISTRITO	CEP	DATA ENTRADA/SAÍDA
AV. JOSE ARIANO RODRIGUES,303, SALA 03	CENTRO	16400-400	

MUNICIPIO	FONE/FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA ENTRADA/SAÍDA
LINS	1435325198	SP		

FATURA

001	002
14/01/2021	13/02/2021
2.568,75	2.568,75

CALCULO DO IMPOSTO

BASE DE CALCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CALCULO DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	5.137,50

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	5.137,50

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
VELOXX TRANSPORTES LTDA	0-EMITENTE				14.990.752/0001-51

ENDEREÇO	MUNICIPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
RUA ALVARENGA PEIXOTO, 384	SAO PAULO	SP	146964519117

QUANTIDADE	ESPECIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LIQUIDO
6	CAIXA			15,621	13,221

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇO

COD. PROD	DESCRIÇÃO DO PROD./SERV.	NCM/SH	CST	CFOP	UN	QUANT.	V.UNITARIO	V.TOTAL	BC.ICMS	V.ICMS	V.IPI	A.ICMS	A.IPI
EE50/2300	EQUIPO GIRASET EG 0421 0000 ESTERILIZADO (CX 50UN) Lote(S) : SET09023365180B - Val Idade : 01/09/2023	90189099	040	5101	UN	250,0000	16,96000000	4.240,00	0,00	0,00	0,00	0,00%	0,00%
EE50/0700	EQUIPO GIRASET EG 0422 0000 ESTERILIZADO (CX 50UN) Lote(S) : 00T20900315:2200B - Val Idade : 01/10/2023	90189099	040	5101	UN	50,0000	17,95000000	897,50	0,00	0,00	0,00	0,00%	0,00%

CALCULO DO ISSQN

INSCRIÇÃO MUNICIPAL	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	BASE DE CÁLCULO DO ISSQN	VALOR DO ISSQN
94911827			

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Protocolo 135201184167593
PEDIDO 029835 ENTREGAR DR RAUL DA CUNHA BUENO 585, MIRANDOPOLIS/SP ADICIONAIS DA NOTA UTI MIRANDOPOLIS - CONVENIO 0107/2017 ALIQUOTA DO IPI REDUZIDO A 0 CONFORME DECRETO N 8950 DE 2016 MATERIAL HOSPITALAR CONJUNTO DESCARTAVEL DE CIRCULACAO ASSISTIDA EQUIPO E EXTENSORES ISENCAO DE ICMS CONFORME CONVENIO 133/2020 PRORROGADO O CONVENIO ICMS 01/99 ATE 31/03/2021 ALIQUOTA ZERO DE PIS E COFINS DE ACORDO COM DECRETO 6426/2008 LEI 10637/2002 ARTIGO 2 PARAGRAFO 3 LEI 10833/2003 Endereco de entrega : - *** Pedido de Venda: 467009 *** Cotacao Numero 4306 Valor Aproximado dos Tributos: R$ 1648,63 (32,09%)

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 17/12/2020
ASS.

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

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
29/01/2021 - AUTOATENDIMENTO - 14.48.16
6790306790 SEGUNDA VIA 0005
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE
TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL
CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL
AGENCIA: 6790-3 CONTA: 211-9
==========
FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : ASSOCIACAO H B DO BRASIL
BANCO: 077 - BANCO INTER S.A.
AGENCIA: 0001-9 - MATRIZ
CONTA: 5.493.384-6

FAVORECIDO: KATAOKA SERVICOS DE FISIOTERAPIA LT
CPF/CNPJ: 33.433.450/0001-27
VALOR: R$ 28.000,00
DEBITO EM: 15/01/2021
==========
DOCUMENTO: 011501
AUTENTICACAO SISBB: F.1CE.A4A.95E.1E8.229

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

Mira

Prefeitura do Município de Jahu

Prefeitura do Município de Jahu

Nota Fiscal Eletrônica de Serviços - NF-e

Número da Nota/Série
36/NFE
Data e Hora de Emissão
13/01/2021 17:26:30
Código de Verificação
D6920462B11F787E7ACE
Página 1 / 1

PRESTADOR ENQUADRADO NO REGIME DE ISS FIXO

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

Dados da Nota

TOMADOR

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

Local de Prestação de Serviço

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

Discriminação do Serviço

SERVIÇOS DE FISIOTERAPIA PRESTADOS NO MÊS DE DEZEMBRO/2020.

Dedução / Outras Informações

VALOR TOTAL DA NOTA = R$ 28.000,00

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

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

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

Outras Informações

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

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

/ /
Data Identificação do Recebedor

Dados que identificam a nota
Número da Nota 36/NFE
Emissão 13/01/2021 17:26:30
Código de verificação D6920462B11F787E7ACE

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

15/01
211

Smart Health Fisioterapia

UTI (ADULTO) MIRANDÓPOLIS - SP

ESCALA DEZEMBRO/2020

NOME	FISIOTERAPIA																													
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
FISIOTERAPEUTA/CREFITO	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q
Viviane L. Yokoyama/93439F	M	M	F	M	F	F	M	M	F	F	M	F	F	M	M	M	M	M	F	F	M	F	M	N	N	D3	D3	M	M	M	D3
Naira L. G. Felipe/19657F	F	F	D2	F	M	D1	F	F	D2	F	F	D2	F	D2	F	T	F	F	D1	M	F	D2	F	F	D1	F	F	D2	F	D2	F
Luis F. Betoni/242869F	F	D2	F	F	D2	N	F	D2	F	M	D2	F	N	F	F	N	F	D2	F	F	D2	F	F	D1	F	T	T	F	D2	F	T
Andréia Cabreira /223478-F	D2	F	M	D2	F	F	D2	F	M	D2	F	M	D1	F	D2	F	D2	F	N	D2	F	M	D2	F	F	F	F	F	F	F	F

F: FOLGA
M: 06h00min - 12h00min
T: 12h00min - 18h00min
N: 18h00min - 00h00min
D1: 06h00min - 18h00min
D2: 12h00min - 00h00min
D3: 06h - 12h / 18h - 00h

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

FICHA DE CONTROLE DE PLANTÕES

NOME: Andréia Cabreira

CREFITO: 223478 - F

MÊS/ANO: Dezembro

DATA	PERÍODO/HORAS	OBSERVAÇÕES (Ex: trocas, extra...)	ASSINATURA
01/12/20	12:00 às 00:00		
03/12/20	06:00 às 12:00		
04/12/20	12:00 às 00:00		
07/12/20	12:00 às 00:00		
09/12/20	06:00 às 12:00		
10/12/20	12:00 às 00:00		
12/12/20	06:00 às 12:00		
13/12/20	06:00 às 12:00		
15/12/20	12:00 às 00:00		
19/12/20	12:00 às 00:00	Troca com naira (12 às 18)	
20/12/20	12:00 às 00:00		
21/12/20	18:00 às 00:00	Troca com naira	
22/12/20	06:00 às 12:00		
23/12/20	06:00 às 18:00		

* Ex: Data: 20/05; Período: diurno/12 horas; OBS: troca com "João"; Assinatura.

FECHAMENTO DE PLANTÕES

TOTAL DE PLANTÕES DIURNO (6 HORAS): 14	TOTAL DE PLANTÕES NOTURNO (6 HORAS): 8
TOTAL DE PLANTÕES DIURNO (12 HORAS):	TOTAL DE PLANTÕES NOTURNO (12 HORAS):
OBSERVAÇÕES:	
ASSINATURA/ CARIMBO PROFISSIONAL Andréia Cabreira FISIOTERAPEUTA CREFITO 223478-F	CONFERIDO POR Viviane Lie Yokoyama Fisioterapeuta CREFITO 93439-F

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

FICHA DE CONTROLE DE PLANTÕES

NOME: Luis Fernando Betoni CREFITO: 242869-F

MÊS/ANO: Dezembro/2020

DATA	PERÍODO/HORAS	OBSERVAÇÕES (Ex: trocas, extra...)	ASSINATURA
08/12	12:00 - 18:00		
08/12	18:00 - 00:00		
10/12	06:00 - 12:00		
11/12	12:00 - 18:00		
11/12	18:00 - 00:00		
13/12	12:00 - 18:00	Substituição p/ Andréia	
13/12	18:00 - 00:00		
16/12	18:00 - 00:00		
18/12	12:00 - 18:00		
18/12	18:00 - 00:00		
22/12	12:00 - 18:00	Troca c/ Naira	
22/12	18:00 - 00:00	Troca c/ Naira	
24/12	06:00 - 12:00		
24/12	12:00 - 18:00		
26/12	12:00 - 18:00		
27/12	12:00 - 18:00		
29/12	12:00 - 18:00		
29/12	18:00 - 00:00		
31/12	12:00 - 18:00		

* Ex: Data: 20/05; Período: diurno/12 horas; OBS: troca com "João"; Assinatura.

FECHAMENTO DE PLANTÕES

TOTAL DE PLANTÕES DIURNO (6 HORAS): 12	TOTAL DE PLANTÕES NOTURNO (6 HORAS): 7
TOTAL DE PLANTÕES DIURNO (12 HORAS):	TOTAL DE PLANTÕES NOTURNO (12 HORAS):
OBSERVAÇÕES:	
ASSINATURA/ CARIMBO PROFISSIONAL Dr. Luis Fernando Betoni CREFITO-3 / 242869-F Fisioterapeuta	CONFERIDO POR Viviane Lia Yokoyama Fisioterapeuta CREFITO 61439-F

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

FICHA DE CONTROLE DE PLANTÕES

NOME: Naira Louise Guimarães Felipe CREFITO: 196575-F

MÊS/ANO:

DATA	PERÍODO/HORAS	OBSERVAÇÕES (Ex: trocas, extra...)	ASSINATURA
2/12/2020	12:00 às 00:00		
3/12/2020	12:00 às 00:00		
5/12/2020	6:00 às 18:00		
6/12/2020	6:00 às 18:00		
9/12/2020	12:00 às 00:00		
12/12/2020	12:00 às 00:00		
14/12/2020	12:00 às 00:00		
16/12/2020	12:00 às 18:00		
17/12/2020	12:00 às 18:00	Troca Andrio	
19/12/2020	06:00 às 12:00		
20/12/2020	06:00 às 12:00		
21/12/2020	12:00 às 18:00		
25/12/2020	6:00 às 12:00		
25/12/2020	12:00 às 18:00		
28/12/2020	6:00 às 18:00	Troca de plantão com Vinicius	
30/12/2020	12:00 às 00:00		

* Ex: Data: 20/05; Período: diurno/12 horas; OBS: troca com "João"; Assinatura.

FECHAMENTO DE PLANTÕES

TOTAL DE PLANTÕES DIURNO (6 HORAS): 19	TOTAL DE PLANTÕES NOTURNO (6 HORAS): 7
TOTAL DE PLANTÕES DIURNO (12 HORAS):	TOTAL DE PLANTÕES NOTURNO (12 HORAS):
OBSERVAÇÕES: 26 plantões	
ASSINATURA/ CARIMBO PROFISSIONAL: Naira Louise Guimarães Felipe 196575-F	CONFERIDO POR: Viviane Lie Yokoyama Fisioterapeuta CREFITO 93439-F

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

FICHA DE CONTROLE DE PLANTÕES

NOME: Viviane Lie Yokoyama CREFITO: 93439F

MÊS/ANO: Dezembro/2020

DATA	PERÍODO/HORAS	OBSERVAÇÕES (Ex: trocas, extra...)	ASSINATURA
01/12/2020	06:00 às 12:00		
02/12/2020	06:00 às 12:00		
04/12/2020	06:00 às 12:00		
05/12/2020	18:00 às 00:00		
06/12/2020	18:00 às 00:00		
07/12/2020	06:00 às 12:00		
08/12/2020	06:00 às 12:00		
11/12/2020	06:00 às 12:00		
14/12/2020	06:00 às 12:00		
15/12/2020	06:00 às 12:00		
16/12/2020	06:00 às 12:00		
17/12/2020	06:00 às 12:00		
18/12/2020	06:00 às 12:00		
21/12/2020	06:00 às 12:00		
23/12/2020	06:00 às 12:00		
24/12/2020	18:00 às 00:00		
25/12/2020	18:00 às 00:00		
26/12/2020	06:00 às 12:00		
27/12/2020	06:00 às 12:00		
27/12/2020	18:00 às 00:00		
28/12/2020	18:00 às 00:00	Troca Nana	
29/12/2020	06:00 às 12:00		
30/12/2020	06:00 às 12:00		
31/12/2020	06:00 às 12:00		
31/12/2020	18:00 às 00:00		

* Ex: Data: 20/05; Período: diurno/12 horas; OBS: troca com "João"; Assinatura.

FECHAMENTO DE PLANTÕES

TOTAL DE PLANTÕES DIURNO (6 HORAS): 18	TOTAL DE PLANTÕES NOTURNO (6 HORAS): 7
TOTAL DE PLANTÕES DIURNO (12 HORAS):	TOTAL DE PLANTÕES NOTURNO (12 HORAS):
OBSERVAÇÕES:	
ASSINATURA/ CARIMBO PROFISSIONAL: Viviane Lie Yokoyama Fisioterapeuta CREFITO 93439-F	CONFERIDO POR: Viviane Lie Yokoyama Fisioterapeuta CREFITO 93439-F

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

29/01/2021 - BANCO DO BRASIL - 14:48:16
679006790 0005

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

BANCO DO BRASIL

00190616542464713359400002034312785010000198267
BENEFICIARIO:
DUPATRI H C I EXPORTACAO LTDA
NOME FANTASIA:
DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IMPORTA
CNPJ: 04.027.894/0001-64
PAGADOR:
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEF DO BRAS
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	11.502
NOSSO NUMERO	6165246471
CONVENIO	00000000
DATA DE VENCIMENTO	15/01/2021
DATA DO PAGAMENTO	15/01/2021
VALOR DO DOCUMENTO	1.982,67
VALOR COBRADO	1.982,67

NR.AUTENTICACAO E.A80.D04.E4A.40B.77B

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

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

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

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

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

DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IMPORTACAO E EXPORTACAO LTDA

RUA SAO PAULO, 31 - VILA BELMIRO - SANTOS, SP, CEP:11075330, Fone:13-3228-8700

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRONICA

0-ENTRADA
1-SAIDA [1]

Nº 286043
SERIE 1
FOLHA 1/1

CHAVE DE ACESSO
3520 1104 0278 9400 0164 5500 1000 2860 4310 0113 0115

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

NATUREZA DA OPERACAO	PROTOCOLO AUTORIZACAO DE USO
VENDA MERC.ADQ. REC.TERCEIROS	135201050864335 16/11/2020 17:44:53

INSCRICAO ESTADUAL	INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTARIO	CNPJ
633565182110		04.027.894/0001-64

DESTINATARIO / REMETENTE

NOME / RAZAO SOCIAL	CNPJ / CPF	DATA DA EMISSAO
ASSOC HOSPITALAR BENEF DO BRASIL (8149)	45.349.461/0001-02	16/11/2020

ENDERECO	BAIRRO / DISTRITO	CEP	DATA ENTRADA / SAIDA
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303	JARDIM ARIANO	16400-400	16/11/2020

MUNICIPIO	FONE / FAX	UF	INSCRICAO ESTADUAL	HORA DA SAIDA
LINS	1435325198	SP		17:39

FATURA / DUPLICATA

001	16/12/2020	1.982,67	002	15/01/2021	1.982,67

CALCULO DO IMPOSTO

BASE DE CALCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CALCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUICAO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	3.965,34

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSORIAS	VALOR TOTAL DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00		0,00	0,00	3.965,34

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZAO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CODIGO ANTT	PLACA DO VEICULO	UF	CNPJ / CPF
EMITENTE (43)	0 - DO EMITENTE				

ENDERECO	MUNICIPIO	UF	INSCRICAO ESTADUAL
RUA SAO PAULO, 31	SANTOS	SP	633565182110

QUANTIDADE	ESPECIE	MARCA	NUMERO	PESO BRUTO	PESO LIQUIDO
	CAIXAS				

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CODIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UND.	QUANT.	V.UNIT	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL. ICMS	AL. IPI
228	ACTILYSE 50MG - BOEHRINGER (Lote: 0035-76, Qtde: 2, Dt Val: 30/11/2022 ,Data Fab: 01/11/2019)	30049019	240	5102	CX	2	1.982,6700	3.965,34					

DADOS ADICIONAIS

INFORMACOES COMPLEMENTARES

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 17 / 11 / 2020
ASS.

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

29/01/2021 - BANCO DO BRASIL - 14:48:16
679006790 0010

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

BANCO DO BRASIL

00190000090300213000700000013177885010000391300
BENEFICIARIO:
VERONA COMERCIO - EIRELI - EPP
NOME FANTASIA:
VERONA COMERCIO - EIRELI - EPP
CNPJ: 16.433.515/0001-15
PAGADOR:
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEF DO BRAS
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	11.503
NOSSO NUMERO	30021300000000013
CONVENIO	03002130
DATA DE VENCIMENTO	15/01/2021
DATA DO PAGAMENTO	15/01/2021
VALOR DO DOCUMENTO	3.913,00
VALOR COBRADO	3.913,00

NR.AUTENTICACAO 4.414.57E.139.FE5.1D3

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

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

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

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

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

VERONA COMERCIO EIRELI EPP
Rua Helena Santa Clara Effgen, 71
Centro
Marechal Floriano - ES
Cep: 29.255 - 000
Fone: (27) 3288 - 1423

Mira

DANFE

Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA [1]

Nº 1714
SÉRIE 1
FOLHA 1 / 1

CHAVE DE ACESSO
3220 1216 4335 1500 0115 5500 1000 0017 1410 5477 3189

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO		
VENDA MERCADORIA ADQUIRIDA		
INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL SUBST. TRIBUTÁRIA	CNPJ
082887950		16.433.515/0001-15

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
332200075480479 16/12/2020 14:12:22-03:00

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL				CNPJ/CPF	DATA DE EMISSÃO
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEF DO BRASIL				45.349.461/0001-02	16/12/2020
ENDEREÇO		Nº	BAIRRO/DISTRITO		DATA DE ENTRADA/SAÍDA
AV JOSE ARIANO RODRIGUES		303	JARDIM ARIANO		
MUNICÍPIO	CEP	FONE/FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DE SAÍDA
LINS	16400-400	18981939636	SP		

FATURA / DUPLICATA

NÚMERO	VENCIMENTO	VALOR	NÚMERO	VENCIMENTO	VALOR	NÚMERO	VENCIMENTO	VALOR
001	15/01/2021	3.913,00						

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE CÁLCULO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	3.913,00

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	**3.913,00**

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ / CPF
	0 - Remetente				

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
2	VOLUMES		0	54,000	54,000

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇOS

COD. PROD.	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS / SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UNID	QUANTIDADE	V. UNITÁRIO	V. TOTAL	BC ICMS	V. ICMS	V. IPI	ALÍQUOTA ICMS	ALÍQUOTA IPI
29982	CONJ CIRURGICO HOSP BRIM 100%ALG P..	62032200	0	6107	UN	8,0000	45,5000	364,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
29982	CONJ CIRURGICO HOSP BRIM 100%ALG M..	62032200	0	6107	UN	40,0000	45,5000	1.820,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
29982	CONJ CIRURGICO HOSP BRIM 100%ALG G..	62032200	0	6107	UN	26,0000	45,5000	1.183,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
29982	CONJ CIRURGICO HOSP BRIM 100%ALG GG.	62032200	0	6107	UN	10,0000	45,5000	455,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
29982	CONJ CIRURGICO HOSP BRIM 100%ALG EXG	62032200	0	6107	UN	2,0000	45,5000	91,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

CÁLCULO DO ISSQN

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

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	RESERVADO AO FISCO
Difal cobranca para Simples Nacional. Acao Direta de Incostitucionalidade (ADI) 5464,Clausula Nona do Convenio ICMS 93/2015 suspensa. // DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL NAO GERA DIREITO A CREDITO FISCAL DE IPI /	BOLETO EM ANEXO 15/01/21 21

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

29/01/2021 - BANCO DO BRASIL - 14:48:16
679006790 0006

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

BANCO DO BRASIL

00190616540381293347500001526110585020000256875

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

NR. DOCUMENTO	11.801
NOSSO NUMERO	6165038129
CONVENIO	00000000
DATA DE VENCIMENTO	16/01/2021
DATA DO PAGAMENTO	18/01/2021
VALOR DO DOCUMENTO	2.568,75
VALOR COBRADO	2.568,75

NR.AUTENTICACAO 8.058.801.A32.290.9B4

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

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

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

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

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

RECEBEMOS DE Samtronic Industria e Comercio Ltda OS PRODUTOS E/OU SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA INDICADA ABAIXO. EMISSÃO: 17/11/2020 VALOR TOTAL: R$ 5.137,50 DESTINATÁRIO: ASSOCIACAO BENEFICENTE DO BRASIL - AV. JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 - SALA 03 CENTRO LINS-SP

DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

NF-e
Nº. 000.254.697
Série 001

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Samtronic Industria e Comercio Ltda

Rua Venda da Esperanca, 162
Socorro - 04763-040
Sao Paulo - SP Fone/Fax: 551122447751

DANFE

Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA **1**

Nº. 000.254.697
Série 001
Folha 1/1

CHAVE DE ACESSO
3520 1158 4266 2800 0133 5500 1000 2546 9711 0012 4262

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO	PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
VENDA DE PRODUCAO DO ESTABELECIMENTO	**135201053317731 - 17/11/2020 09:35:41**

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCRIÇÃO MUNICIPAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.	CNPJ
112068380115	**94911827**		**58.426.628/0001-33**

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL			CNPJ / CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOCIACAO BENEFICENTE DO BRASIL			**45.349.461/0001-02**	**17/11/2020**
ENDEREÇO	BAIRRO / DISTRITO	CEP		DATA DA SAÍDA/ENTRADA
AV. JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 - SALA 03	**CENTRO**	**16400-400**		
MUNICÍPIO	UF / FONE / FAX		INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DA SAÍDA/ENTRADA
LINS	**SP** / **1435325198**			

FATURA / DUPLICATA

Num.	001	Num.	002
Venc.	17/12/2020	Venc.	16/01/2021
Valor	R$ 2.568,75	Valor	R$ 2.568,75

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLC. DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLC. ICMS S.T.	VALOR DO ICMS SUBST.	V. IMP. IMPORTAÇÃO	V. ICMS UF REMET.	V. FCP UF DEST.	VALOR DO PIS	V. TOTAL PRODUTOS
0, 00	0, 00	0, 00	0, 00	0, 00	0, 00	0, 00	0, 00	5.137,50

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS	VALOR TOTAL IPI	V. ICMS UF DEST.	V. TOT. TRIB.	VALOR DA COFINS	V. TOTAL DA NOTA
0, 00	0, 00	0, 00	0, 00	0, 00	0, 00	1.376,50	0, 00	5.137,50

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ / CPF
RODONAVES TRANSPORTES E ENCOMENDAS LTDA	**0-Por conta do Rem**				**44.914.992/0013-71**
ENDEREÇO		MUNICÍPIO		UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
RUA ALEXANDRE COLARES		**SAO PAULO**		**SP**	**112782533118**

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
6	**CAIXA**			**15,456**	**13,056**

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	O/CST	CFOP	UN	QUANT	VALOR UNIT	VALOR TOTAL	VALOR DESC	B.CÁLC ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQ. ICMS	ALÍQ. IPI
EE902300	EQUIPO GIRASET EG 0421 0000 ESTERILIZADO (CX 50UN) Lote(S): OUT2090233432000B - Validade: 01/10/2023	90189099	040	5101	UN	200,0000	16,9600	3.392,00	0,00	0, 00	0, 00		0, 00	
EE900300	EQUIPO GIRASET EG 0422 0000 ESTERILIZADO (CX 50UN) Lote(S): OUT2090031552000B - Validade: 01/10/2023	90189099	040	5101	UN	50,0000	17,9500	897,50	0,00	0, 00	0, 00		0, 00	
EE905200	EQUIPO GIRASET EG 0623 CT00 ESTERILIZADO (CX 50UN) Lote(S): SET2090523650920B - Validade: 01/09/2023	90189099	040	5101	UN	50,0000	16,9600	848,00	0,00	0, 00	0, 00		0, 00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	RESERVADO AO FISCO
Inf. Contribuinte: PEDIDO 028819 ENTREGAR: DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585, MIRANDOPOLIS/SP ADICIONAIS DA NOTA : UTI MIRANDOPOLIS - CONVENIO 0107/2017 ALIQUOTA DO IPI REDUZIDO A 0 CONFORME DECRETO N 8950 DE 2016 MATERIAL HOSPITALAR CONJUNTO DESCARTAVEL DE CIRCULACAO ASSISTIDA EQUIPO E EXTENSORES ISENCAO DE ICMS CONFORME CONVENIO 133/2020 PRORROGADO O CONVENIO ICMS 01/99 ATE 31 03 2021 ALIQUOTA ZERO DE PIS E COFINS DE ACORDO COM DECRETO 6426/2008 LEI 10637/2002 ARTIGO 2 PARAGRAFO 3 LEI 10833/2003 Endereco de entrega: .. , - *** Pedido de Venda: 464780 *** Cotacao Numero: 5374 Valor Aproximado dos Tributos: R$ 1376.50 (26.79%). Fonte: IBPT. Email do Destinatário: JPINOTTI@AHBB.ORG.BR CIRURGICANEVES@CIRURGICANEVES.COM.BR VE	

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

Powered by NFePHP®

29/01/2021 - BANCO DO BRASIL - 14:48:16
679006790 0002

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

BANCO DO BRASIL

00190000090171153600100872394176785020000244000
BENEFICIARIO:
COMERCIAL C RIOCLARENSE LTDA
NOME FANTASIA:
COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTD
CNPJ: 67.729.178/0004-91
PAGADOR:
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE D
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	11.802
NOSSO NUMERO	17115360000872394
CONVENIO	01711536
DATA DE VENCIMENTO	16/01/2021
DATA DO PAGAMENTO	18/01/2021
VALOR DO DOCUMENTO	2.440,00
VALOR COBRADO	2.440,00

NR.AUTENTICACAO B.3B1.85D.28D.F5B.995

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

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

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

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

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

Identificação do emitente

Rioclarense

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

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 – ENTRADA
1 – SAÍDA [1]

Nº. 1381528 FL 1 / 1
SÉRIE 1

CHAVE DE ACESSO
3520 1267 7291 7800 0491 5500 1001 3815 2811 3913 1143

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO		PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
VENDA DENTRO ESTADO		135201197570576 17/12/2020 18:02:52
INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCR. EST. SUBS. TRIBUTÁRIO	CNPJ
395060142110		67.729.178/0004-91

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL			CNPJ / CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL			45.349.461/0001-02	17/12/2020
ENDEREÇO	BAIRRO / DISTRITO		CEP	DATA DA ENTRADA/SAÍDA
AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303	JARDIM ARIANO		16400-400	17/12/2020
MUNICÍPIO	FONE / FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DE SAÍDA
LINS	1836591243	SP		

FATURA/DUPLICATA

FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR
1381528/1	16/01/2021	2.440,00						

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUTO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
2.440,00	439,20	0,00	0,00	2.440,00

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	VALOR DO DESCONTO	OUTRAS DESPESAS	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2.440,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ
NIKKEY RIO PRETO LOG. E TRANSP.	0 - Por conta do emitente				15.066.184/0001-60
ENDEREÇO	MUNICÍPIO			UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
R MARIA CERON VOLPE 2260	SAO JOSE DO RIO PRETO			SP	647598751114

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERO	PESO BRUTO	PESO LIQUIDO
5,00	VOLUME(S)		0,01608	29,150	29,150

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CODIGO	DESCRIÇÃO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / SH	CST	CFOP	UN	QUANT.	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL	B.CALC ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALIQUOTAS ICMS	ALIQUOTAS IPI
032023	AVENTAL CIRCULACAO (VENKURI) L. T23273 Q. 200,00 00 F: 31/07/20 V: 31/07/2023	62101000	000	5102	PC	200,00	12,20	2.440,00	2.440,00	439,20	0,00	18,00	0,00

CÁLCULO DO ISSQN

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

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

LOCAL DE ENTREGA: 46374500001247-AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Municipio: MIRANDOPOLIS CEP: 16800000 UF: SP Pais: BRASIL. PREZADO CLIENTE, FAVOR CONFERIR NO ATO DA ENTREGA - [redacted]EMOS RECLAMACOES APOS 48hs DO RECEBIMENTO. DATA ENTREGA: 18/12/2020 Pedido: 1796828 [redacted]ompra(Pedido Cliente): 1796828 *** O pagamento devera ser realizado atraves do boleto anexo a nota fiscal, caso [redacted]em contato atraves do e-mail boletos@rioclarense.com.br ou no telefone (19)3522-5800, Setor de Cobranca Privado [redacted] ** AE: 1.22375-2 ** ASS: 1302/16 Validade: 23/01/2021 MODAL: RODOVIARIO / TIPO ENTREGA: EXPRESSA LOCAL DE ENTREGA: Endereço: AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Municipio: MIRANDOPOLIS CEP: 16800000 UF: SP Pais: BRASIL(Código Interno Emitente: 4768 Nome Fantasia: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL) LOCAL DE ENTREGA: AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Municipio: MIRANDOPOLIS UF: SP Pais: BRASIL

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 18 / 12 / 20
ASS. Izabel C. Lauz

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

18101
211

29/01/2021 - BANCO DO BRASIL - 14:48:16
679006790 0002

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

BANCO BRADESCO S.A.

23790110069000000564607007252807185040000390167

BENEFICIARIO:
LABORATORIO SAO PAULO
NOME FANTASIA:
LABORATORIO SAO PAULO
CNPJ: 51.100.840/0001-67
BENEFICIARIO FINAL:
LABORATORIO SAO PAULO ANAL.CLINICAS
CNPJ: 51.100.840/0001-67
PAGADOR:
ASSOC. HOSPITALAR BENEFICIENTE DO B
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	11.803
DATA DE VENCIMENTO	18/01/2021
DATA DO PAGAMENTO	18/01/2021
VALOR DO DOCUMENTO	3.901,67
VALOR COBRADO	3.901,67

NR.AUTENTICACAO 7.7F9.114.EDB.C3B.D07

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

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

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

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

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

PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAÇATUBA

Secretaria Municipal da Fazenda

Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e

Número da Nota	56407
Data de Emissão	08/01/2021
Data e Hora da Competência	08/01/2021 às 10:46:59
Código de Verificação	0000-0006-4777

PRESTADOR DE SERVIÇOS

LABORATORIO SÃO PAULO

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

Autenticação

TOMADOR DE SERVIÇOS

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

INFORMAÇÕES DA IMPORTAÇÃO

Data e Hora	08/01/2021 **às** 10:47:01	Lote	64777
Número do RPS	0000-0006-4777	Sequência	64777

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Serviço	Descrição	Vlr. Unitário	Qtde	Desconto	Aliq. Tributo (IBPT)	Total
2191	PRESTACAO DE SERVICOS DE MEDICINA E DIAGNOSE REFERENCIA 12/2020	4.157,3400	1,00	0,00	0,00	4.157,34

Valor Total dos Serviços - R$4.157,34

INFORMAÇÕES REFERENTES A DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

PRESTACAO DE SERVICOS DE MEDICINA E DIAGNOSE Referencia 12/2020

TRIBUTOS

PIS (R$)	COFINS (R$)	INSS (R$)	IR (R$)	CSLL (R$)	Outras Retenções (R$)	Outros Tributos (R$)
27,02	124,72		62,36	41,57		
CIDE (R$)	IOF (R$)	IPI (R$)	ICMS (R$)			

VALOR TOTAL DA NOTA = R$ 4.157,34

Atividade				
8640202-LABORATÓRIOS CLÍNICOS				
Operação		Deduçao de Materiais/Equipamentos	Responsável pelo imposto	
Sem Lançamentos de Materiais/Equipamentos		Não	Prestador dos Serviços	
Situação da Nota Fiscal		Local do Serviço		
Normal		Dentro do Município		
Aliquota (%)	Base de Cálc. (R$)	Vlr. Total das Deduções (R$)	Vlr. Total Retido (R$)	Vlr. do ISS (R$)
3,0000	4.157,34	0,00	255,67	124,72

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

VALOR LÍQUIDO DA NOTA = R$ 3.901,67

OUTRAS INFORMAÇÕES (RESERVADO AO FISCO)

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

Recebi(emos) do Prestador: LABORATORIO SAO PAULO ANALISES CLINICAS LTDA CNPJ: 51.100.840/0001-67

Os serviços constantes da Nota Fiscal de Serviços Eletrônica n.º **56407** emitida em **08/01/2021** às **10:46:59** - Cód Verif **0000-0006-4777**
Condições de Pagamento: Vencimento: 08/01/2021 Valor Total R$ **4.157,34** Valor Líquido R$ **3.901,67**

Ass: _____ em ____/____/____.
Assinatura do Destinatário/Tomador do(s) Serviço(s) Data da Assinatura

Mirandopolis

Laboratório	LABORATORIO SAO PAULO ANALISES CLINICAS LTDA - MAT
CNPJ	51100840000167
Endereço	Rua Tiradentes, 1086 - Vila Mendonça,
Cidade	Araçatuba
Credenciado	ASSOCIACAO HOSP. BENEFIC. DO BRASIL
Conta de assist. médica período	23/11/2020 - 28/12/2020
Data da fatura/Vencimento	08/01/2021 - 30/01/2022
CNPJ	45349461000102

Data	Cód. O.S	Paciente	Matrícula	Guia	Procedimento	Valor
17/12/2020	023-65730-388	ALESSANDRA APARECIDA			HEMOGRAMA COMPLETO	10,00
17/12/2020	023-65730-388	ALESSANDRA APARECIDA			ANTI-HBs, ANTICORPO (H	23,00
17/12/2020	023-65730-388	ALESSANDRA APARECIDA			VDRL	10,00
Sub-total						**43,00**
28/12/2020	023-65741-291	APARECIDA SEBASTIANA			CULTURA DE VIGILANCIA	26,20
28/12/2020	023-65741-291	APARECIDA SEBASTIANA			ANTIBIOGRAMA, VIGILANC	31,19
28/12/2020	023-65741-291	APARECIDA SEBASTIANA			CULTURA DE VIGILANCIA	26,20
28/12/2020	023-65741-291	APARECIDA SEBASTIANA			CULTURA DE VIGILANCIA	26,20
28/12/2020	023-65741-291	APARECIDA SEBASTIANA			ANTIBIOGRAMA, VIGILANC	31,19
Sub-total						**140,98**
22/12/2020	023-65735-360	BENTO SOARES DE CARVA			SECRECAO PULMONAR, QUA	47,61
22/12/2020	023-65735-360	BENTO SOARES DE CARVA			ANTIBIOGRAMA, SECRECOE	31,19
Sub-total						**78,80**
01/12/2020	023-65714-439	CARLOS HENRIQUE CALDA			CULTURA DE VIGILANCIA	26,20
01/12/2020	023-65714-439	CARLOS HENRIQUE CALDA			ANTIBIOGRAMA, VIGILANC	31,19
01/12/2020	023-65714-439	CARLOS HENRIQUE CALDA			CULTURA DE VIGILANCIA	26,20
01/12/2020	023-65714-439	CARLOS HENRIQUE CALDA			ANTIBIOGRAMA, VIGILANC	31,19
01/12/2020	023-65714-439	CARLOS HENRIQUE CALDA			CULTURA DE VIGILANCIA	26,20
01/12/2020	023-65714-439	CARLOS HENRIQUE CALDA			ANTIBIOGRAMA, VIGILANC	31,19
Sub-total						**172,17**
28/12/2020	023-65741-300	CREUSA CARVALHO DE OL			CULTURA DE VIGILANCIA	26,20
28/12/2020	023-65741-300	CREUSA CARVALHO DE OL			ANTIBIOGRAMA, VIGILANC	31,19
28/12/2020	023-65741-300	CREUSA CARVALHO DE OL			CULTURA DE VIGILANCIA	26,20
28/12/2020	023-65741-300	CREUSA CARVALHO DE OL			ANTIBIOGRAMA, VIGILANC	31,19
28/12/2020	023-65741-300	CREUSA CARVALHO DE OL			CULTURA DE VIGILANCIA	26,20
28/12/2020	023-65741-300	CREUSA CARVALHO DE OL			ANTIBIOGRAMA, VIGILANC	31,19
28/12/2020	023-65741-300	CREUSA CARVALHO DE OL			HEMOCULTURA AUTOMATIZA	41,00
28/12/2020	023-65741-300	CREUSA CARVALHO DE OL			HEMOCULTURA AUTOMATIZA	41,00
28/12/2020	023-65741-300	CREUSA CARVALHO DE OL			CULTURA DE URINA	22,16
28/12/2020	023-65741-300	CREUSA CARVALHO DE OL			ANTIBIOGRAMA, URINA	31,19
28/12/2020	023-65741-300	CREUSA CARVALHO DE OL			SECRECAO PULMONAR, QUA	47,61
28/12/2020	023-65741-300	CREUSA CARVALHO DE OL			ANTIBIOGRAMA, SECRECOE	31,19
Sub-total						**386,32**
07/12/2020	023-65720-392	HELENA PEREIRA DA GUA			CULTURA DE VIGILANCIA	26,20
07/12/2020	023-65720-392	HELENA PEREIRA DA GUA			ANTIBIOGRAMA, VIGILANC	31,19
07/12/2020	023-65720-392	HELENA PEREIRA DA GUA			CULTURA DE VIGILANCIA	26,20
07/12/2020	023-65720-392	HELENA PEREIRA DA GUA			ANTIBIOGRAMA, VIGILANC	31,19
07/12/2020	023-65720-392	HELENA PEREIRA DA GUA			CULTURA DE VIGILANCIA	26,20
07/12/2020	023-65720-392	HELENA PEREIRA DA GUA			ANTIBIOGRAMA, VIGILANC	31,19
07/12/2020	023-65720-392	HELENA PEREIRA DA GUA			CULTURA DE VIGILANCIA	26,20
07/12/2020	023-65720-392	HELENA PEREIRA DA GUA			ANTIBIOGRAMA, VIGILANC	31,19
Sub-total						**229,56**
14/12/2020	023-65727-444	IVANIR APARECIDA VITA			SECRECAO PULMONAR, QUA	47,61
14/12/2020	023-65727-444	IVANIR APARECIDA VITA			ANTIBIOGRAMA, SECRECOE	31,19
Sub-total						**78,80**
23/11/2020	023-65706-421	IZABEL MARQUES DE SOU			CULTURA DE VIGILANCIA	26,20

(*) Antibiograma não realizado

23/11/2020	023-65706-421 IZABEL MARQUES DE SOU	ANTIBIOGRAMA, VIGILANC	31,19
23/11/2020	023-65706-421 IZABEL MARQUES DE SOU	CULTURA DE VIGILANCIA	26,20
23/11/2020	023-65706-421 IZABEL MARQUES DE SOU	ANTIBIOGRAMA, VIGILANC	31,19
23/11/2020	023-65706-421 IZABEL MARQUES DE SOU	CULTURA DE VIGILANCIA	26,20
23/11/2020	023-65706-421 IZABEL MARQUES DE SOU	ANTIBIOGRAMA, VIGILANC	31,19
23/11/2020	023-65706-421 IZABEL MARQUES DE SOU	SECRECAO PULMONAR, QUA	47,61
23/11/2020	023-65706-421 IZABEL MARQUES DE SOU	ANTIBIOGRAMA, SECRECOE	31,19
23/11/2020	023-65706-421 IZABEL MARQUES DE SOU	CULTURA DE VIGILANCIA	26,20
23/11/2020	023-65706-421 IZABEL MARQUES DE SOU	ANTIBIOGRAMA, VIGILANC	31,19
Sub-total			**308,36**
25/11/2020	023-65708-381 IZABEL MARQUES DE SOU	SECRECAO PULMONAR, QUA	47,61
25/11/2020	023-65708-381 IZABEL MARQUES DE SOU	ANTIBIOGRAMA, SECRECOE	31,19
25/11/2020	023-65708-381 IZABEL MARQUES DE SOU	HEMOCULTURA AUTOMATIZA	41,00
25/11/2020	023-65708-381 IZABEL MARQUES DE SOU	HEMOCULTURA AUTOMATIZA	41,00
Sub-total			**160,80**
01/12/2020	023-65714-437 IZABEL MARQUES DE SOU	CULTURA DE VIGILANCIA	26,20
01/12/2020	023-65714-437 IZABEL MARQUES DE SOU	ANTIBIOGRAMA, VIGILANC	31,19
Sub-total			**57,39**
23/11/2020	023-65706-441 JOAQUIM ANTONIO DA SI	CULTURA DE VIGILANCIA	26,20
23/11/2020	023-65706-441 JOAQUIM ANTONIO DA SI	ANTIBIOGRAMA, VIGILANC	31,19
23/11/2020	023-65706-441 JOAQUIM ANTONIO DA SI	CULTURA DE VIGILANCIA	26,20
23/11/2020	023-65706-441 JOAQUIM ANTONIO DA SI	ANTIBIOGRAMA, VIGILANC	31,19
23/11/2020	023-65706-441 JOAQUIM ANTONIO DA SI	CULTURA DE VIGILANCIA	26,20
23/11/2020	023-65706-441 JOAQUIM ANTONIO DA SI	ANTIBIOGRAMA, VIGILANC	31,19
Sub-total			**172,17**
01/12/2020	023-65714-444 JOAQUIM DA SILVA	CULTURA DE VIGILANCIA	26,20
01/12/2020	023-65714-444 JOAQUIM DA SILVA	ANTIBIOGRAMA, VIGILANC	31,19
Sub-total			**57,39**
23/11/2020	023-65706-403 JOSE BEZERRA DE CAMPC	CULTURA DE VIGILANCIA	26,20
23/11/2020	023-65706-403 JOSE BEZERRA DE CAMPC	ANTIBIOGRAMA, VIGILANC	31,19
23/11/2020	023-65706-403 JOSE BEZERRA DE CAMPC	CULTURA DE VIGILANCIA	26,20
23/11/2020	023-65706-403 JOSE BEZERRA DE CAMPC	ANTIBIOGRAMA, VIGILANC	31,19
23/11/2020	023-65706-403 JOSE BEZERRA DE CAMPC	CULTURA DE VIGILANCIA	26,20
23/11/2020	023-65706-403 JOSE BEZERRA DE CAMPC	ANTIBIOGRAMA, VIGILANC	31,19
23/11/2020	023-65706-403 JOSE BEZERRA DE CAMPC	CULTURA DE VIGILANCIA	26,20
23/11/2020	023-65706-403 JOSE BEZERRA DE CAMPC	ANTIBIOGRAMA, VIGILANC	31,19
Sub-total			**229,56**
01/12/2020	023-65714-452 JOSE BEZERRA DE CAMPC	CULTURA DE VIGILANCIA	26,20
01/12/2020	023-65714-452 JOSE BEZERRA DE CAMPC	ANTIBIOGRAMA, VIGILANC	31,19
Sub-total			**57,39**
14/12/2020	023-65727-443 JOSE CARLOS MOTA	CULTURA DE VIGILANCIA	26,20
14/12/2020	023-65727-443 JOSE CARLOS MOTA	ANTIBIOGRAMA, VIGILANC	31,19
14/12/2020	023-65727-443 JOSE CARLOS MOTA	CULTURA DE VIGILANCIA	26,20
14/12/2020	023-65727-443 JOSE CARLOS MOTA	ANTIBIOGRAMA, VIGILANC	31,19
14/12/2020	023-65727-443 JOSE CARLOS MOTA	CULTURA DE VIGILANCIA	26,20
14/12/2020	023-65727-443 JOSE CARLOS MOTA	ANTIBIOGRAMA, VIGILANC	31,19
14/12/2020	023-65727-443 JOSE CARLOS MOTA	CULTURA DE VIGILANCIA	26,20
14/12/2020	023-65727-443 JOSE CARLOS MOTA	ANTIBIOGRAMA, VIGILANC	31,19
Sub-total			**229,56**
07/12/2020	023-65720-377 JOSE FRANCISCO BARBOS	CULTURA DE VIGILANCIA	26,20
07/12/2020	023-65720-377 JOSE FRANCISCO BARBOS	ANTIBIOGRAMA, VIGILANC	31,19
07/12/2020	023-65720-377 JOSE FRANCISCO BARBOS	CULTURA DE VIGILANCIA	26,20
07/12/2020	023-65720-377 JOSE FRANCISCO BARBOS	CULTURA DE VIGILANCIA	26,20
07/12/2020	023-65720-377 JOSE FRANCISCO BARBOS	ANTIBIOGRAMA, VIGILANC	31,19
07/12/2020	023-65720-377 JOSE FRANCISCO BARBOS	ANTIBIOGRAMA, VIGILANC	31,19
Sub-total			**172,17**
23/12/2020	023-65736-185 MARIA APARECIDA DE CA	CULTURA DE VIGILANCIA	26,20
23/12/2020	023-65736-185 MARIA APARECIDA DE CA	CULTURA DE VIGILANCIA	26,20

(*) Antibiograma não realizado

23/12/2020	023-65736-185	MARIA APARECIDA DE CA	ANTIBIOGRAMA, VIGILANC 31,19
23/12/2020	023-65736-185	MARIA APARECIDA DE CA	CULTURA DE VIGILANCIA 26,20
23/12/2020	023-65736-185	MARIA APARECIDA DE CA	ANTIBIOGRAMA, VIGILANC 31,19
Sub-total			**140,98**
07/12/2020	023-65720-371	MARIA APARECIDA DE OL	CULTURA DE VIGILANCIA 26,20
07/12/2020	023-65720-371	MARIA APARECIDA DE OL	ANTIBIOGRAMA, VIGILANC 31,19
07/12/2020	023-65720-371	MARIA APARECIDA DE OL	CULTURA DE VIGILANCIA 26,20
07/12/2020	023-65720-371	MARIA APARECIDA DE OL	ANTIBIOGRAMA, VIGILANC 31,19
07/12/2020	023-65720-371	MARIA APARECIDA DE OL	CULTURA DE VIGILANCIA 26,20
07/12/2020	023-65720-371	MARIA APARECIDA DE OL	ANTIBIOGRAMA, VIGILANC 31,19
Sub-total			**172,17**
28/12/2020	023-65741-294	MARIA CLEUSA DE SOUZA	CULTURA DE VIGILANCIA 26,20
28/12/2020	023-65741-294	MARIA CLEUSA DE SOUZA	ANTIBIOGRAMA, VIGILANC 31,19
28/12/2020	023-65741-294	MARIA CLEUSA DE SOUZA	CULTURA DE VIGILANCIA 26,20
28/12/2020	023-65741-294	MARIA CLEUSA DE SOUZA	ANTIBIOGRAMA, VIGILANC 31,19
28/12/2020	023-65741-294	MARIA CLEUSA DE SOUZA	CULTURA DE VIGILANCIA 26,20
28/12/2020	023-65741-294	MARIA CLEUSA DE SOUZA	ANTIBIOGRAMA, VIGILANC 31,19
Sub-total			**172,17**
25/11/2020	023-65708-344	OLGA DIAS DOS SANTOS	HEMOCULTURA AUTOMATIZA 41,00
25/11/2020	023-65708-344	OLGA DIAS DOS SANTOS	HEMOCULTURA AUTOMATIZA 41,00
25/11/2020	023-65708-344	OLGA DIAS DOS SANTOS	ANTIBIOGRAMA AUTOMATIZ 31,19
25/11/2020	023-65708-344	OLGA DIAS DOS SANTOS	CULTURA DE URINA 22,16
25/11/2020	023-65708-344	OLGA DIAS DOS SANTOS	ANTIBIOGRAMA, URINA 31,19
Sub-total			**166,54**
01/12/2020	023-65714-449	OLGA DIAS DOS SANTOS	CULTURA DE VIGILANCIA 26,20
01/12/2020	023-65714-449	OLGA DIAS DOS SANTOS	ANTIBIOGRAMA, VIGILANC 31,19
01/12/2020	023-65714-449	OLGA DIAS DOS SANTOS	CULTURA DE VIGILANCIA 26,20
01/12/2020	023-65714-449	OLGA DIAS DOS SANTOS	ANTIBIOGRAMA, VIGILANC 31,19
01/12/2020	023-65714-449	OLGA DIAS DOS SANTOS	CULTURA DE VIGILANCIA 26,20
01/12/2020	023-65714-449	OLGA DIAS DOS SANTOS	ANTIBIOGRAMA, VIGILANC 31,19
Sub-total			**172,17**
23/12/2020	023-65736-155	ORLANDO DUCHINI	CULTURA DE VIGILANCIA 26,20
23/12/2020	023-65736-155	ORLANDO DUCHINI	CULTURA DE VIGILANCIA 26,20
23/12/2020	023-65736-155	ORLANDO DUCHINI	ANTIBIOGRAMA, VIGILANC 31,19
23/12/2020	023-65736-155	ORLANDO DUCHINI	CULTURA DE VIGILANCIA 26,20
23/12/2020	023-65736-155	ORLANDO DUCHINI	ANTIBIOGRAMA, VIGILANC 31,19
Sub-total			**140,98**
18/12/2020	023-65731-87	OSWALDO BOM DIA	SECRECAO PULMONAR, QUA 47,61
Sub-total			**47,61**
22/12/2020	023-65735-359	OSWALDO BOM DIA	HEMOCULTURA AUTOMATIZA 41,00
22/12/2020	023-65735-359	OSWALDO BOM DIA	HEMOCULTURA AUTOMATIZA 41,00
22/12/2020	023-65735-359	OSWALDO BOM DIA	CULTURA DE URINA 22,16
22/12/2020	023-65735-359	OSWALDO BOM DIA	SECRECAO PULMONAR, QUA 47,61
22/12/2020	023-65735-359	OSWALDO BOM DIA	ANTIBIOGRAMA, SECRECOE 31,19
Sub-total			**182,96**
23/12/2020	023-65736-181	OSWALDO BOM DIA	CULTURA DE VIGILANCIA 26,20
23/12/2020	023-65736-181	OSWALDO BOM DIA	ANTIBIOGRAMA, VIGILANC 31,19
23/12/2020	023-65736-181	OSWALDO BOM DIA	CULTURA DE VIGILANCIA 26,20
23/12/2020	023-65736-181	OSWALDO BOM DIA	ANTIBIOGRAMA, VIGILANC 31,19
23/12/2020	023-65736-181	OSWALDO BOM DIA	CULTURA DE VIGILANCIA 26,20
23/12/2020	023-65736-181	OSWALDO BOM DIA	ANTIBIOGRAMA, VIGILANC 31,19
Sub-total			**172,17**
23/12/2020	023-65736-175	RUBENS CLAUDIO DA SIL	CULTURA DE VIGILANCIA 26,20
23/12/2020	023-65736-175	RUBENS CLAUDIO DA SIL	ANTIBIOGRAMA, VIGILANC 31,19
23/12/2020	023-65736-175	RUBENS CLAUDIO DA SIL	CULTURA DE VIGILANCIA 26,20
23/12/2020	023-65736-175	RUBENS CLAUDIO DA SIL	ANTIBIOGRAMA, VIGILANC 31,19
23/12/2020	023-65736-175	RUBENS CLAUDIO DA SIL	CULTURA DE VIGILANCIA 26,20
23/12/2020	023-65736-175	RUBENS CLAUDIO DA SIL	ANTIBIOGRAMA, VIGILANC 31,19

(*) Antibiograma não realizado

Sub-total			**172,17**
03/12/2020	023-65716-420 SAMIR BISPO DOS SANTC	HEMOGRAMA COMPLETO	10,00
03/12/2020	023-65716-420 SAMIR BISPO DOS SANTC	VDRL	10,00
03/12/2020	023-65716-420 SAMIR BISPO DOS SANTC	ANTI-HBs, ANTICORPO (H	23,00
Sub-total			**43,00**

Quantidade de O.S.	27
Quantidade de procedimentos	140
Valor total bruto	4.157,34
Valor total desconto	0,00
Valor total líquido	4.157,34

(*) Antibiograma não realizado

29/01/2021 - BANCO DO BRASIL - 14:48:17
679006790 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

==========

BANCO BRADESCO S.A.

23790601029036400000177000107704985040000068000

BENEFICIARIO:
BIOMEDICAL
NOME FANTASIA:
BIOMEDICAL
CNPJ: 51.943.645/0001-07
BENEFICIARIO FINAL:
BIOMEDICAL
CNPJ: 51.943.645/0001-07
PAGADOR:
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEF DO BRAS
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	11.804
DATA DE VENCIMENTO	18/01/2021
DATA DO PAGAMENTO	18/01/2021
VALOR DO DOCUMENTO	680,00
VALOR COBRADO	680,00

==========

NR.AUTENTICACAO 4.4B0.570.D3F.411.363

==========

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

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

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

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

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

RECEBEMOS DE BIOMEDICAL EQUIPAMENTOS PRODUTOS MEDICO-CIRURGICOS LTDA OS PRODUTOS/SERVIÇOS CONSTANTES NA NOTA FISC

DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	VALOR NOTA
/ /		RS 680,00

DESTINATARIO
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEF DO BRASIL

NF-e
Nº: 000.129.824
SÉRIE : 1

biomedical®

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

DANFE
DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA
0 - Entrada
1 - Saída [1]
Nº 000.129.824
SÉRIE : 1
FOLHA: 1 de 1

CHAVE DE ACESSO
3520 1251 9436 4500 0107 5500 1000 1298 2410 0464 0326

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO
VENDA PRODUCAO PROPRIA

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
135201201541892 - 18/12/2020 14:12:09

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

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL			CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEF DO BRASIL			45.349.461/0001-02	18/12/2020
ENDEREÇO	**BAIRRO/DISTRITO**		**CEP**	**DATA DE SAIDA/ENTRADA**
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303	JARDIM ARIANO		16400-400	18/12/2020
MUNICIPIO	**FONE/FAX**	**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**	**HORA DE SAIDA**
LINS	(14) 3541-1544	SP		14:12:12

FATURA

Número	Data Vcto	Valor
001	18/01/2021	680,00

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CALCULO DE ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CALCULO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	680,00

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSORIAS	VALOR DO IPI	VALOR APROX. DOS TRIBUTOS	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	110,16	680,00

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

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

ENDEREÇO	MUNICIPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
AV. PERI RONCHETTI, 765	SAO PAULO	SP	ISENTO

QUANTIDADE	ESPECIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LIQUIDO
1	VOLUME			0,980	0,700

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO

COD PROD	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM SH	CST	CFOP	UNID	QUANT	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL	B.CALC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALIQUOTAS ICMS	ALIQUOTAS IPI	VALOR APROX DOS TRIBUTOS
C7D20BNW	Cateter para Subclavia D/L CVC, 7Fr x 20cm com acessorios BNW R.O.P.M. 0702040150 L: 36563 QT: 10 RESOLUCAO DO SENADO FEDERAL 13/12, No FCI 9F30 847B-54BC-457D-A322-DA2812385F55	90183929	5	40	5101	UN	10	68,000000	680,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	110,16

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

18/01/21

CÁLCULO DO ISSQN

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

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	RESERVADO AO FISCO
NUMERO PEDIDO: 105536 - P. PEDIDO DO CLIENTE: VIA EMAIL. Valor aprox. dos tributos conf. Lei 12.741/2012. Federal: R$ 28,56 (4,20%) E Estadual: R$ 81,60 (12,00%). Fonte: IBPT. ISENTO DO ICMS CONFORME ART. 3º ITEM VI DO RICMS/00 ANEXO I ARTIGO 14 CONVENIO ICMS 1/99 PRORROGADO PELO CONVENIO ICMS 101/20, DE 2 DE SETEMBRO DE 2020.UTI MIRANDOPOLIS CONTRATO 90/07/20.7	AHBB - UTI MIRANDOPOLIS RECEBIDO 23/12/2020 ASS.

29/01/2021 - BANCO DO BRASIL - 14:48:17
679006790 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

03399484570130000099730885101045885050000289665
BENEFICIARIO:
BANCO SOFISA S/A
NOME FANTASIA:
BANCO SOFISA S/A
CNPJ: 60.889.128/0001-80
BENEFICIARIO FINAL:
SUPERMED COMERCIO E IMPORTACAO DE
CNPJ: 11.206.099/0001-07
PAGADOR:
ASSOC. HOSP. BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	11.805
DATA DE VENCIMENTO	19/01/2021
DATA DO PAGAMENTO	18/01/2021
VALOR DO DOCUMENTO	2.896,65
VALOR COBRADO	2.896,65

NR.AUTENTICACAO 5.B13.1BF.29A.9EC.C09

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

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

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

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

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

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

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

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA [1]

Nº 154886
SERIE 1
FOLHA 1/3

CHAVE DE ACESSO
3520 1211 2060 9900 0441 5500 1000 1548 8610 0035 5630

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO	PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO
Venda de Merc.Adq.de Terc./Venda de Merc.Adq.de Terc.ST	135201217499778 22/12/2020 19:22:14

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO	CNPJ
188.070.970.117		11.206.099/0004-41

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL	CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOC. HOSP. BENEFICENTE DO BRASIL (3467)	45.349.461/0001-02	22/12/2020

ENDEREÇO	BAIRRO/DISTRITO	CEP	DATA ENTRADA/SAÍDA
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03	JARDIM ARIANO	16400-400	23/12/2020

MUNICÍPIO	FONE/FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DA SAÍDA
LINS	1435325198	SP		

FATURA / DUPLICATA

001 19/01/2021 2.896,65 | 002 02/02/2021 2.896,65

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
5.765,90	1.001,92	0,00	0,00	5.793,30

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00		0,00	0,00	5.793,30

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

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

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

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
13	CAIXA			71,01	71,01

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UND	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL. ICMS	AL.IPI
27479	COL.PERF.CORT.13LT PARDO C/20-FLEXPELL LT LC2310029C (1) 04/2025 (Fornecedor: 7822, Lote: LC2310029C, Qtde: 1 ,Data Fab: 13/04/2020, Data Val: 13/04/2025)	48191000	000	5102	CX	1	93,5600	93,56	93,56	16,84		18,00	
21897	AG.DESC.13 X 4,5 C/100-SR LT 4310N4 (2) 10/2025 (Fornecedor: 7737, Lote: 4310N4, Qtde: 2 ,Data Fab: 01/10/2020, Data Val: 31/10/2025)	90183219	400	5102	CX	2	9,9850	19,97	19,97	2,40		12,00	
24435	AG.DESC.25 X 07 C/100-SR LT 1914N4 (3) 05/2025 (Fornecedor: 7737, Lote: 1914N4, Qtde: 3 ,Data Fab: 01/05/2020, Data Val: 31/05/2025)	90183219	400	5102	CX	3	9,9833	29,95	29,95	3,59		12,00	
13501	CANULA P/TRAQUEOSTOMIA C/B N.7,5 PC-SOLIDOR LT 39320071 (2) 07/2025 (Fornecedor: 2080, Lote: 39320071, Qtde: 2 ,Data Fab: 01/07/2020, Data Val: 31/07/2025)	90183929	200	5102	PC	2	16,4250	32,85	32,85	5,91		18,00	
13502	CANULA P/TRAQUEOSTOMIA C/B N.8,0 PC-SOLIDOR LT 39420071 (2) 07/2025 (Fornecedor: 2080, Lote: 39420071, Qtde: 2 ,Data Fab: 01/07/2020, Data Val: 31/07/2025)	90183929	200	5102	PC	2	16,4250	32,85	32,85	5,91		18,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

[illegible] MIRANDOPOLIS - CONVENIO 0107/2017
ITEM 27 Imposto Recolhido por Substituicao Tributaria
ITEM 27 ICMS-ST retido por operação anterior base: 23,49 valor: 2,40
Pedido: 154778
End. Entrega: AV.DR.RAUL DA CUNHA BUENO,585 , MIRANDOPOLIS - 16800-000, MIRANDOPOLIS SP - Horario : COMERCIAL
Empresa credenciada no Regime Especial de Distribuidor Hospitalar 036035/2018 nos termos da Portaria CAT 116/2017
Setor de Cobrança: (11)4934-1669 / 4934-1673 / 4934-1671
QUALQUER INCONFORMIDADE NA ENTREGA, ENTRE IMEDIATAMENTE EM CONTATO COM NOSSO SAC-VENDAS NO NÚMERO (11) 4934-1703
Seguro: [illegible] Carregam: 0,47

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 23/12/2020
ASS.

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

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

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

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

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA [1]

Nº 154886
SERIE 1
FOLHA 2/3

CHAVE DE ACESSO
3520 1211 2060 9900 0441 5500 1000 1548 8610 0035 5630

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

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

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO
135201217499778 22/12/2020 19:22:14

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO	CNPJ
188.070.970.117		11.206.099/0004-41

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CODIGO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UND	QUANT	V.UNIT	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL ICMS	AL IPI
13434	AG.DESC.40 X 12 C/100-SOLIDOR LT 57420051 (10) 05/2025 (Fornecedor: 2080, Lote: 574-20051, Qtde: 10 ,Data Fab: 01/05/2020, Data Val: 31/05/2025)	90183219	200	5102	CX	10	10.5470	105.47	105.47	12.66		12.00	
24049	EQ.MAC.FL.IL.F/A+P 1,5MT C/25-VEMA0-6-TKL LT HGEMA06-200602 (2) 06/2025 (Fornecedor: 2598, Lote: HGEMA06-200602, Qtde: 2 ,Data Fab: 01/06/2020, Data Val: 30/06/2025)	90189010	200	5102	CX	2	23.5250	47.05	47.05	8.47		18.00	
10733	SONDA END.PVC N.8,0 C/CUFF C/10-SOLIDOR LT 29120071 (1) 07/2025 (Fornecedor: 2080, Lote: 29120071, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/07/-2020, Data Val: 31/07/2025)	90183929	200	5102	CX	1	41.3600	41.36	41.36	7.44		18.00	
28981	LUVA P/ PROCED.N.EST.M-LATEX BR C/20 LT PR170 (2) 10/2023 (Fornecedor: 2616, Lote: PR170, Qtde: 2 ,Data Fab: 01/10/202-0, Data Val: 31/10/2023)	40151900	000	5102	CX	2	1.520,0000	3.040,00	3.040,00	547,20		18.00	
28212	FILME TRANSP S/COMPR.06X07 PC - VITAMEDI LT 20191108 (1) 11/2022 (Fornecedor: 2300, Lote: 20191108, Qtde: 1 ,Data Fab: 22/11/-2019, Data Val: 21/11/2022)	30051090	200	5102	CX	1	87.0000	87.00	87.00	15.66		18.00	
26568	LANCETA DE SEGURANCA 28G C/100-DESCARPACK LT SLAKAA012C (2) 07/2025 (Fornecedor: 91-8, Lote: SLAKAA012C, Qtde: 2 ,Data Fab: 01/08/2020, Data Val: 31/07/2025)	90183999	200	5102	CX	2	18.0000	36.00	36.00	6.48		18.00	
23203	FITA ADESIVA HOSP.19X50 C/48 RL-EUROCEL LT 090620-C05 (1) 06/2023 (Fornecedor: 17506, Lote: 090620-C05, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/0-6/2020, Data Val: 30/06/2023)	48114110	800	5102	CX	1	142.3000	142.30	142.30	25.61		18.00	
21569	ESPARADRAPO 10X4,5 C/CAPA C/12 PROCI-TEX-CREMER REF.257199 LT 2399809 (1) 06/2-022 (Fornecedor: 1496, Lote: 2399809, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/06/2020, Data Val: 30/06/2022)	30051030	500	5102	PCT	1	72.3100	72.31	72.31	13.02		18.00	
26110	ELETRODO AD. C/ESP.C/GEL C/5-0-DESCARPACK LT SECDAA0017 (4) 12/2022 (Fornecedor: 918, Lote: SECDAA0017, Qtde: 4 ,Data Fab: 01/02/2020, Data Val: 31/12/-2022)	90181100	200	5102	PCT	4	13.5325	54.13	54.13	9.74		18.00	
4449	TURBANTE DESC.ELAST.C/10-0-DESCARPACK LT STEFAA0114 (4) 05/2025 (Fornecedor: 918, Lote: STEFAA0114, Qtde: 4 ,Data Fab: 01/06/2020, Data Val: 31/05/-2025)	65050090	200	5102	PCT	4	15.4450	61.78	61.78	11.12		18.00	
13142	AVENTAL DESC.ESPECIAL ML BR.C/PUNHO C/1-0-DESCARPACK LT SAEFAA0120 (20) 05/2025 (Fornecedor: 918, Lote: SAEFAA0120, Qtde: 20 ,Data Fab: 01/06/2020, Data Val: 31/05/2025)	62101000	200	5102	PCT	20	31.9925	639.85	639.85	115.17		18.00	
29004	EQ.DIETA ENT.FLEX.S/FILT.SLIP C/2-5-DESCARPACK LT SEEAAA0027 (2) 04/2025 (Fornecedor: 918, Lote: SEEAAA0027, Qtde: 2 ,Data Fab: 01/05/2020, Data Val: 30/04/-2025)	90189099	200	5102	CX	2	26.5000	53.00	53.00	9.54		18.00	
26628	BISTURI DESC.N.15 ACO CARBO.PC-HEALTH-MED LT 186/20 (10) 11/2022 (Fornecedor: 7825, Lote: 186/20, Qtde: 10 ,Data Fab: 06/11/2-020, Data Val: 06/11/2022)	90189029	000	5102	PC	10	1.2820	12.82	12.82	2.31		18.00	
13775	SERINGA DESC.10ML SLIP C/250-SR LT H713 (3) 09/2025 \ LT H584 (1) 08/2025 (Fornecedor: 1156, Lote: H713, Qtde: 3 ,Data Fab: 01/09/2020, Data Val: 30/09/2025 / Fornecedor: 2347, Lote: H584, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/08/2020, Data Val: 31/08/2025)	90183119	200	5102	CX	4	80.2350	320.94	320.94	38.51		12.00	

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

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

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

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA [1]

Nº 154886
SERIE 1
FOLHA 3/3

CHAVE DE ACESSO
3520 1211 2060 9900 0441 5500 1000 1548 8610 0035 5630

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

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

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO
135201217499778 22/12/2020 19:22:14

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO	CNPJ
188.070.970.117		11.206.099/0004-41

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UND	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL. ICMS	AL IPI
13584	CATETER IV 24G C/100 S/-FILTRO-DESCARPACK LT SCTPAA033M (1) 03/20-25 (Fornecedor: 918, Lote: SCTPAA033M, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/04/2020, Data Val: 31/03/2025)	90183929	200	5102	CX	1	93.5000	93.50	93.50	16.83		18.00	
28389	CGL.UR.2000 ML SF C/ VALV C/05 ESPE-CIAL-DESCARPACK LT SBSAAA0007 (10) 03/2025 (Fornecedor: 918, Lote: SBSAAA0007, Qtde: 10 ,Data Fab: 01/04/2020, Data Val: 31/03/2025)	39269030	700	5102	CX	10	16.5900	165.90	165.90	29.86		18.00	
24139	SONDA ASPIRACAO C/ VALV.N.14 C/200-MARK LT 16223 (1) 12/2024 (Fornecedor: 164, Lote: 16223, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/12/2020, Data Val: 31/12/2024)	90183929	000	5102	CX	1	143.9400	143.94	143.94	25.91		18.00	
15182	SERINGA DESC.20ML SLIP BL C/250-SR LT H990 (1) 12/2025 (Fornecedor: 1156, Lote: H990, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/12/2020, Data Val: 30/12/2025)	90183119	200	5102	CX	1	122.7500	122.75	122.75	14.73		12.00	
21840	INFUSOR MULT.2V C/CLAMP PGC C/4-0-DESCARP LT SEUUAA0018 (1) 09/2024 (Fornecedor: 918, Lote: SEUUAA0018, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/10/2019, Data Val: 30/09/-2024)	90189010	200	5102	PCT	1	25.8800	25.88	25.88	4.66		18.00	
13583	CATETER IV 22G C/100 S/-FILTRO-DESCARPACK LT SCTPAA032G (1) 01/20-25 (Fornecedor: 918, Lote: SCTPAA032G, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/02/2020, Data Val: 31/01/2025)	90183929	200	5102	CX	1	74.8800	74.88	74.88	13.49		18.00	
28639	HEPARINOX SD 40MG 10 SERINGAS IV/SC-CRIS LT A12706C (1) 05/2021 (Fornecedor: 727, Lote: A12706C, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/06/2-019, Data Val: 31/05/2021)	30049099	200	5102	CX	1	215.8600	215.86	215.86	38.86		18.00	
29014	INDAHEX ENXAG BUCAL 0,12% 250ML-INDALAB LT 141.08/2020 (3) 08/2022 (Fornecedor: 1986, Lote: 141.08/2020, Qtde: 3 ,Data Fab: 01/-08/2020, Data Val: 31/08/2022)	33069000	060	5405	UND	3	9.1333	27.40					

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

29/01/2021 - BANCO DO BRASIL - 14:48:17
679006790 0007

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

03399154567950000000915721001012185060000007000

BENEFICIARIO:
RELOGIOS DE PONTO BAURU LTDA
NOME FANTASIA:
RELOGIOS DE PONTO BAURU LTDA
CNPJ: 44.705.580/0001-98
BENEFICIARIO FINAL:
RELOGIOS DE PONTO BAURU LTDA
CNPJ: 44.705.580/0001-98
PAGADOR:
ASSOC HOSP BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	11.901
DATA DE VENCIMENTO	20/01/2021
DATA DO PAGAMENTO	19/01/2021
VALOR DO DOCUMENTO	70,00
VALOR COBRADO	70,00

NR.AUTENTICACAO 0.BA4.297.410.128.157

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

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

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

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

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

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

Nota Fiscal Eletrônica de Serviços

Número da Nota: 000000004405-1 | **Data de Emissão:** 18/01/2021

PRESTADOR DE SERVIÇOS

Nome/Razão Social: RELOGIO DE PONTO BAURU LTDA
CPF/CNPJ: 44.705.580/0001-98 **Inscrição Municipal:** 1027 **Tipo:** ME
CEP: 17015-021 **Endereço:** RUA CUSSY JUNIOR, 07-7 **Cidade:** BAURU/SP
Fone: (14) 3879-2953 **E-Mail:** rpb.vendas@uol.com.br
Documento Emitido por Optante do Simples Nacional, de acordo com a L.C. 123/2006.

TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome/Razão Social: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02 **CEP:** 01640-040 **Cidade:** LINS/SP
Endereço: AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303
E-Mail: clsato@ahbb.org.br

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

01 - SERVIÇO DE LOCAÇÃO DE SISTEMA DE TRATAMENTO DE PONTO RHID
(REFERENTE: 01/2021)
ASSOCIAÇÃO HOSP. BENEFICENTE DO BRASIL (AHBB) - MIRANDOPOLIS

Atividade:
CONSERTO, MANUTENCAO, CONSERVACAO E REPARACAO DE MAQUINAS E EQUIPAMENTOS

Código do Serviço:
14.01 - LUBRIFICAÇÃO, LIMPEZA, LUSTRAÇÃO, REVISÃO, CARGA E RECARGA, CONSERTO, RESTAURAÇÃO, BLINDAGEM, MANUTENÇÃO E CONSERVAÇÃO DE MÁQUINAS, VEÍCULOS, APARELHOS, EQUIPAMENTOS, MOTORES, ELEVADORES OU DE QUALQUER OBJETO

Local da Prestação: BAURU			**Situação de Tributação:** Tributada no Prestador	
I.N.S.S. (R$) 0,00	**I.R. (R$)** 0,00	**PIS (R$)** 0,00	**COFINS (R$)** 0,00	**C.S.L.L. (R$)** 0,00
Os valores acima referem-se as retenções de tributos administrados pela União, sendo de responsabilidade do Prestador e não implicam na alteração da base de cálculo deduzindo apenas do total líquido				**Valor Aprox. Tributos** 0,00
Deduções de Materiais 0,00	**Base de Cálculo (R$)** 70,00	**Alíquota (%)** 3,44	**Valor do ISS (R$)** 2,41	**Valor Total da Nota (R$)** 70,00
Consulte a autenticidade desta Nota Fiscal através do site oficial da Prefeitura Municipal de Bauru.			**Valor líquido da nota (R$)** 70,00	

Chave de autenticação: 16234EE581468D8CAC46F126CA4A873A

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

19/01
01

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
29/01/2021 - AUTOATENDIMENTO - 14.48.17
6790306790 SEGUNDA VIA 0006
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE
TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL
CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL
AGENCIA: 6790-3 CONTA: 211-9
==========
FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : ASSOCIACAO H B DO BRASIL
BANCO: 033 - BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.
AGENCIA: 3911-X - PA RIBEIRAO SHOP R PRETO SP
CONTA: 13.003.545-5

FAVORECIDO: ECQ SERVICOS TECNICOS MEDICOS HOSPI
CPF/CNPJ: 14.352.079/0001-24
VALOR: R$ 9.500,00
DEBITO EM: 20/01/2021
==========
DOCUMENTO: 012001
AUTENTICACAO SISBB: E.C3D.828.AD2.BA3.3F1

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

Nima

04/01/2021

Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto - SP
Secretaria Municipal da Fazenda
Fone: (16) - https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/portal/

Nota Fiscal Eletrônica

Série do Documento
Nota Fiscal de Serviço Eletrônica - NFS-e

Ecq Servicos Tecnicos Medicos Hospitalares Ltda
Ecq
Avenida Portugal, 001740 - CONJ. A - - Santa Cruz do José Jacques
CEP 14020-733 - Fone 16997252285 - Ribeirão Preto - SP
fercdalpicolo@gmail.com
Inscrição Municipal 20004074 - CPF/CNPJ 14.352.079/0001-24

Identificação da Nota Fiscal Eletrônica

Natureza da Operação	Data de Competência da NFS-e	Data de Emissão da NFS-e	Código de Verificação de Autenticidade	Número da Nota Fiscal
Tributação no município	**04/01/2021**	**04/01/2021 12:15:46**	**3E 16 8E**	**72**

Número do RPS	Serie do RPS	Data de Emissão do RPS

Consulte a autenticidade deste documento acessando o site: https://www.issnetonline.com.br/ribeiraopreto/online

Dados do Tomador de Serviços

CNPJ/CPF	Inscrição Municipal	Razão Social
45.349.461/0001-02		Associação Hospitalar Beneficiente do Brasil

Endereço	Número	Complemento	Bairro
Rua Sete de Setembro	529		Centro

CEP	Cidade / UF	Telefone	e-mail
16210-000	Bilac / SP	(14)3532-5198	

Local dos Serviços

Ribeirão Preto - São Paulo

Descrição dos Serviços

Manutenção Corretiva e Preventiva de Equipamentos Médicos Hospitalares.
Serviços Prestados na UTI Adulto do Hospital Estadual Dr. Oswaldo Brandi Faria - Mirandópolis.

Convênio 0107/2017

Empresa Optante do Simples Nacional desde 01/01/2014.
Alíquota do ISS igual a 2,79%.

Pagamento conforme boleto.

Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza-ISSQN

Atividade do Município	Alíquota	Item da LC116/2003	Cód. Nacional Atividade Econômica
140115 - Conserto, Restauracao de Aparelhos Odontologicos,...	**2,79**	1401	3312103

Valor Total dos Serviços	Desconto Incondicionado	Deduções Base Cálculo	Base de Cálculo	Total do ISSQN	ISSQN Retido	Desconto Condicionado
R$ 9.500,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 9.500,00	R$ 265,05	Não	R$ 0,00

Retenções de Impostos

PIS	COFINS	INSS	IRRF	CSLL	Outras Retenções	ISSQN
R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00

Valor Líquido da Nota Fiscal	**R$ 9.500,00**

Informações Complementares

I - "DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL"; e II - "NÃO GERA DIREITO A CRÉDITO FISCAL DE IPI." .

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

20101 1
211

Listagem das Ordens de Serviços

FILTROS DO RELATÓRIO:
ABERTAS
PENDENTES
FECHADAS
TODOS OS EQUIPAMENTOS, INCLUINDO EQUIPAMENTOS GENÉRICOS
OFICINA OFICINA GERAL, SETORES DA EMPRESA: 21 - UTIS AHBB, SETORES: UTI MIRANDÓPOLIS
SERVIÇOS INTERNOS/EXTERNOS
SETOR:
ABERTAS A PARTIR DE: 01/12/2020
ABERTAS ATÉ: 31/12/2020

Nº da OS: **202100306** Equipamento: **UTIMIRA-0002 - VENTILADOR PULMONAR DX 3020**

Fechada

Tipo da OS: INSPEÇÃO DE ROTINA - Interna
Setor: UTI MIRANDÓPOLIS
Plano Manut.:
Responsável:
Requisitante:

Oficina: OFICINA GERAL
Prioridade: MÉDIA (MÁX. 4HS)
Nº Chamado:

Aberta em 02/12/2020 09:00
Fechada em 02/12/2020 18:00
Nº de Série: 150610101083A2V
Patrimônio: 8356
Fabricante:

ATIVIDADES

			QTD	VALOR	TOTAL
SO	02/12/2020 18:00	INSPEÇÃO DE ROTINA REALIZADA CAUSA: SOLICITAÇÃO DO CLIENTE OCORRÊNCIA: INSPEÇÃO ROTINA	1 UN		0,00
OC	02/12/2020 09:00	INSPEÇÃO ROTINA CAUSA: SOLICITAÇÃO DO CLIENTE SERVIÇO: INSPEÇÃO DE ROTINA REALIZADA			0,00

Total: 0,00

Nº da OS: **202100305** Equipamento: **UTIMIRA-0001 - VENTILADOR PULMONAR DX 3020**

Fechada

Tipo da OS: INSPEÇÃO DE ROTINA - Interna
Setor: UTI MIRANDÓPOLIS
Plano Manut.:
Responsável:
Requisitante:

Oficina: OFICINA GERAL
Prioridade: MÉDIA (MÁX. 4HS)
Nº Chamado:

Aberta em 09/12/2020 08:00
Fechada em 09/12/2020 18:00
Nº de Série: 150610071083A2V
Patrimônio: 8358
Fabricante:

ATIVIDADES

			QTD	VALOR	TOTAL
SO	09/12/2020 18:00	INSPEÇÃO DE ROTINA REALIZADA CAUSA: SOLICITAÇÃO DO CLIENTE OCORRÊNCIA: INSPEÇÃO ROTINA	1 UN		0,00
OC	09/12/2020 08:00	INSPEÇÃO ROTINA CAUSA: SOLICITAÇÃO DO CLIENTE SERVIÇO: INSPEÇÃO DE ROTINA REALIZADA			0,00

Total: 0,00

Nº da OS: **202100307** Equipamento: **UTIMIRA-0003 - VENTILADOR PULMONAR DX 3020**

Fechada

Tipo da OS: INSPEÇÃO DE ROTINA - Interna
Setor: UTI MIRANDÓPOLIS
Plano Manut.:
Responsável:
Requisitante:

Oficina: OFICINA GERAL
Prioridade: MÉDIA (MÁX. 4HS)
Nº Chamado:

Aberta em 09/12/2020 10:00
Fechada em 09/12/2020 18:00
Nº de Série: 150610091083A2V
Patrimônio: 8362
Fabricante:

Legenda: CO - Cancelamento da OS, CT - Certificado, FT - Foto, MO - Mão de Obra, OC - Ocorrência, SO - Solução, PE - Pendência, MT - Material, PO - Parecer de Obsolescência, PR - Procedimento, SE - Serviço Externo, TR - Transporte; LR - Laudo de Recebimento, LI - Laudo de Instalação, AN - Anexos, OB - Obras, AS - Assinaturas:

Globalthings® - New routines. New possibilities.

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

Listagem das Ordens de Serviços

FILTROS DO RELATÓRIO:
ABERTAS
PENDENTES
FECHADAS
TODOS OS EQUIPAMENTOS, INCLUINDO EQUIPAMENTOS GENÉRICOS
OFICINA OFICINA GERAL, SETORES DA EMPRESA: 21 - UTIS AHBB, SETORES: UTI MIRANDÓPOLIS
SERVIÇOS INTERNOS/EXTERNOS
SETOR:
ABERTAS A PARTIR DE: 01/12/2020
ABERTAS ATÉ: 31/12/2020

ATIVIDADES

			QTD	VALOR	TOTAL
SO	09/12/2020 18:00	INSPEÇÃO DE ROTINA REALIZADA CAUSA: SOLICITAÇÃO DO CLIENTE OCORRÊNCIA: INSPEÇÃO ROTINA	1 UN		0,00
OC	09/12/2020 10:00	INSPEÇÃO ROTINA CAUSA: SOLICITAÇÃO DO CLIENTE SERVIÇO: INSPEÇÃO DE ROTINA REALIZADA			0,00

Total: 0,00

Nº da OS: **202100308** Equipamento: **UTIMIRA-0005 - VENTILADOR PULMONAR DX 3020**

Fechada

Tipo da OS: INSPEÇÃO DE ROTINA - Interna
Setor: UTI MIRANDÓPOLIS
Plano Manut.:
Responsável:
Requisitante:

Oficina: OFICINA GERAL
Prioridade: MÉDIA (MÁX. 4HS)
Nº Chamado:

Nº de Série: 150510121083A2V
Patrimônio: 8359
Fabricante:

Aberta em 09/12/2020 11:00
Fechada em 09/12/2020 18:00

ATIVIDADES

			QTD	VALOR	TOTAL
SO	09/12/2020 18:00	INSPEÇÃO DE ROTINA REALIZADA CAUSA: SOLICITAÇÃO DO CLIENTE OCORRÊNCIA: INSPEÇÃO ROTINA	1 UN		0,00
OC	09/12/2020 11:00	INSPEÇÃO ROTINA CAUSA: SOLICITAÇÃO DO CLIENTE SERVIÇO: INSPEÇÃO DE ROTINA REALIZADA			0,00

Total: 0,00

Nº da OS: **202100310** Equipamento: **UTIMIRA-0009 - VENTILADOR PULMONAR DX 3020**

Fechada

Tipo da OS: INSPEÇÃO DE ROTINA - Interna
Setor: UTI MIRANDÓPOLIS
Plano Manut.:
Responsável:
Requisitante:

Oficina: OFICINA GERAL
Prioridade: MÉDIA (MÁX. 4HS)
Nº Chamado:

Nº de Série: 150610021083A2V
Patrimônio: 8357
Fabricante:

Aberta em 09/12/2020 12:00
Fechada em 09/12/2020 18:00

ATIVIDADES

			QTD	VALOR	TOTAL
SO	09/12/2020 18:00	INSPEÇÃO DE ROTINA REALIZADA CAUSA: SOLICITAÇÃO DO CLIENTE OCORRÊNCIA: INSPEÇÃO ROTINA	1 UN		0,00
OC	09/12/2020 12:00	INSPEÇÃO ROTINA CAUSA: SOLICITAÇÃO DO CLIENTE SERVIÇO: INSPEÇÃO DE ROTINA REALIZADA			0,00

Total: 0,00

Legenda: CO - Cancelamento da OS, CT - Certificado, FT - Foto, MO - Mão de Obra, OC - Ocorrência, SO - Solução, PE - Pendência, MT - Material, PO - Parecer de Obsolescência, PR - Procedimento, SE - Serviço Externo, TR - Transporte; LR - Laudo de Recebimento, LI - Laudo de Instalação, AN - Anexos, OB - Obras, AS - Assinaturas:

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

Listagem das Ordens de Serviços

FILTROS DO RELATÓRIO:
ABERTAS
PENDENTES
FECHADAS
TODOS OS EQUIPAMENTOS, INCLUINDO EQUIPAMENTOS GENÉRICOS
OFICINA OFICINA GERAL, SETORES DA EMPRESA: 21 - UTIS AHBB, SETORES: UTI MIRANDÓPOLIS
SERVIÇOS INTERNOS/EXTERNOS
SETOR:
ABERTAS A PARTIR DE: 01/12/2020
ABERTAS ATÉ: 31/12/2020

Nº da OS: **202100309** Equipamento: **UTIMIRA-0008 - VENTILADOR PULMONAR DX 3020**

Fechada

Tipo da OS: INSPEÇÃO DE ROTINA - Interna
Setor: UTI MIRANDÓPOLIS
Plano Manut.:
Responsável:
Requisitante:

Oficina: OFICINA GERAL
Prioridade: MÉDIA (MÁX. 4HS)
Nº Chamado:

Aberta em 09/12/2020 12:00
Fechada em 09/12/2020 18:00
Nº de Série: 150610051083A2V
Patrimônio: 8360
Fabricante:

ATIVIDADES

			QTD	VALOR	TOTAL
SO	09/12/2020 18:00	INSPEÇÃO DE ROTINA REALIZADA CAUSA: SOLICITAÇÃO DO CLIENTE OCORRÊNCIA: INSPEÇÃO ROTINA	1 UN		0,00
OC	09/12/2020 12:00	INSPEÇÃO ROTINA CAUSA: SOLICITAÇÃO DO CLIENTE SERVIÇO: INSPEÇÃO DE ROTINA REALIZADA			0,00

Total: 0,00

Nº da OS: **202100311** Equipamento: **UTIMIRA-0010 - VENTILADOR PULMONAR DX 3020**

Fechada

Tipo da OS: INSPEÇÃO DE ROTINA - Interna
Setor: UTI MIRANDÓPOLIS
Plano Manut.:
Responsável:
Requisitante:

Oficina: OFICINA GERAL
Prioridade: MÉDIA (MÁX. 4HS)
Nº Chamado:

Aberta em 09/12/2020 13:00
Fechada em 09/12/2020 18:00
Nº de Série: 150510131083A2V
Patrimônio: 8363
Fabricante:

ATIVIDADES

			QTD	VALOR	TOTAL
SO	09/12/2020 18:00	INSPEÇÃO DE ROTINA REALIZADA CAUSA: SOLICITAÇÃO DO CLIENTE OCORRÊNCIA: INSPEÇÃO ROTINA	1 UN		0,00
OC	09/12/2020 13:00	INSPEÇÃO ROTINA CAUSA: SOLICITAÇÃO DO CLIENTE SERVIÇO: INSPEÇÃO DE ROTINA REALIZADA			0,00

Total: 0,00

Nº da OS: **202100312** Equipamento: **UTIMIRA-0037 - ELETROCARDIÓGRAFO SE-601**

Fechada

Tipo da OS: INSPEÇÃO DE ROTINA - Interna
Setor: UTI MIRANDÓPOLIS
Plano Manut.:
Responsável:
Requisitante:

Oficina: OFICINA GERAL
Prioridade: MÉDIA (MÁX. 4HS)
Nº Chamado:

Aberta em 09/12/2020 14:00
Fechada em 09/12/2020 18:00
Nº de Série: 360033-M16307380006
Patrimônio: 8276
Fabricante: EDAN INSTRUMENTS

Legenda: CO - Cancelamento da OS, CT - Certificado, FT - Foto, MO - Mão de Obra, OC - Ocorrência, SO - Solução, PE - Pendência, MT - Material, PO - Parecer de Obsolescência, PR - Procedimento, SE - Serviço Externo, TR - Transporte; LR - Laudo de Recebimento, LI - Laudo de Instalação, AN - Anexos, OB - Obras, AS - Assinaturas:

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

Listagem das Ordens de Serviços

FILTROS DO RELATÓRIO:
ABERTAS
PENDENTES
FECHADAS
TODOS OS EQUIPAMENTOS, INCLUINDO EQUIPAMENTOS GENÉRICOS
OFICINA OFICINA GERAL, SETORES DA EMPRESA: 21 - UTIS AHBB, SETORES: UTI MIRANDÓPOLIS
SERVIÇOS INTERNOS/EXTERNOS
SETOR:
ABERTAS A PARTIR DE: 01/12/2020
ABERTAS ATÉ: 31/12/2020

ATIVIDADES

			QTD	VALOR	TOTAL
SO	09/12/2020 18:00	INSPEÇÃO DE ROTINA REALIZADA CAUSA: SOLICITAÇÃO DO CLIENTE OCORRÊNCIA: INSPEÇÃO ROTINA	1 UN		0,00
OC	09/12/2020 14:00	INSPEÇÃO ROTINA CAUSA: SOLICITAÇÃO DO CLIENTE SERVIÇO: INSPEÇÃO DE ROTINA REALIZADA			0,00

Total: 0,00

Nº da OS: **202100313** Equipamento: **UTIMIRA-0038 - ELETROCARDIÓGRAFO SE-601** **Fechada**

Tipo da OS: INSPEÇÃO DE ROTINA - Interna
Setor: UTI MIRANDÓPOLIS
Plano Manut.:
Responsável:
Requisitante:
Oficina: OFICINA GERAL
Nº Chamado:
Prioridade: MÉDIA (MÁX. 4HS)
Nº de Série: 360633-M16307380007
Patrimônio: 8274
Fabricante: EDAN INSTRUMENTS
Aberta em 09/12/2020 14:30
Fechada em 09/12/2020 18:00

ATIVIDADES

			QTD	VALOR	TOTAL
SO	09/12/2020 18:00	INSPEÇÃO DE ROTINA REALIZADA CAUSA: SOLICITAÇÃO DO CLIENTE OCORRÊNCIA: INSPEÇÃO ROTINA	1 UN		0,00
OC	09/12/2020 14:30	INSPEÇÃO ROTINA CAUSA: SOLICITAÇÃO DO CLIENTE SERVIÇO: INSPEÇÃO DE ROTINA REALIZADA			0,00

Total: 0,00

Nº da OS: **202100314** Equipamento: **UTIMIRA-0035 - DESFIBRILADOR LIFE SHOCK PRO** **Fechada**

Tipo da OS: INSPEÇÃO DE ROTINA - Interna
Setor: UTI MIRANDÓPOLIS
Plano Manut.:
Responsável:
Requisitante:
Oficina: OFICINA GERAL
Nº Chamado:
Prioridade: MÉDIA (MÁX. 4HS)
Nº de Série: CDV15070091
Patrimônio: 8046
Fabricante: LIFEMED
Aberta em 09/12/2020 15:00
Fechada em 09/12/2020 18:00

ATIVIDADES

			QTD	VALOR	TOTAL
SO	09/12/2020 18:00	INSPEÇÃO DE ROTINA REALIZADA CAUSA: SOLICITAÇÃO DO CLIENTE OCORRÊNCIA: INSPEÇÃO ROTINA	1 UN		0,00
OC	09/12/2020 15:00	INSPEÇÃO ROTINA CAUSA: SOLICITAÇÃO DO CLIENTE SERVIÇO: INSPEÇÃO DE ROTINA REALIZADA			0,00

Total: 0,00

Legenda: CO - Cancelamento da OS, CT - Certificado, FT - Foto, MO - Mão de Obra, OC - Ocorrência, SO - Solução, PE - Pendência, MT - Material, PO - Parecer de Obsolescência, PR - Procedimento, SE - Serviço Externo, TR - Transporte; LR - Laudo de Recebimento, LI - Laudo de Instalação, AN - Anexos, OB - Obras, AS - Assinaturas:

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

Listagem das Ordens de Serviços

FILTROS DO RELATÓRIO:
ABERTAS
PENDENTES
FECHADAS
TODOS OS EQUIPAMENTOS, INCLUINDO EQUIPAMENTOS GENÉRICOS
OFICINA OFICINA GERAL, SETORES DA EMPRESA: 21 - UTIS AHBB, SETORES: UTI MIRANDÓPOLIS
SERVIÇOS INTERNOS/EXTERNOS
SETOR:
ABERTAS A PARTIR DE: 01/12/2020
ABERTAS ATÉ: 31/12/2020

Nº da OS: **202100315** Equipamento: **UTIMIRA-0036 - DESFIBRILADOR LIFE SHOCK PRO**

Fechada

Tipo da OS: INSPEÇÃO DE ROTINA - Interna
Setor: UTI MIRANDÓPOLIS
Plano Manut.:
Responsável:
Requisitante:

Oficina: OFICINA GERAL
Prioridade: MÉDIA (MÁX. 4HS)
Nº de Série: CDV15070086
Patrimônio: 8047
Nº Chamado:
Fabricante: LIFEMED

Aberta em 09/12/2020 15:30
Fechada em 09/12/2020 18:00

ATIVIDADES

			QTD	VALOR	TOTAL
SO	09/12/2020 18:00	INSPEÇÃO DE ROTINA REALIZADA CAUSA: SOLICITAÇÃO DO CLIENTE OCORRÊNCIA: INSPEÇÃO ROTINA	1 UN		0,00
OC	09/12/2020 15:30	INSPEÇÃO ROTINA CAUSA: SOLICITAÇÃO DO CLIENTE SERVIÇO: INSPEÇÃO DE ROTINA REALIZADA			0,00

Total: 0,00

Total da Mão de Obra: 0h 0min.

Totais: 11 OSs **0,00**

Legenda: CO - Cancelamento da OS, CT - Certificado, FT - Foto, MO - Mão de Obra, OC - Ocorrência, SO - Solução, PE - Pendência, MT - Material, PO - Parecer de Obsolescência, PR - Procedimento, SE - Serviço Externo, TR - Transporte; LR - Laudo de Recebimento, LI - Laudo de Instalação, AN - Anexos, OB - Obras, AS - Assinaturas;

Gerado por: PAULO RENATO BOAVENTURA

Globalthings® - New routines. New possibilities.

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

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
29/01/2021 - AUTOATENDIMENTO - 14.48.17
6790306790 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE DARF/DARF SIMPLES

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

==========

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

DATA DO PAGAMENTO 20/01/2021
PERIODO DE APURACAO 31/12/2020
NUMERO DO CPNJ 45.349.461/0001-02
CODIGO DA RECEITA 5952
NUMERO DE REFERENCIA
DATA DO VENCIMENTO 20/01/2021
RECEITA BRUTA ACUMULADA
PERCENTUAL
VALOR DO PRINCIPAL 5.108,37
VALOR DA MULTA
VALOR DOS JUROS
VALOR TOTAL 5.108,37

==========

AUTENTICACAO SISBB: C.9F6.259.A08.775.D1C

Modelo Aprovado pela SRF - ADE
Conjunto Corat/Cotec n. 001,DE 2006

==========

DOCUMENTO: 012002

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

Nina

RCC

1a. via

MINISTÉRIO DA FAZENDA
SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL
Documento de Arrecadação de Receitas Federais

DARF

01 NOME / RAZÃO SOCIAL ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		
Data limite para acolhimento: **20/01/2021** Observações: Sicalc Contribuinte - 6643 - SP	02 PERÍODO DE APURAÇÃO →	31/12/2020
	03 NÚMERO DO CPF OU CNPJ →	45.349.461/0001-02
	04 CÓDIGO DA RECEITA →	5952
	05 NÚMERO DE REFERÊNCIA →	
	06 DATA DE VENCIMENTO →	20/01/2021
	07 VALOR DO PRINCIPAL →	5.108,37
	08 VALOR DA MULTA →	0,00
	09 VALOR DOS JUROS E / OU ENCARGOS DL - 1.025/69 →	0,00
	10 VALOR TOTAL →	5.108,37
SENDA (Versão:4.9.7) 17/01/2021 13:50:16	11 AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1a. e 2a. vias)	

2a. via

MINISTÉRIO DA FAZENDA
SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL
Documento de Arrecadação de Receitas Federais

DARF

01 NOME / RAZÃO SOCIAL ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		
Data limite para acolhimento: **20/01/2021** Observações: Sicalc Contribuinte - 6643 - SP	02 PERÍODO DE APURAÇÃO →	31/12/2020
	03 NÚMERO DO CPF OU CNPJ →	45.349.461/0001-02
	04 CÓDIGO DA RECEITA →	5952
	05 NÚMERO DE REFERÊNCIA →	
	06 DATA DE VENCIMENTO →	20/01/2021
	07 VALOR DO PRINCIPAL →	5.108,37
	08 VALOR DA MULTA →	0,00
	09 VALOR DOS JUROS E / OU ENCARGOS DL - 1.025/69 →	0,00
	10 VALOR TOTAL →	5.108,37
SENDA (Versão:4.9.7) 17/01/2021 13:50:16	11 AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1a. e 2a. vias)	

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

20/01/21

DATA DO DOCUMENTO	NF	CREDOR	Valor	ISS	IRRF	PCC		TOTAL IMP.	TOT. LIQUIDO
04/12/2020	366	Winter - Gestão e Consultoria Médica	R$ 107.400,00	R$ -	R$ 1.611,00	R$ 4.994,10		R$ 6.605,10	R$ 100.794,90
26/11/2020	54309	Laboratório São Paulo Analises Clinicas Ltda	R$ 2.457,32	R$ -	R$ 36,86	R$ 114,27		R$ 151,13	R$ 2.306,19
				R$ -	R$ -	R$ -		R$ -	R$ -
TOTAL			**R$ 109.857,32**	**R$ -**	**R$ 1.647,86**	**R$ 5.108,37**	**R$ -**	**R$ 6.756,23**	**R$ 103.101,09**

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

29/01/2021 - BANCO DO BRASIL - 14:48:17
679006790 0004

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

BANCO COOPERATIVO SICREDI S.A.

74891116207162813021402213581024185060000018990
BENEFICIARIO:
F B BABETO ME
NOME FANTASIA:
F B BABETO ME
CNPJ: 14.508.613/0001-49
BENEFICIARIO FINAL:
F B BABETO ME
CNPJ: 14.508.613/0001-49
PAGADOR:
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE D
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	12.003
DATA DE VENCIMENTO	20/01/2021
DATA DO PAGAMENTO	20/01/2021
VALOR DO DOCUMENTO	189,90
DESCONTO/ABATIMENTO	10,00
VALOR COBRADO	179,90

NR.AUTENTICACAO 3.4DF.DC1.904.FB3.205

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

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

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

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

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

F.B. BABETO ME

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

IE : 449019473114 CNPJ 14.508.613/0001-49

Nota Fiscal de Serviço de
Modelo 21 - Série 97
Nº 000000009 Emissão: 04/01/2021

Tomador dos serviços/Destinatário das mercadorias

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO

RUA DRº RAUL DA CUNHA BUENO Nº 585

16800-000 CENTRO Mirandópolis SP

Nº de Referencia: 02825
CNPJ/CPF: 45349461000102
Inscrição Estadual ISENTO

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

Chave de Codificação Digital

a2a5.459a.9bd6.11ba.7212.6d97.b7f6.d7e9

Situação do documento fiscal

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

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

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
29/01/2021 - AUTOATENDIMENTO - 14.48.17
6790306790 SEGUNDA VIA 0003
COMPROVANTE DE PAGAMENTO

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

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

CODIGO DO PAGAMENTO	2305
COMPETENCIA	12/2020
IDENTIFICADOR	45349461000889
DATA DO PAGAMENTO	20/01/2021
VALOR DO INSS	6.003,10
VALOR OUTRAS ENTIDADES	0,00
VALOR ATM/JUROS/MULTA	0,00
VALOR TOTAL	6.003,10

DOCUMENTO: 012004
AUTENTICACAO SISBB: E.17F.955.221.698.89E

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

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
29/01/2021 - AUTOATENDIMENTO - 14.48.17
6790306790 SEGUNDA VIA 0003
COMPROVANTE DE PAGAMENTO

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

CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL

CODIGO DO PAGAMENTO	2305
COMPETENCIA	12/2020
IDENTIFICADOR	45349461000889
DATA DO PAGAMENTO	20/01/2021
VALOR DO INSS	6.003,10
VALOR OUTRAS ENTIDADES	0,00
VALOR ATM/JUROS/MULTA	0,00
VALOR TOTAL	6.003,10

DOCUMENTO: 012004
AUTENTICACAO SISBB: E.17F.955.221.698.89E

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

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

Mina

MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - MPS
INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS
SECRETARIA DA RECEITA PREVIDENCIÁRIA - SRP

PREVIDÊNCIA SOCIAL

GUIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - GPS

1 - NOME OU RAZÃO SOCIAL / FONE / ENDEREÇO **CNPJ 45.349.461/0008-89** ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303 SALA 08 JARDIM ARIANO LINS SP CEP 16400-400		3 - CÓDIGO DE PAGAMENTO	2305
		4 - COMPETÊNCIA	12/2020
		5 - IDENTIFICADOR	45.349.461/0008-89
		6 - VALOR DO INSS	6.003,10
		7 -	
		8 -	
2 - VENCIMENTO (Uso exclusivo INSS)	20/01/2021	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	6.003,10
AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA			

1ªVia-INSS -2ªVia CONTRIBUINTE

MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - MPS
INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS
SECRETARIA DA RECEITA PREVIDENCIÁRIA - SRP

PREVIDÊNCIA SOCIAL

GUIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - GPS

1 - NOME OU RAZÃO SOCIAL / FONE / ENDEREÇO **CNPJ 45.349.461/0008-89** ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303 SALA 08 JARDIM ARIANO LINS SP CEP 16400-400		3 - CÓDIGO DE PAGAMENTO	2305
		4 - COMPETÊNCIA	12/2020
		5 - IDENTIFICADOR	45.349.461/0008-89
		6 - VALOR DO INSS	6.003,10
		7 -	
		8 -	
2 - VENCIMENTO (Uso exclusivo INSS)	20/01/2021	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	6.003,10
AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA			

1ªVia-INSS -2ªVia CONTRIBUINTE

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

RELAÇÃO DE BASES DO INSS

Código	Nome do empregado	Base cálculo	Excedente	Ded.sal.mat.13	Deduções	Taxa	Valor
EMPREGADOS							
3908	ALESSANDRA APARECIDA DOS SANTOS GONSALVES	466,83	0,00	0,00	0,00	7,50	35,01
2329	ALCIONE BOGAZ	2.544,37	0,00	0,00	0,00	8,92	226,95
2163	ALESSANDRA DE CASSIA MARDEGAN	3.391,13	0,00	0,00	0,00	9,83	333,69
2122	ANA AUGUSTA FELICIANI NOGUEIRA	1.606,71	0,00	0,00	0,00	8,02	128,92
2123	ANA PAULA AZEVEDO ZANATTA	1.829,12	0,00	0,00	0,00	8,14	148,94
2445	ANA PAULA DOS SANTOS SILVA	1.604,74	0,00	0,00	0,00	8,15	128,73
2336	BIANCA CAETANO COSTA	3.763,25	0,00	0,00	0,00	10,25	385,78
2977	BRUNA BERALDO FERRANTE	2.942,75	0,00	0,00	0,00	9,34	274,75
2125	CATIA FERNANDA FERRAZ	1.901,92	0,00	0,00	3,53	8,17	155,48
2752	CRISTIANE PASCOALETO VENDRAME	1.606,71	0,00	0,00	0,00	8,02	128,92
2772	DANIELA DOS SANTOS DE OLIVEIRA	1.667,71	0,00	0,00	0,00	8,06	134,41
2126	DEBORA CRISTINA LOCHE	1.663,48	0,00	0,00	0,00	8,06	134,03
2132	DENISE PRISCILA ANCILOTTO LISBOA DE SOUZA	1.833,29	0,00	0,00	0,00	8,14	149,32
2134	EDILAINE MUNHOZ MAQUEA	1.871,57	0,00	0,00	0,00	8,16	152,75
2135	EDILENE MANOEL	1.606,71	0,00	0,00	0,00	8,02	128,92
2136	ELAINE CRISTINA DIAS BORGES	1.650,45	0,00	0,00	0,00	8,05	132,86
2992	ELIANA CRISTINA RODRIGUES	1.606,95	0,00	0,00	0,00	8,02	128,94
2137	GISLAINE MACHADO MORABITO	1.124,70	0,00	0,00	0,00	7,61	85,54
2127	ISADORA MORAIS DE CASTRO SANTOS	1.417,82	0,00	0,00	0,00	7,89	111,92
2130	IZABEL CRISTINA DE SOUZA	1.400,49	0,00	0,00	0,00	7,88	110,36
2146	KELLY CRISTINA RAMOS ROCHA	1.606,71	0,00	0,00	0,00	8,02	128,92
2771	LAIS MARANI SILVA	6.664,20	0,00	1.065,17	0,00	9,93	650,84
2147	LETICIA MAIARA DOS SANTOS FERRAZ	1.124,70	0,00	0,00	0,00	7,61	85,54
2148	LUCAS CARVALHO DOS SANTOS	1.852,24	0,00	0,00	0,00	8,15	151,02
2149	MAIRA TEIXEIRA DE CASTRO	1.628,73	0,00	0,00	0,00	8,04	130,90
2129	MARCIA MAIARA POSSENTI	1.483,58	0,00	0,00	0,00	8,19	117,84
3021	MAURO CELSO CHIAVELLI	3.273,03	0,00	0,00	0,00	9,67	316,84
2721	NATALIA PAZINATO DA SILVA	2.155,37	0,00	0,00	0,00	8,36	180,27
2154	NATALIA XAVIER NASCIMENTO OLIVEIRA	3.540,97	0,00	0,00	25,69	9,95	353,50
2153	PATRICIA ADRIANA FERREIRA	1.871,26	0,00	0,00	0,00	8,16	152,73
2164	PATRICIA MICHELE DE ALMEIDA	1.606,71	0,00	0,00	0,00	8,02	128,92
2155	PRISCILA SANTOS LEITE DE ALMEIDA	3.030,87	0,00	0,00	0,00	9,40	285,33
2128	REGINA LEIA PARRO RODRIGUES DE SOUSA	1.643,28	0,00	0,00	0,00	8,04	132,22
2157	RICARDO DE CARVALHO	1.830,34	0,00	0,00	0,00	8,14	149,05
3807	SAMIR BISPO DOS SANTOS	1.606,71	0,00	0,00	0,00	8,02	128,92
2839	SONIA DOS SANTOS ROCHA	1.870,51	0,00	0,00	0,00	8,16	152,66
33	THAIS BOARETO DA SILVA	4.628,09	0,00	0,00	0,00	10,95	506,85
2799	VALERIA CRISTINA DE SOUZA DA CRUZ	1.606,72	0,00	0,00	0,00	8,02	128,92
Empregados:	38	Total:	80.524,72	0,00	1.065,17	29,22	7.097,49
Contribuintes:	0	Total:	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Total:	38	Total:	80.524,72	0,00	1.065,17	29,22	7.097,49

Resumo Geral das bases de INSS

	Base cálculo	Excedente	Segurados	Contribuintes	RAT	Empresa	Deduções	Terceiros	Total
Total	80.524,72	0,00	7.097,49	0,00	0,00	0,00	1.094,39	0,00	6.003,10

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

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
29/01/2021 - AUTOATENDIMENTO - 14.48.17
6790306790 SEGUNDA VIA 0003
COMPROVANTE DE PAGAMENTO

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

CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL
AGENCIA: 6790-3 CONTA: 211-9

CODIGO DO PAGAMENTO	2305
COMPETENCIA	12/2020
IDENTIFICADOR	45349461000889
DATA DO PAGAMENTO	20/01/2021
VALOR DO INSS	339,22
VALOR OUTRAS ENTIDADES	0,00
VALOR ATM/JUROS/MULTA	0,00
VALOR TOTAL	339,22

DOCUMENTO: 012005
AUTENTICACAO SISBB: 5.6E8.CB1.C55.DB9.38D

******** VIA EMPREGADOR ********

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
29/01/2021 - AUTOATENDIMENTO - 14.48.17
6790306790 SEGUNDA VIA 0003
COMPROVANTE DE PAGAMENTO

MINISTERIO DA PREVIDENCIA E ASSISTENCIA SOCIAL
INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL
GUIA DA PREVIDENCIA SOCIAL - GPS

CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL

CODIGO DO PAGAMENTO	2305
COMPETENCIA	12/2020
IDENTIFICADOR	45349461000889
DATA DO PAGAMENTO	20/01/2021
VALOR DO INSS	339,22
VALOR OUTRAS ENTIDADES	0,00
VALOR ATM/JUROS/MULTA	0,00
VALOR TOTAL	339,22

DOCUMENTO: 012005
AUTENTICACAO SISBB: 5.6E8.CB1.C55.DB9.38D

******** VIA CONTRIBUINTE ********

Convênio nº 107/2017
Fonte de Recurso Estadual
Termo Aditivo nº 00002/2020
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

Mina 1/3

MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - MPS
INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS
SECRETARIA DA RECEITA PREVIDENCIÁRIA - SRP

PREVIDÊNCIA SOCIAL

GUIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - GPS

1 - NOME OU RAZÃO SOCIAL / FONE / ENDEREÇO **CNPJ 45.349.461/0008-89** ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303 SALA 08 JARDIM ARIANO LINS SP CEP 16400-400		3 - CÓDIGO DE PAGAMENTO	2305
		4 - COMPETÊNCIA	12/2020
		5 - IDENTIFICADOR	45.349.461/0008-89
		6 - VALOR DO INSS	339,22
		7 -	
		8 -	
2 - VENCIMENTO (Uso exclusivo INSS)	20/01/2021	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	339,22
AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA			

1ªVia-INSS -2ªVia CONTRIBUINTE

MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - MPS
INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS
SECRETARIA DA RECEITA PREVIDENCIÁRIA - SRP

PREVIDÊNCIA SOCIAL

GUIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - GPS

1 - NOME OU RAZÃO SOCIAL / FONE / ENDEREÇO **CNPJ 45.349.461/0008-89** ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303 SALA 08 JARDIM ARIANO LINS SP CEP 16400-400		3 - CÓDIGO DE PAGAMENTO	2305
		4 - COMPETÊNCIA	12/2020
		5 - IDENTIFICADOR	45.349.461/0008-89
		6 - VALOR DO INSS	339,22
		7 -	
		8 -	
2 - VENCIMENTO (Uso exclusivo INSS)	20/01/2021	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	339,22
AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA			

1ªVia-INSS -2ªVia CONTRIBUINTE

Convênio nº 107/2017
Fonte de Recurso Estadual
Termo Aditivo nº 00002/2020
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

___/___/___

Empresa: 107 - ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA
CNPJ: 45.349.461/0008-89
Cálculo: Complementar
Competência: 12/2020
Complemento: Todos

Emissão: 17/01/2021
Horas: 21:32:51

RELAÇÃO DE BASES DO INSS

Código	Nome do empregado	Base cálculo	Excedente	Ded.sal.mat.13	Deduções	Taxa	Valor
Comp 12/2020 - Data pagto 20/12/2020 - Lançamento							
EMPREGADOS							
2125	CATIA FERNANDA FERRAZ	624,57	0,00	0,00	0,00	8,47	60,21
2752	CRISTIANE PASCOALETO VENDRAME	536,23	0,00	0,00	0,00	8,34	49,85
2126	DEBORA CRISTINA LOCHE	539,95	0,00	0,00	0,00	8,19	48,59
2127	ISADORA MORAIS DE CASTRO SANTOS	478,96	0,00	0,00	0,00	8,17	43,11
2154	NATALIA XAVIER NASCIMENTO OLIVEIRA	1.037,86	0,00	0,00	0,00	10,27	137,46
Empregados:	5 Total:	3.217,57	0,00	0,00	0,00		339,22
Contribuintes:	0 Total:	0,00	0,00	0,00	0,00		0,00
Total:	5 Total:	3.217,57	0,00	0,00	0,00		339,22

Resumo Geral das bases de INSS

	Base cálculo	Excedente	Segurados	Contribuintes	RAT	Empresa	Deduções	Terceiros	Total
Total	3.217,57	0,00	339,22	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	339,22

Convênio nº 107/2017
Fonte de Recurso Estadual
Termo Aditivo nº 00002/2020
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
29/01/2021 - AUTOATENDIMENTO - 14.48.17
6790306790 SEGUNDA VIA 0003

COMPROVANTE DE PAGAMENTO

CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL
AGENCIA: 6790-3 CONTA: 211-9

AG. ARRECADADOR	
CNC 001 - 6790 - BILAC	SP
CODIGO DE BARRAS	85620000015 76520064102
	01453494610 00105610366
DATA DO PAGAMENTO	20/01/2021
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	1.576,52

DOCUMENTO: 012006
AUTENTICACAO SISBB: 6.275.A01.C47.1C4.3A0

Convênio nº 107/2017
Fonte de Recurso Estadual
Termo Aditivo nº 00002/2020
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

mia

Aprovado pela IN/RFB nº 736/2007

1ª Via

MINISTÉRIO DA FAZENDA
SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL
Documento de Arrecadação de Receitas Federais

DARF

01 NOME / TELEFONE ASSOC HOSP BENEF DO BRASIL 1633748438	**02** PERÍODO DE APURAÇÃO	31/12/2020
	03 NÚMERO DO CPF OU CNPJ	45.349.461/0001-02
	04 CÓDIGO DA RECEITA	0561
	05 NÚMERO DE REFERÊNCIA	
	06 DATA DE VENCIMENTO	20/01/2021
DARF IRRF 12 2020 UTI MIR ANDOPOLIS	**07** VALOR DO PRINCIPAL	1.576,52
DARF válido para pagamento até 20/01/2021 Domicílio tributário do contribuinte: **LINS**	**08** VALOR DA MULTA	0,00
	09 VALOR DOS JUROS E / OU ENCARGOS DL - 1.025/69	0,00
NÃO RECEBER COM RASURAS Auto Atendimento Versão 5.64.71.6643 - opção 1 - DLL versão 1.4	**10** VALOR TOTAL	1.576,52

85620000015-1 76520064102-3 01453494610-9 00105610366-4 **11** AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1ª e 2ª vias)

cortar nesta linha

Aprovado pela IN/RFB nº 736/2007

2ª Via

MINISTÉRIO DA FAZENDA
SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL
Documento de Arrecadação de Receitas Federais

DARF

01 NOME / TELEFONE ASSOC HOSP BENEF DO BRASIL 1633748438	**02** PERÍODO DE APURAÇÃO	31/12/2020
	03 NÚMERO DO CPF OU CNPJ	45.349.461/0001-02
	04 CÓDIGO DA RECEITA	0561
	05 NÚMERO DE REFERÊNCIA	
	06 DATA DE VENCIMENTO	20/01/2021
DARF IRRF 12 2020 UTI MIR ANDOPOLIS	**07** VALOR DO PRINCIPAL	1.576,52
DARF válido para pagamento até 20/01/2021 Domicílio tributário do contribuinte: **LINS**	**08** VALOR DA MULTA	0,00
	09 VALOR DOS JUROS E / OU ENCARGOS DL - 1.025/69	0,00
NÃO RECEBER COM RASURAS Auto Atendimento Versão 5.64.71.6643 - opção 1 - DLL versão 1.4	**10** VALOR TOTAL	1.576,52

85620000015-1 76520064102-3 01453494610-9 00105610366-4 **11** AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1ª e 2ª vias)

cortar nesta linha

DARF emitido em duas vias. Recorte nas linhas pontilhadas e efetue o pagamento na rede bancária autorizada.

Convênio nº 107/2017
Fonte de Recurso Estadual
Termo Aditivo nº 00002/2020
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

RELAÇÃO DAS BASES DO IRRF

Código	Nome do empregado	Tipo	Base cálculo	Abatimentos	Dependentes	ND	Taxa	Dedução	Valor IRRF
Período: 01/12/2020 a 31/12/2020									
EMPREGADOS									
2163	ALESSANDRA DE CASSIA MARDEGAN	Mensal 11/20	3.274,00	317,29	0,00	0	15,00	354,80	88,71
2163	ALESSANDRA DE CASSIA MARDEGAN	13o Integral	3.276,86	317,69	0,00	0	15,00	354,80	89,08
2123	ANA PAULA AZEVEDO ZANATTA	Férias	2.456,76	216,43	0,00	0	7,50	142,80	25,22
2336	BIANCA CAETANO COSTA	Mensal 11/20	3.001,29	281,78	189,59	1	7,50	142,80	46,94
2336	BIANCA CAETANO COSTA	13o Integral	2.862,78	265,16	189,59	1	7,50	142,80	37,80
2977	BRUNA BERALDO FERRANTE	Mensal 11/20	2.794,48	256,96	0,00	0	7,50	142,80	47,51
2977	BRUNA BERALDO FERRANTE	13o Integral	2.954,55	276,17	0,00	0	7,50	142,80	58,08
2771	LAIS MARANI SILVA	13o Resc.	3.195,52	306,30	379,18	2	7,50	142,80	45,45
3021	MAURO CELSO CHIAVELLI	Mensal 11/20	3.257,41	314,97	0,00	0	15,00	354,80	86,57
3021	MAURO CELSO CHIAVELLI	13o Integral	2.401,45	209,80	0,00	0	7,50	142,80	21,57
2154	NATALIA XAVIER NASCIMENTO OLIVEIRA	Mensal 11/20	3.276,36	317,62	0,00	0	15,00	354,80	89,01
2154	NATALIA XAVIER NASCIMENTO OLIVEIRA	Férias	1.023,23	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0,00
2154	NATALIA XAVIER NASCIMENTO OLIVEIRA	Férias	3.753,49	384,42	0,00	0	22,50	636,13	352,14
2154	NATALIA XAVIER NASCIMENTO OLIVEIRA	13o 12/20	14,63	1,75	0,00	0	7,50	142,80	0,97
2154	NATALIA XAVIER NASCIMENTO OLIVEIRA	13o Integral	2.265,54	193,49	0,00	0	7,50	142,80	12,60
2155	PRISCILA SANTOS LEITE DE ALMEIDA	Mensal 11/20	2.795,50	257,08	0,00	0	7,50	142,80	47,58
2155	PRISCILA SANTOS LEITE DE ALMEIDA	13o Integral	2.793,68	256,86	0,00	0	7,50	142,80	47,46
33	THAIS BOARETO DA SILVA	Mensal 11/20	4.620,04	505,73	0,00	0	22,50	636,13	289,59
33	THAIS BOARETO DA SILVA	13o Integral	4.061,12	427,49	0,00	0	15,00	354,80	190,24
		Total:	54.078,69	5.106,99					1.576,52
mpregados: 19	Estagiários: 0	Contribuintes: 0	Total:	54.078,69	5.106,99	758,36			1.576,52
otal Geral:									
mpregados: 9	Estagiários: 0	Contribuintes: 0	Total:	54.078,69	5.106,99	758,36			1.576,52

Resumo Geral IRRF

Cód. de Recolhimento	Periodicidade	Valores Acum. Comp. Ant.		Valor a Recolher	Valor a Compensar	Valor a Pagar	Valor a Acumular
Todos		11/2020	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0561	Mensal	11/2020	0,00	52.601,44	0,00	52.601,44	0,00
0588	Mensal	11/2020	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Totalizador				52.601,44	0,00	52.601,44	0,00

Convênio nº 107/2017
Fonte de Recurso Estadual
Termo Aditivo nº 00002/2020
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

29/01/2021 - BANCO DO BRASIL - 14:48:18
679006790 0006

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL
AGENCIA: 6790-3 CONTA: 211-9

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

03399913906050000000900761001015185060000086300

BENEFICIARIO:
SINCONECTA - TECNOLOGIA DE INFORMAC
NOME FANTASIA:
SINCONECTA - TECNOLOGIA DE INFORMAC
CNPJ: 10.710.409/0001-55
BENEFICIARIO FINAL:
SINCONECTA - TECNOLOGIA DE INFORMAC
CNPJ: 10.710.409/0001-55
PAGADOR:
ASSOC HOSP BENEF DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	12.007
DATA DE VENCIMENTO	20/01/2021
DATA DO PAGAMENTO	20/01/2021
VALOR DO DOCUMENTO	863,00
VALOR COBRADO	863,00

NR.AUTENTICACAO 8.0FE.203.9B0.785.926

Central de Atendimento BB
4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas
0800 729 0001 Demais localidades.
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB
0800 729 0722
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de produtos e servicos.

Ouvidoria
0800 729 5678
Reclamacoes nao solucionadas nos canais habituais agencia, SAC e demais canais de atendimento.

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala
0800 729 0088
Informacoes, reclamacoes,cancelamento de cartao, outros produtos e servicos de Ouvidoria.

Convênio nº 107/2017
Fonte de Recurso Estadual
Termo Aditivo nº 00002/2020
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

PREFEITURA MUNICIPAL DE BAURU
Secretaria Municipal de Economia e Finanças
Divisão de Receitas Mobiliárias

Nota Fiscal Eletrônica de Serviços

Número da Nota: 000000006702-1	**Data de Emissão:** 05/01/2021

PRESTADOR DE SERVIÇOS

Nome/Razão Social: SINCONECTA TECNOLOGIA DE INFORMACAO LTDA ME

CPF/CNPJ: 10.710.409/0001-55 **Inscrição Municipal:** 549188 **Tipo:** ME

CEP: 17016-230 **Endereço:** RUA LUSO BRASILEIRA, 4-44, SALA 710B **Cidade:** BAURU/SP

Fone: (14) 3232-4777 **E-Mail:** thais@paulistacontabilidade.com.br

Documento Emitido por Optante do Simples Nacional, de acordo com a L.C. 123/2006.

TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome/Razão Social: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02 **CEP:** 01640-040 **Cidade:** LINS/SP

Endereço: AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303

E-Mail: clsato@ahbb.org.br

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

REFERENTE AO USO DO SOFTWARE SINCONECTA SAUDE - PROD 01/12/2020 - 31/12/2020 PROJ UTI MIRANDOPOLIS
TRIB APROX R$: 116,07 FEDERAL E 33,74 MUNICIPAL FONTE: IBPT 18.1.A

Atividade:
Não informada

Código do Serviço:
1.06 - ASSESSORIA E CONSULTORIA EM INFORMÁTICA

Local da Prestação: BAURU			**Situação de Tributação:** Tributada no Prestador	
I.N.S.S. (R$) 0,00	**I.R. (R$)** 0,00	**PIS (R$)** 0,00	**COFINS (R$)** 0,00	**C.S.L.L. (R$)** 0,00
Os valores acima referem-se as retenções de tributos administrados pela União, sendo de responsabilidade do Prestador e não implicam na alteração da base de cálculo deduzindo apenas do total líquido				**Valor Aprox. Tributos** 0,00
Deduções de Materiais 0,00	**Base de Cálculo (R$)** 863,00	**Alíquota (%)** 2,00	**Valor do ISS (R$)** 17,26	**Valor Total da Nota (R$)** 863,00
Consulte a autenticidade desta Nota Fiscal através do site oficial da Prefeitura Municipal de Bauru.			**Valor líquido da nota (R$)** 863,00	

Chave de autenticação: 410761FD7C01D0A444809018345486D2

Convênio nº 107/2017
Fonte de Recurso Estadual
Termo Aditivo nº 00002/2020
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

29/01/2021 - BANCO DO BRASIL - 14:48:18
679006790 0007

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL
AGENCIA: 6790-3 CONTA: 211-9

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

03399484570130000099745617601047485060000066004

BENEFICIARIO:
BANCO SOFISA S/A
NOME FANTASIA:
BANCO SOFISA S/A
CNPJ: 60.889.128/0001-80
BENEFICIARIO FINAL:
SUPERMED COMERCIO E IMPORTACAO DE
CNPJ: 11.206.099/0001-07
PAGADOR:
ASSOC. HOSP. BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	12.008
DATA DE VENCIMENTO	20/01/2021
DATA DO PAGAMENTO	20/01/2021
VALOR DO DOCUMENTO	660,04
VALOR COBRADO	660,04

NR.AUTENTICACAO F.AC5.E40.9A0.F12.78C

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 10/7/2017
Fonte de Recurso Estadual
Termo Aditivo nº 00002/2020
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

SUPERMED COM. E IMP. DE PROD. MED. E HOSPIT. LTDA

Rua Projetada, s/n, Itaim - CAMBUI, MG.
CEP:37600000, Fone:11-4934-1700

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA [1]

Nº 490214
SERIE 1
FOLHA 1/1

CHAVE DE ACESSO
3120 1211 2060 9900 0107 5500 1000 4902 1410 0089 7181

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora

NATUREZA DA OPERAÇÃO	PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO
Venda a nao contribuinte	131203966010781 23/12/2020 13:12:07

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO	CNPJ
001.771.1480296	813.020.011.119	11.206.099/0001-07

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL	CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOC. HOSP. BENEFICENTE DO BRASIL (3467)	45.349.461/0001-02	23/12/2020

ENDEREÇO	BAIRRO/DISTRITO	CEP	DATA ENTRADA/SAIDA
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03	JARDIM ARIANO	16400-400	23/12/2020

MUNICÍPIO	FONE/FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DA SAÍDA
LINS	1435325198	SP		20:20

FATURA / DUPLICATA

001	20/01/2021	660,04	002	03/02/2021	660,04		

CALCULO DO IMPOSTO

BASE DE CALCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CALCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
1.320,08	52,80	0,00	0,00	1.320,08

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSORIAS	VALOR TOTAL DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00		0,00	0,00	1.320,08

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEICULO	UF	CNPJ/CPF
ATIVA DISTRIBUICAO E LOGISTICA LTDA	0 - DO EMITENTE				01125797000540

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
AVENIDA PREFEITO OLAVO GOMES DE OLIVEIRA, 6730	POUSO ALEGRE	MG	5250920840006

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERO	PESO BRUTO	PESO LIQUIDO
1	CAIXA			8,20	8,20

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CODIGO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UND	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL. ICMS	AL. IPI
21441	LUVA P/PROCE.N.EST.VINIL P C/20-DESCARPA LT SLVBAA025S (1)04/24 (Fornecedor: 918, Lote: SLVBAA025S, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/04/2019, Data Val: 30/04/2024)	39262000	200	6108	CX	1	1.320,0800	1.320,08	1.320,08	52,80		4,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

UTI MIRANDOPOLIS - CONVENIO 0107/2017#R46 B1
ITEM 1 Aliquota para produtos importados (Resol ucao 13/2012 do Senado Federal.
Emenda Constitucional 87 de 2015:
Valor da partilha para UF de Destino: R$ 184,81
Pedido: 457794
End. Entrega: AV.DR.RAUL DA CUNHA BUENO,585 , MIRANDOPOLIS - 16800-000,
MIRANDOPOLIS-SP - Horario : COMERCIAL
Empresa Enquadrada como Dist. Hospitalar nos termos do Inc. XVII do art. 222 do RICMS/MG
Setor de Cobranca: (11)4934-1669 / 4934-1673 / 4934-1671
QUALQUER INCONFORMIDADE NA ENTREGA, ENTRE IMEDIATAMENTE EM CONTATO COM NOSSO
PÓS-VENDAS NO NÚMERO (11) 4934-1703
Rota.....: 6 Cubagem: 0,03

RESERVADO AO FISCO

HSB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 28 / 12 / 2020
ASS. Izabel C. de Sá

Mercadorias avariadas, ou faltas só serão repostas se forem relacionadas ao conhecimentos do transportes.

Convênio nº 107/2017
Fonte de Recurso Estadual
Termo Aditivo nº 00002/2020
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

29/01/2021 - BANCO DO BRASIL - 14:48:18
679006790 0004

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL
AGENCIA: 6790-3 CONTA: 211-9

BANCO COOPERATIVO SICREDI S.A.

74891116208085853021702213581081985060000007800
BENEFICIARIO:
F B BABETO ME
NOME FANTASIA:
F B BABETO ME
CNPJ: 14.508.613/0001-49
BENEFICIARIO FINAL:
F B BABETO ME
CNPJ: 14.508.613/0001-49
PAGADOR:
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE D
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	12.009
DATA DE VENCIMENTO	20/01/2021
DATA DO PAGAMENTO	20/01/2021
VALOR DO DOCUMENTO	78,00
VALOR COBRADO	78,00

NR.AUTENTICACAO A.FF1.99F.B5D.42E.AD8

Central de Atendimento BB
4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas
0800 729 0001 Demais localidades.
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB
0800 729 0722
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de produtos e servicos.

Ouvidoria
0800 729 5678
Reclamacoes nao solucionadas nos canais habituais agencia, SAC e demais canais de atendimento.

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala
0800 729 0088
Informacoes, reclamacoes,cancelamento de cartao, outros produtos e servicos de Ouvidoria.

Convênio nº 107/2017
Fonte de Recurso Estadual
Termo Aditivo nº 00002/2020
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

NFS-e COMPOSTA POR 1 PÁGINA(S)

MUNICÍPIO DE MIRANDÓPOLIS

MUNICÍPIO DE MIRANDÓPOLIS

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e

Número da NFS-e
40

Código de Verificação de Autenticidade
1O11NFVU0

Data e Hora de Emissão da NFS-e
06/01/2021 às 15:33:18

Chave de Acesso
336501PM58LB7UUEHQMMXMN4YV1E7UN

Para certificação da autenticidade acesse http://138.0.140.18:5660/issweb, menu consultas e informe os dados desta NFS-e.

Informações Fiscais

Exigibilidade do ISS	Número do Processo	Município de Incidência do ISS	Local da Prestação
Exigível		**MIRANDOPOLIS-SP**	**MIRANDOPOLIS - SP**

Número do RPS	Série do RPS	Tipo do RPS	Data do RPS	Competência
				06/01/2021

Optante Simples Nacional	Incentivo Fiscal	Regime Especial Tributação	Tipo ISS
1 - Sim	**2 - Não**	**Microempresário e Empresa de Pequeno Porte (ME EPP)**	**01 - Não Possui ISSQN**

PRESTADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ	RG/Inscrição Estadual	Inscrição Municipal	Cadastro	Nome/Razão Social
14.508.613/0001-49	**449019473114**	**54001022**	**000014245**	F B BABETO - ME

Logradouro	Complemento	Bairro
RUA NOVE DE JULHO, 784		**CENTRO**

CEP	Cidade	Telefone	E-mail
16800-000	**MIRANDÓPOLIS-SP**		

TOMADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ/Documento	RG/Inscrição Estadual	Inscrição Municipal	Nome/Razão Social
45.349.461/0001-02	**ISENTO**		**Associação Hospitalar Beneficente do Brasil**

Logradouro	Complemento	Bairro
Av Jose Ariano Rodrigues, 303		**Jardim Ariano**

CEP/Cod.Postal	Cidade/País	Telefone	E-mail
16400-400	**LINS - SP**		

Discriminação dos Serviços

Qtde.	Un. Medida	Descrição	Vlr. Unitário	Total
1,00	UN	COMPRA E INSTALAÇÃO DE ROTEADOR WIRELESS GIGABIT DUAL BAND AC1200	390,00	R$ 390,00

5X78,00

Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza - ISS

LC 116/2003: **31.01**

Construção Civil

	Alíquota	Atividade Município	Código CNAE	Código da Obra	Código ART
Serviços técnicos em edificações, eletrônica, eletrotécnica, mecânica, telecomunicações e	**4,32%**	**0000310000001**			

Valor Total dos Serviços	Desconto Incondicionado	Deduções Base Cálculo	Base de Cálculo	Total do ISS	ISS Retido	Desconto Condicionado
R$ 390,00	**R$ 0,00**	**R$ 0,00**	**R$ 390,00**	**R$ 16,85**	**2 - Não**	**R$ 0,00**

Retenções de Impostos

PIS	COFINS	INSS	IRRF	CSLL	Outras Retenções
R$ 0,00	**R$ 0,00**	**R$ 0,00**	**R$ 0,00**	**R$ 0,00**	**R$ 0,00**

Valor Líquido da NFS-e: R$ 390,00

Val. Aprox. Tributos:

Informações Complementares

RECEBI(EMOS) DE **F B BABETO - ME** O SERVIÇO CONSTANTE DA NFS-e DE NÚMERO **40** E CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO **1O11NFVU0**.

Data	CPF/RG	Assinatura
____/____/_____	_____	_____

Convênio nº 107/2017
Fonte de Recurso Estadual
Termo Aditivo nº 00002/2020
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
29/01/2021 - AUTOATENDIMENTO - 14.48.18
6790306790 SEGUNDA VIA 0004

COMPROVANTE DE PAGAMENTO

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE DARF/DARF SIMPLES

CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL
AGENCIA: 6790-3 CONTA: 211-9

==========

AGENTE ARRECADADOR
CNC 001 - 6790 - AGENCIA BILAC SP
CODIGO DE BARRAS ---------- ----------
---------- ----------
DATA DO PAGAMENTO 20/01/2021
PERIODO DE APURACAO 31/12/2020
NUMERO DO CPNJ 45.349.461/0001-02
CODIGO DA RECEITA 1708
NUMERO DE REFERENCIA ----------
DATA DO VENCIMENTO 20/01/2021
RECEITA BRUTA ACUMULADA ----------
PERCENTUAL ----------
VALOR DO PRINCIPAL 1.647,86
VALOR DA MULTA ----------
VALOR DOS JUROS ----------
VALOR TOTAL 1.647,86

==========

AUTENTICACAO SISBB: 1.91B.901.E72.AA7.B79

Modelo Aprovado pela SRF - ADE
Conjunto Corat/Cotec n. 001,DE 2006

==========

DOCUMENTO: 012010

Convênio nº 107/2017
Fonte de Recurso Estadual
Termo Aditivo nº 00002/2020
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

Mira

IR

1a. via

MINISTÉRIO DA FAZENDA
SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL
Documento de Arrecadação de Receitas Federais

DARF

02 PERÍODO DE APURAÇÃO →	31/12/2020
03 NÚMERO DO CPF OU CNPJ →	45.349.461/0001-02
04 CÓDIGO DA RECEITA →	1708
05 NÚMERO DE REFERÊNCIA →	
06 DATA DE VENCIMENTO →	20/01/2021
07 VALOR DO PRINCIPAL →	1.647,86
08 VALOR DA MULTA →	0,00
09 VALOR DOS JUROS E / OU ENCARGOS DL - 1.025/69 →	0,00
10 VALOR TOTAL →	1.647,86

01 NOME / RAZÃO SOCIAL

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

Data limite para acolhimento: **20/01/2021**

Observações:

Sicalc Contribuinte - 6643 - SP

SENDA (Versão:4.9.7) 17/01/2021 13:48:06

11 AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1a. e 2a. vias)

2a. via

MINISTÉRIO DA FAZENDA
SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL
Documento de Arrecadação de Receitas Federais

DARF

02 PERÍODO DE APURAÇÃO →	31/12/2020
03 NÚMERO DO CPF OU CNPJ →	45.349.461/0001-02
04 CÓDIGO DA RECEITA →	1708
05 NÚMERO DE REFERÊNCIA →	
06 DATA DE VENCIMENTO →	20/01/2021
07 VALOR DO PRINCIPAL →	1.647,86
08 VALOR DA MULTA →	0,00
09 VALOR DOS JUROS E / OU ENCARGOS DL - 1.025/69 →	0,00
10 VALOR TOTAL →	1.647,86

01 NOME / RAZÃO SOCIAL

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

Data limite para acolhimento: **20/01/2021**

Observações:

Sicalc Contribuinte - 6643 - SP

SENDA (Versão:4.9.7) 17/01/2021 13:48:06

11 AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1a. e 2a. vias)

Convênio nº 107/2017
Fonte de Recurso Estadual
Termo Aditivo nº 00002/2020
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

___/___/____

_____

DATA DO DOCUMENTO	NF	CREDOR	Valor	ISS	IRRF	PCC		TOTAL IMP.	TOT. LIQUIDO
04/12/2020	366	Winter - Gestão e Consultoria Médica	R$ 107.400,00	R$ -	R$ 1.611,00	R$ 4.994,10		R$ 6.605,10	R$ 100.794,90
26/11/2020	54309	Laboratório São Paulo Analises Clinicas Ltda	R$ 2.457,32	R$ -	R$ 36,86	R$ 114,27		R$ 151,13	R$ 2.306,19
				R$ -	R$ -	R$ -		R$ -	R$ -
TOTAL			**R$ 109.857,32**	**R$ -**	**R$ 1.647,86**	**R$ 5.108,37**	**R$ -**	**R$ 6.756,23**	**R$ 103.101,09**

Convênio nº 107/2017
Fonte de Recurso Estadual
Termo Aditivo nº 00002/2020
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
29/01/2021 - AUTOATENDIMENTO - 14.48.18
6790306790 SEGUNDA VIA 0005
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE
TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL
CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL
AGENCIA: 6790-3 CONTA: 211-9
==========
FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : ASSOCIACAO H B DO BRASIL
BANCO: 341 - ITAU UNIBANCO S.A.
AGENCIA: 0220-8 - PENAPOLIS SP
CONTA: 5.744-2

FAVORECIDO: DESTRA - APOIO E PREVENCAO EM SEGUR
CPF/CNPJ: 11.814.918/0001-90
VALOR: R$ 1.205,98
DEBITO EM: 20/01/2021
==========
DOCUMENTO: 012011
AUTENTICACAO SISBB: 3.C5D.2A1.D9C.AB0.323

Convênio nº 107/2017
Fonte de Recurso Estadual
Termo Aditivo nº 00002/2020
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS

Secretaria Municipal da Fazenda

Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e

Número da Nota	Data de Emissão	Data e Hora da Competência	Código de Verificação
1811	04/01/2021	04/01/2021 às 18:27:08	5883-8647-8500

PRESTADOR DE SERVIÇOS

DESTRA

CNPJ	11.814.918/0001-90	Cód. Mobiliário	76568	Insc. Mun.	2.299.2065
Nome	737918-DESTRA - APOIO E PREV EM SEG DO TRABALHO LTDA ME			RG/IE	521.154.679.119
Logradouro	RUA-FERNANDO RIBEIRO DE BARROS			Número	370
Bairro	CENTRO			CEP	16300-031
Município	PENÁPOLIS			UF	SP
Situação	Não Optante do Simples Nacional				
Telefones					
E-Mail's					

Autenticação

TOMADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ	45.349.461/0001-02	RG/IE	
Inscrição Mun.		Cód. Mobiliário	0
Nome	6036845-ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		
E-mail		Telefone	
Inf. Comp.			
Logradouro	-AV JOSE ARIANO RODRIGUES	Número	303
Bairro	JARDIM ARIANO	CEP	16400-400
Município	LINS	UF	SP
Complemento	HOSPITAL	País	BRASIL

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Serviço	Descrição	Vlr. Unitário	Qtde	Aliq. Tributo (IBPT)	Total
2	ASO	35,0000	1,00	0,00	35,00
3	ASSESSORIA EM SEGURANÇA DO TRABALHO	1.250,0000	1,00	0,00	1.250,00

Valor Total dos Serviços - R$1.285,00

INFORMAÇÕES REFERENTE A DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

REF 12/2020 - UTI MIRANDÓPILIS
ASSESSORIA EM SEGURANÇA DO TRABALHO
01 ASO

IMPOSTOS

PIS (R$)	COFINS (R$)	INSS (R$)	IR (R$)	CSLL (R$)	Outras Retenções (R$)
8,35	38,55		19,27	12,85	
CIDE (R$)	ICMS (R$)	IOF (R$)	IPI (R$)		Outros Tributos (R$)

VALOR TOTAL DA NOTA = R$ 1.285,00

Atividade
17.01-ASSESSORIA OU CONSULTORIA DE QUALQUER NATUREZA, NÃO CONTIDA EM OUTROS ITENS DESTA LISTA; ANÁLISE, EX

Operação	Deduçao de Materiais	Responsável pelo imposto
Sem Lançamentos de Materiais/Equipamentos	Não	Prestador dos Serviços
Situação da Nota Fiscal	**Local do Serviço**	
Normal	Dentro do Município	

Aliquota (%)	Base de Cálc. (R$)	Vlr. Total das Deduções (R$)	Vlr. Total Retido (R$)	Vlr. do ISS (R$)
3,0000	1.285,00	0,00	79,02	38,55

VALOR LÍQUIDO DA NOTA = R$ 1.205,98

OUTRAS INFORMAÇÕES (RESERVADO AO FISCO)

NENHUMA INFORMAÇÃO COMPLEMENTAR REGISTRADA

Recebi(emos) do Prestador: DESTRA - APOIO E PREV EM SEG DO TRABALHO LTDA ME CNPJ: 11.814.918/0001-90

Os serviços constantes da Nota Fiscal de Serviços Eletrônica n.º **1811** emitida em **04/01/2021** às **18:27:08** - Cód Verif **5883-8647-8500**
Condições de Pagamento: Vencimento: 04/01/2021 Valor Total R$ **1.285,00** Valor Líquido R$ **1.205,98**
Ass: _____ em ____/____/_____.
Assinatura do Destinatário/Tomador do(s) Serviço(s) Data da Assinatura

Convênio nº 107/2017
Fonte de Recurso Estadual
Termo Aditivo nº 00002/2020
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

DESTRA - ASSESSORIA EM SEGURANÇA E MEDICINA DO TRABALHO

CNPJ: 11.814.918/0001-90

Rua Fernando Ribeiro de Barros, 370, 370 - Bairro CENTRO

16300-031 - PENÁPOLIS - SP

Fone: 018-3653.8181 Fax:

Email: destra.assessoria@gmail.com

FATURAMENTO

Abrangência: 01/12/2020 até 31/12/2020 - Emissão: 04/01/2021

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL - UTI MIRANDOPOLIS - (AHBB - UTI - MIRANDOPOLIS) (1393) - CNPJ: 45.349.461/0008-89

Serviços Prestados

* Descrição do serviço	Total
Assessoria em Segurança do Trabalho ref. a 12/2020	1.250,00
	Total => 1.250,00

Atestados no Período

* Empregado	Emissão	R$	Total
ASO para GISLAINE MACHADO MORABITO - 32216798827 (Retorno ao Trabalho)	17/12/2020	35,00	35,00
		Atestados: 1	**35,00**
		Total => R$	**1.285,00**
		Geral do Faturamento	**1.285,00**

Convênio nº 107/2017
Fonte de Recurso Estadual
Termo Aditivo nº 00002/2020
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
29/01/2021 - AUTOATENDIMENTO - 14.48.18
6790306790 SEGUNDA VIA 0010
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE
TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL
CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL
AGENCIA: 6790-3 CONTA: 211-9
==========
FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : ASSOCIACAO H B DO BRASIL
BANCO: 756 - BANCO COOPERATIVO DO BRASIL S.A.
AGENCIA: 5042-3 - UNIMAIS CENTRO LESTE PAULISTA
CONTA: 4.599-3

FAVORECIDO: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE D
CPF/CNPJ: 45.349.461/0003-74
VALOR: R$ 102,63
DEBITO EM: 20/01/2021
==========
DOCUMENTO: 012012
AUTENTICACAO SISBB: 0.AE4.F63.3F4.18A.9B6

Convênio nº 107/2017
Fonte de Recurso Estadual
Termo Aditivo nº 00002/2020
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA

NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFS-e

RPS Nº 226263067932 Série A, emitido em 04/01/2021

20210119u20617386000192

Número da Nota	Data e Hora de Emissão	Código de Verificação
00026857	04/01/2021 08:26:08	5PRA-NAPB

PRESTADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ: **20.617.386/0001-92** Inscrição Municipal: **5.046.020-0**

Nome/Razão Social: **AUTOMATIZAÇÕES SECULO XXI TRATAMENTO DE DADOS LTDA - EPP**

Endereço: **R Martins Fontes 230, 7° e 9° ANDAR - Centro - CEP: 01050-000**

Município: **São Paulo** UF: **SP**

TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome/Razão Social: **ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL**

CPF/CNPJ: **45.349.461/0001-02** Inscrição Municipal: **----**

Endereço: **AV JOSÉ ARIANO RODRIGUES 303, SALA 03 - JARDIM ARIANO - CEP: 16400-400**

Município: **Lins** UF: **SP** E-mail: **-----**

INTERMEDIÁRIO DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ: **----** Nome/Razão Social: **----**

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Prestação de serviços do uso da plataforma PONTOTEL, que é um software padrão, não customizado
Não há aplicação de retenção, seja IRRF ou CSRF
Obs: Vencimento conforme boleto emitido

VALOR TOTAL DO SERVIÇO = R$ 1.562,00

INSS (R$)	IRRF (R$)	CSLL (R$)	COFINS (R$)	PIS/PASEP (R$)
-	-	-	-	-

Código do Serviço

02800 - Licenciamento ou cessão de direito de uso de programas de computação, inclusive distribuição.

Valor Total das Deduções (R$)	Base de Cálculo (R$)	Alíquota (%)	Valor do ISS (R$)	Crédito (R$)
0,00	1.562,00	2,90%	45,29	0,00

Município da Prestação do Serviço	Número Inscrição da Obra	Valor Aproximado dos Tributos / Fonte
-	-	-

OUTRAS INFORMAÇÕES

(1) Esta NFS-e foi emitida com respaldo na Lei nº 14.097/2005; (2) Esta NFS-e substitui o RPS Nº 226263067932 Série A, emitido em 04/01/2021; (3) Data de vencimento do ISS desta NFS-e: 10/02/2021;

Convênio nº 107/2017
Fonte de Recurso Estadual
Termo Aditivo nº 00002/2020
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

AHBB | REDE SANTA CASA

MIRANOPOLIS /SP, 26 de Fevereiro de 2021.

NOTA EXPLICATIVA

A AHBB| Rede Santa Casa, vem através deste, esclarecer o pagamento realizado no mês de JANEIRO/2021 no valor de R$ 102,63 a favor da empresa AUTOMATIZAÇÕES SECULO XXI TRATAMENTO DE DADOS LTDA EPP, a nota nº 00026857 refere-se aos serviços de implantação de sistema de controle de ponto eletrônico, conforme cronograma anexo. O serviço foi contratado em contrato único entre todos os projetos da nossa instituição com o intuito de melhorarmos a condições de negociação com a empresa, uma vez que a quantidade de profissionais interfere diretamente nas condições de contrato. Assim, de um total de 622 profissionais que corresponde a 100% dos profissionais da AHBB, com o custo total da nota de R$ 1.595,84, essa unidade corresponde à 6% tendo 40 profissionais nesse período inseridos nessa implantação.

Nos colocamos à disposição para maiores esclarecimentos que julgarem necessários.

ANA CLAUDIA DA SILVA

Supervisora de RH

Associação Hospitalar Beneficente do Brasil

AHBB Assoc. Hosp. Beneficente do Brasil

Convênio nº 107/2017
Fonte de Recurso Estadual
Termo Aditivo nº 00002/2020
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

29/01/2021 - BANCO DO BRASIL - 14:48:18
679006790 0005

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL
AGENCIA: 6790-3 CONTA: 211-9

BANCO DO BRASIL

00190616705527863359300002034312185080000145248
BENEFICIARIO:
DUPATRI H C I EXPORTACAO LTDA
NOME FANTASIA:
DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IMPORTA
CNPJ: 04.027.894/0001-64
PAGADOR:
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEF DO BRAS
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	12.201
NOSSO NUMERO	6167552786
CONVENIO	00000000
DATA DE VENCIMENTO	22/01/2021
DATA DO PAGAMENTO	22/01/2021
VALOR DO DOCUMENTO	1.452,48
VALOR COBRADO	1.452,48

NR.AUTENTICACAO D.E16.446.9C4.B73.D6E

Central de Atendimento BB
4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas
0800 729 0001 Demais localidades.
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB
0800 729 0722
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de produtos e servicos.

Ouvidoria
0800 729 5678
Reclamacoes nao solucionadas nos canais habituais agencia, SAC e demais canais de atendimento.

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala
0800 729 0088
Informacoes, reclamacoes,cancelamento de cartao, outros produtos e servicos de Ouvidoria.

Convênio nº 107/2017
Fonte de Recurso Estadual
Termo Aditivo nº 00002/2020
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IMPORTACAO E EXPORTACAO LTDA

AVENIDA PEDRO PASCOAL DOS SANTOS, 410 - GALPAO002 MD 4 E 5 - RESIDENCIAL REAL PARQUE SUMARÉ - SUMARE, SP, CEP:13178561, Fone:13-3228-8700

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA 1-SAIDA: 1

Nº 125880
SERIE 1
FOLHA 1/2

CHAVE DE ACESSO
3520 1204 0278 9400 0750 5500 1000 1258 8010 0125 9711

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora

NATUREZA DA OPERAÇÃO	PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO
VENDA MERC.ADQ. REC.TERCEIROS	135201154117143 08/12/2020 17:47:55

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTARIO	CNPJ
671.392.680.115		04.027.894/0007-50

DESTINATARIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL	CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOC.HOSPITALAR BENEF.DO BRASIL (8149)	45.349.461/0001-02	08/12/2020

ENDEREÇO	BAIRRO/DISTRITO	CEP	DATA ENTRADA/SAIDA
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303	JARDIM ARIANO	16400-400	08/12/2020

MUNICÍPIO	FONE/FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DA SAIDA
LINS	1435325198	SP		17:32

FATURA / DUPLICATA

001 22/01/2021 1.452,48

CALCULO DO IMPOSTO

BASE DE CALCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CALCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
1.452,48	184,36	0,00	0,00	1.452,48

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00		0,00	0,00	1.452,48

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
O EMITENTE (43)	0 - DO EMITENTE				

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
RUA SAO PAULO, 31	SANTOS	SP	633565182110

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
4	CAIXAS			10,00	10,00

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UND	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL. ICMS	AL.IPI
50559	SERINGA GASOMETRIA A-LINE 3ML LL C/100 - BD365060 (Lote: 0203385, Qtde: 1, Dt Val: 31/07/2022 ,Data Fab: 01/07/2020)	90183119	200	5102	CX	1	240,0000	240,00	240,00	28,80		12,00	
34004	LUVA P/TOQUE ESTERIL C/100-LUPLAST (Lote: 1010, Qtde: 2, Dt Val: 30/06/2023 ,Data Fab: 01/06/2019)	39262000	000	5102	PCT	2	9,0000	18,00	18,00	3,24		18,00	
12883	ATADURA CREPE 13F 15CMX 1,80M C/12 EUROPA - POLARFIX (Lote: 44704, Qtde: 8, Dt Val: 09/11/2025 ,Data Fab: 09/11/2020)	30059090	000	5102	DZ	8	8,1000	64,80	64,80	11,67		18,00	
36041	COMP.GAZE 7,5X7,5 13F C/500 - CLEAN (Lote: 33820, Qtde: 2, Dt Val: 31/10/2025 ,Data Fab: 01/10/2020)	30059090	000	5102	PCT	2	11,0000	22,00	22,00	3,96		18,00	
34904	MEROPENEM IV 1G C/25 GEN - BIOCHIMICO (Lote: 009024, Qtde: 2, Dt Val: 30/06/2022 ,Data Fab: 01/07/2020)	30042099	000	5102	CX	2	468,2500	936,50	936,50	112,38		12,00	
27000	BROMOPRIDA 5MG C/50 AMP GEN - NOVAFARMA (Lote: 78PD1449, Qtde: 1, Dt Val: 30/04/2022 ,Data Fab: 01/04/2020)	30049045	500	5102	CX	1	52,6800	52,68	52,68	6,32		12,00	
2314	NITROP 50MG 5/2ML - HYPOFARMA (Lote: 20091387, Qtde: 1, Dt Val: 30/09/2022 ,Data Fab: 01/09/2020)	30039099	000	5102	CX	1	62,9000	62,90	62,90	11,32		18,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

PEDIDO AMOSTRAS DE MERCADORIAS COM NO MAXIMO DE 48HORAS APOS A ENTREGA
ENTREGAR DR RAUL DA CUNHA BUENO 585 JD SANTA ROSA MIRANOPOLIS SPUTI MIRANOPOLIS CONV 107/2017 AC. LAIS
ITENS 1 a 6,8 ALIQ.12% CF LEI GENERICOSSP 16005/2015
ITEM 1 Aliq. 12% conf. art. 541nciso XV da alínea "D"do RICMS/SP
ITENS 2 a 4
ITEM 1 ISENTO PIS/COFINS DECRETO 6426/08 ANEXO III
ITENS 5 a 8 ALIQUOTA ZERO PIS/COFINS,CF.ART.2 DA LEI 10.147/00
VALOR APROX. TRIBUTOS, R$ 192,31, Federal, R$ 7,95, Estadual, R$ 184,36
Lacida: 142326
Representante: REGIAO SJRP - (VITOR)

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 09/12/2020
ASS.

Convênio nº 107/2017
Fonte de Recurso Estadual
Termo Aditivo nº 00002/2020
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IMPORTACAO E EXPORTACAO LTDA

AVENIDA PEDRO PASCOAL DOS SANTOS, 410 - GALPAO002 MD 4 E 5 - RESIDENCIAL REAL PARQUE SUMARÉ - SUMARE, SP, CEP:13178561, Fone:13-3228-8700

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA [1]

Nº 125880
SERIE 1
FOLHA 2/2

CHAVE DE ACESSO
3520 1204 0278 9400 0750 5500 1000 1258 8010 0125 9711

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora

NATUREZA DA OPERAÇÃO
VENDA MERC.ADQ. REC.TERCEIROS

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO
135201154117143 08/12/2020 17:47:55

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO	CNPJ
671.392.680.115		04.027.894/0007-50

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CODIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇOS	NCM/CH	CST	CFOP	UND	QUANT.	V.UNIT	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL ICMS	AL IPI
22384	ONDANSETRONA 4MG 50/2ML GEN -NOVAFA (Lote: 78PG2628, Qtde: 1, Dt Val: 31/07/2022 ,Data Fab: 01/07/2020)	30042051	000	5102	CX	1	55,6000	55,60	55,60	6,67		12,00	

Convênio nº 107/2017
Fonte de Recurso Estadual
Termo Aditivo nº 00002/2020
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

29/01/2021 - BANCO DO BRASIL - 14:48:18
679006790 0006

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL
AGENCIA: 6790-3 CONTA: 211-9

BANCO DO BRASIL

00190616705525463359100002034312685080000097610
BENEFICIARIO:
DUPATRI H C I EXPORTACAO LTDA
NOME FANTASIA:
DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IMPORTA
CNPJ: 04.027.894/0001-64
PAGADOR:
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEF DO BRAS
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	12.202
NOSSO NUMERO	6167552546
CONVENIO	00000000
DATA DE VENCIMENTO	22/01/2021
DATA DO PAGAMENTO	22/01/2021
VALOR DO DOCUMENTO	976,10
VALOR COBRADO	976,10

NR.AUTENTICACAO 4.A8B.4CA.134.96E.ED0

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 [illegible]
Fonte de Recurso Estadual
Termo Aditivo nº 00002/2020
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

DUPATRI HOSPITALAR COM IMP EXT LTDA
AV JOSE SEVERINO, Nº 3530
CATALÃO - GO
CEP: 75.709-616
TELEFONES
ESTOQUE CATALÃO (64) 3442 5061
ADM. SANTOS (13) 3228-8700

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA [1]

Nº 1145224
SERIE 1
FOLHA 1/1

CHAVE DE ACESSO
5220 1204 0278 9400 0326 5500 1001 1452 2410 0132 2524

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora

NATUREZA DA OPERAÇÃO	PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO
VENDA N CONTRIB	152203642645393 08/12/2020 20:38:04

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO	CNPJ
10.444.430-4	809.010.530.117	04.027.894/0003-26

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL	CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOC HOSPITALAR BENEF.DO BRASIL (8149)	45.349.461/0001-02	08/12/2020

ENDEREÇO	BAIRRO/DISTRITO	CEP	DATA ENTRADA/SAÍDA
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303	JARDIM ARIANO	16400-400	08/12/2020

MUNICÍPIO	FONE/FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DA SAÍDA
LINS	1435325198	SP		20:31

FATURA / DUPLICATA

001 22/01/2021 976,10

CALCULO DO IMPOSTO

BASE DE CALCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
813,39	97,61	0,00	0,00	976,10

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00		0,00	0,00	976,10

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
VEICULO PROPRIO (90)	0 - DO EMITENTE				04027894000326

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
AVENIDA JOSE SEVERINO, 3530	CATALAO	GO	104444304

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
5	CAIXAS			16,00	16,00

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UND.	QUANT.	V.UNIT	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL. ICMS	ALIPI
34474	MASCARA TECIDO PFF2 8801 C/20-3M (Lote: I201662, Qtde: 2, Dt Val: 30/06/2023 ,Data Fab: 01/06/2020)	63079010	020	6108	UN	2	110,0000	220,00	183,33	22,00		12,00	
26121	ESPARADRAPO 10CMX4,5M - PROCITEX (Lote: 1993030G, Qtde: 2, Dt Val: 31/07/2022 ,Data Fab: 01/07/2020)	30051030	020	6108	RL	2	6,3000	12,60	10,50	1,26		12,00	
36559	FRALDA GERIAT.TAM.EG C/7 - SLIM	96190000	020	6108	PCT	30	8,0500	241,50	201,24	24,15		12,00	
35968	OPRAZON 40MG 20/10ML.DIL.- BLAU (Lote: 20-110854, Qtde: 1, Dt Val: 30/11/2022 ,Data Fab: 01/11/2020)	30049069	520	6108	CX	1	502,0000	502,00	418,32	50,20		12,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

RECLAMACOES DE MERCADORIAS COM NO MAXIMO DE 48HORAS APOS A ENTREGA
ENTREGAR DR RAUL DA CUNHA BUENO 585 JD SANTA ROSA MIRANOPOLIS SPUTI MIRANOPOLIS CONV 107/2017 AC/ IAIS
ITENS 1 a 4 RED.BASE DE CALCULO CONF. ART. 8º, INC. VIII, ANEXO IX DEC.4.852/97 - RICMS/00
ITENS 1 a 4
ITEM 4 ALIQUOTA ZERO PIS/COFINS,CF.ART.2 DA LEI 10.147/00
ITENS 1 a 4 DIFERENCIAL DE ALIQ.CFCONV.93 -EMENDA 87/15
ITENS 1 a 4
ITENS 1 a 4
Emenda Constitucional 87 de 2015:
Valor da partilha para UF de Destino: R$ 58,57
VALOR APROX. TRIBUTOS, R$ 134,44, Federal, R$ 36,83, Estadual, R$ 97,61
Pedido: 1225580
Representante: REGIAO SJRP - (VITOR)
Redespacho...: O EMITENTE (43) - CIF - CNPJ.: - Inscrição Estadual.:633565182110 -
Endereço.:RUA SAO PAULO SANTOS-SP

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 07/12/2020
ASS.

Convênio nº 107/2017
Fonte de Recurso Estadual
Termo Aditivo nº 00002/2020
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

29/01/2021 - BANCO DO BRASIL - 14:48:18
679006790 0008

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL
AGENCIA: 6790-3 CONTA: 211-9

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

03399432430210000000500001401017185110000063750
BENEFICIARIO:
J E DE ARAUJO ODONTOLOGIA EIRELI EP
NOME FANTASIA:
J E DE ARAUJO ODONTOLOGIA EIRELI EP
CNPJ: 36.430.763/0001-10
BENEFICIARIO FINAL:
J E DE ARAUJO ODONTOLOGIA EIRELI EP
CNPJ: 36.430.763/0001-10
PAGADOR:
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE D
CNPJ: 45.349.461/0008-89

NR. DOCUMENTO	12.501
DATA DE VENCIMENTO	25/01/2021
DATA DO PAGAMENTO	25/01/2021
VALOR DO DOCUMENTO	637,50
VALOR COBRADO	637,50

NR.AUTENTICACAO 8.9E6.DE5.DE4.1D6.DB3

Central de Atendimento BB
4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas
0800 729 0001 Demais localidades.
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB
0800 729 0722
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de produtos e servicos.

Ouvidoria
0800 729 5678
Reclamacoes nao solucionadas nos canais habituais agencia, SAC e demais canais de atendimento.

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala
0800 729 0088
Informacoes, reclamacoes,cancelamento de cartao, outros produtos e servicos de Ouvidoria.

Convênio nº 107/2017
Fonte de Recurso Estadual
Termo Aditivo nº 00002/2020
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

NFS-e COMPOSTA POR 1 PÁGINA(S)

mina

MUNICÍPIO DE MIRANDÓPOLIS

MUNICÍPIO DE MIRANDÓPOLIS

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e

Número da NFS-e
28

Código de Verificação de Autenticidade
XKG68MX67

Data e Hora de Emissão da NFS-e
18/01/2021 às 12:16:13

Chave de Acesso
3377106L3UENTXJSJRISL3QNNFMXFYKG

Para certificação da autenticidade acesse http://138.0.140.18:5660/issweb, menu consultas e informe os dados desta NFS-e.

Informações Fiscais

Exigibilidade do ISS	Número do Processo	Município de Incidência do ISS	Local da Prestação
Exigível		**MIRANDOPOLIS-SP**	**MIRANDOPOLIS - SP**

Número do RPS	Série do RPS	Tipo do RPS	Data do RPS	Competência
				18/01/2021

Optante Simples Nacional	Incentivo Fiscal	Regime Especial Tributação	Tipo ISS
1 - Sim	**2 - Não**	**Microempresário e Empresa de Pequeno Porte (ME EPP)**	**03 - Sobre Faturamento**

PRESTADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ	RG/Inscrição Estadual	Inscrição Municipal	Cadastro	Nome/Razão Social
36.430.763/0001-10		**54001813**	**000020605**	J. E. DE ARAUJO ONDONTOLOGIA EIRELI - EPP

Logradouro	Complemento	Bairro
RUA DAS NACOES UNIDAS, 90		**CENTRO**

CEP	Cidade	Telefone	E-mail
16800-000	**MIRANDÓPOLIS-SP**		

TOMADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ/Documento	RG/Inscrição Estadual	Inscrição Municipal	Nome/Razão Social
45.349.461/0008-89			**ASSOCIAÇAO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL**

Logradouro	Complemento	Bairro
AVENIDA PAULO DE BARROS, 326		**CENTRO**

CEP/Cod.Postal	Cidade/País	Telefone	E-mail
16800-000	**MIRANDOPOLIS - SP**	**18 33748438**	

Discriminação dos Serviços

Qtde.	Un. Medida	Descrição	Vlr. Unitário	Total
1,00	UN	serviços odontologicos-convenio ref mes jan/2021	637,50	R$ 637,50

Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza - ISS

Construção Civil

LC 116/2003: **04.12**	Alíquota	Atividade Município	Código CNAE	Código da Obra	Código ART
Odontologia	**2,00%**	**0000040000012**	**8630504**		

Valor Total dos Serviços	Desconto Incondicionado	Deduções Base Cálculo	Base de Cálculo	Total do ISS	ISS Retido	Desconto Condicionado
R$ 637,50	**R$ 0,00**	**R$ 0,00**	**R$ 637,50**	**R$ 12,75**	**2 - Não**	**R$ 0,00**

Retenções de Impostos

PIS	COFINS	INSS	IRRF	CSLL	Outras Retenções
R$ 0,00	**R$ 0,00**	**R$ 0,00**	**R$ 0,00**	**R$ 0,00**	**R$ 0,00**

Valor Líquido da NFS-e: R$ 637,50

Val. Aprox. Tributos: Federal (4,00%) R$25,50 Estadual (0,00%) R$0,00 Municipal (2,00%) R$12,75

Informações Complementares

RECEBI(EMOS) DE **J. E. DE ARAUJO ONDONTOLOGIA EIRELI - EPP** O SERVIÇO CONSTANTE DA NFS-e DE NÚMERO **28** E CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO **XKG68MX67**.

Data	CPF/RG	Assinatura
____/____/____		

Convênio nº 107/2017
Fonte de Recurso Estadual
Termo Aditivo nº 00002/2020
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

25/01/1

21

29/01/2021 - BANCO DO BRASIL - 14:48:18
679006790 0003

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL
AGENCIA: 6790-3 CONTA: 211-9

BANCO DO BRASIL

00190000090330884120800002978179385120000054150
BENEFICIARIO:
DUPATRI H C I EXPORTACAO LTDA
NOME FANTASIA:
DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IMPORTA
CNPJ: 04.027.894/0001-64
PAGADOR:
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEF DO BRAS
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	12.601
NOSSO NUMERO	33088412000002978
CONVENIO	03308841
DATA DE VENCIMENTO	26/01/2021
DATA DO PAGAMENTO	26/01/2021
VALOR DO DOCUMENTO	541,50
VALOR COBRADO	541,50

NR.AUTENTICACAO D.929.EA7.CFA.F2B.E8B

Central de Atendimento BB
4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas
0800 729 0001 Demais localidades.
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB
0800 729 0722
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de produtos e servicos.

Ouvidoria
0800 729 5678
Reclamacoes nao solucionadas nos canais habituais agencia, SAC e demais canais de atendimento.

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala
0800 729 0088
Informacoes, reclamacoes,cancelamento de cartao, outros produtos e servicos de Ouvidoria.

Convênio nº 107/2017
Fonte de Recurso Estadual
Termo Aditivo nº 00002/2020
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópoli
Tipo de Despesa: Custeio

DUPATRI HOSPITALAR COM IMP EXT LTDA
AV. JOSE SEVERINO, N° 3530
CATALÃO - GO
CEP: 75.709-616
TELEFONES
ESTOQUE CATALÃO: (64) 3442-8051
ADM. SANTOS: (13) 3228-8700

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA [1]

Nº 1149080
SERIE 1
FOLHA 1/1

CHAVE DE ACESSO
5220 1204 0278 9400 0326 5500 1001 1490 8010 0092 9413

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora

NATUREZA DA OPERAÇÃO		PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO
VENDA N CONTRIB		152203682116273 22/12/2020 16:03:34

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO	CNPJ
10.444.430-4	809.010.530.117	04.027.894/0003-26

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL			CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOC HOSPITALAR BENEF.DO BRASIL (8149)			45.349.461/0001-02	22/12/2020
ENDEREÇO		**BAIRRO/DISTRITO**	**CEP**	**DATA ENTRADA/SAÍDA**
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303		JARDIM ARIANO	16400-400	22/12/2020
MUNICÍPIO	**FONE/FAX**	**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**	**HORA DA SAÍDA**
LINS	1435325198	SP		15:53

FATURA / DUPLICATA

001	26/01/2021	541,50			

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
451,23	54,15	0,00	0,00	541,50
VALOR DO FRETE	**VALOR DO SEGURO**	**DESCONTO**	**OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS**	**VALOR TOTAL DO IPI**	**VALOR TOTAL DA NOTA**
0,00	0,00		0,00	0,00	541,50

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
VEICULO PROPRIO (90)	0 - DO EMITENTE				04027894000326
ENDEREÇO	**MUNICÍPIO**			**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**
AVENIDA JOSE SEVERINO, 3530	CATALAO			GO	104444304

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
4	CAIXAS			22,00	22,00

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UND.	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL. ICMS	AL. IPI
36559	FRALDA GERIAT.TAM.EG C/7 - SLIM	96190000	020	6108	PCT	30	8,0500	241,50	201,24	24,15		12,00	
51084	MASCARA PFF2 HOSP. AURA 9360H - 3M (Lote: 3M20122463, Qtde: 40, Dt Val: 31/12/2023 ,Data Fab: 01/12/2020)	63079010	020	6108	UN	40	7,5000	300,00	249,99	30,00		12,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

RECLAMACOES DE MERCADORIAS COM NO MAXIMO DE 48HORAS APOS A ENTREGA
MIRANOPOLIS - DUPATRIENTREGAR DR RAUL DA CUNHA BUENO 585 JD SANTA ROSA MIRANOPOLIS
SPUTI MIRANOPOLIS CONV 0107/2017 AC/ LAIS 7570
ITEM 1 e 2 RED.BASE DE CALCULO CONF. ART. 8º, INC. VIII, ANEXO IX DEC.4.852/97 - RICMS/GO
ITEM 1 e 2
ITEM 1 e 2 DIFERENCIAL DE ALIQ.CFCONV.93 -EMENDA 87/15
ITEM 1
ITEM 1
Emenda Constitucional 87 de 2015:
Valor da partilha para UF de Destino: R$ 32,49
VALOR APROX. TRIBUTOS, R$ 96,23, Federal, R$ 42,08, Estadual, R$ 54,15
Pedido: 1240182
Representante: REGIAO SJRP - (VITOR)
Redespacho...: O EMITENTE (43) - CIF - CNPJ.: - Inscrição Estadual.:633565182110 -
Endereco.:RUA SAO PAULO SANTOS-SP

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 23/12/2020
ASS.

Convênio nº 107/2017
Fonte de Recurso Estadual
Termo Aditivo nº 00002/2020
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

Convênio nº 107/2017
Fonte de Recurso Estadual
Termo Aditivo nº 00002/2020
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

26/01/21

29/01/2021 - BANCO DO BRASIL - 14:48:18
679006790 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL
AGENCIA: 6790-3 CONTA: 211-9

BANCO DO BRASIL

00190000090330884110900000704171185120000116220
BENEFICIARIO:
DUPATRI H C I EXPORTACAO LTDA
NOME FANTASIA:
DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IMPORTA
CNPJ: 04.027.894/0001-64
PAGADOR:
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEF DO BRAS
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	12.602
NOSSO NUMERO	33088411000000704
CONVENIO	03308841
DATA DE VENCIMENTO	26/01/2021
DATA DO PAGAMENTO	26/01/2021
VALOR DO DOCUMENTO	1.162,20
VALOR COBRADO	1.162,20

NR.AUTENTICACAO E.BDB.438.832.212.688

Central de Atendimento BB
4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas
0800 729 0001 Demais localidades.
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB
0800 729 0722
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de produtos e servicos.

Ouvidoria
0800 729 5678
Reclamacoes nao solucionadas nos canais habituais agencia, SAC e demais canais de atendimento.

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala
0800 729 0088
Informacoes, reclamacoes,cancelamento de cartao, outros produtos e servicos de Ouvidoria.

Convênio nº 107/2017
Fonte de Recurso Estadual
Termo Aditivo nº 00002/2020
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA [1]

Nº 131381
SERIE 1
FOLHA 1/1

DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IMPORTACAO E EXPORTACAO LTDA

AVENIDA PEDRO PASCOAL DOS SANTOS, 410 - GALPAO002 MD 4 E 5 - RESIDENCIAL REAL PARQUE SUMARE - SUMARE, SP, CEP:13178561, Fone:13-3228-8700

CHAVE DE ACESSO
3520 1204 0278 9400 0750 5500 1000 1313 8110 0020 9074

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora

NATUREZA DA OPERAÇÃO	PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO
VENDA MERC.ADQ. REC.TERCEIROS	135201216220017 22/12/2020 14:54:41

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO	CNPJ
671.392.680.115		04.027.894/0007-50

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL	CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOC.HOSPITALAR BENEF.DO BRASIL (8149)	45.349.461/0001-02	22/12/2020

ENDEREÇO	BAIRRO/DISTRITO	CEP	DATA ENTRADA/SAÍDA
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303	JARDIM ARIANO	16400-400	22/12/2020

MUNICÍPIO	FONE/FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DA SAÍDA
LINS	1435325198	SP		14:52

FATURA / DUPLICATA

001 26/01/2021 1.162,20

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
1.162,20	153,97	0,00	0,00	1.162,20

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00		0,00	0,00	1.162,20

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
O EMITENTE (43)	0 - DO EMITENTE				

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
RUA SAO PAULO, 31	SANTOS	SP	633565182110

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
1	CAIXAS			3,80	3,80

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇOS	NCM/CH	CST	CFOP	UNID	QUANT	V.UNIT	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL ICMS	AL IPI
37656	DOBUTAMINA 250MG 10/20ML GEN - HYPOFARMA (Lote: 20101537, Qtde: 2, Dt Val: 31/10/2022 ,Data Fab: 01/10/2020)	30039099	000	5102	CX	2	70,2500	140,50	140,50	16,86		12,00	
25651	NOVAMICIN 500MG C/50-NOVAFARMAFRASCO AMPOLA (Lote: 78PI3713, Qtde: 1, Dt Val: 30/09/2022 ,Data Fab: 01/09/2020)	30042071	000	5102	CX	1	241,7000	241,70	241,70	43,51		18,00	
34768	NOREPINEFRINA 2MG/ML 50/4ML GEN - HYPOFARMA (Lote: 20121656, Qtde: 2, Dt Val: 31/12/2022 ,Data Fab: 01/12/2020)	30039099	000	5102	CX	2	390,0000	780,00	780,00	93,60		12,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

RECLAMACOES DE MERCADORIAS COM NO MAXIMO DE 48HORAS APOS A ENTREGA
MIRANOPOLIS - DUPATRIIENTREGAR DR RAUL DA CUNHA BUENO 585 JD SANTA ROSA MIRANOPOLIS SPUTI MIRANOPOLIS CONV 0107/2017 AC/ LAIS - 7573
ITENS 1,3 ALIQ.12% CF LEI GENERICOSSP 16005/2015
ITENS 1 a 3 ALIQUOTA ZERO PIS/COFINS,CF.ART.2 DA LEI 10.147/00
VALOR APROX. TRIBUTOS, R$ 153,97, Federal, R$ 0,00, Estadual, R$ 153,97
Pedido: 148651
Representante: REGIAO SJRP - (VITOR)

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 23/12/2020
ASS.

Convênio nº 107/2017
Fonte de Recurso Estadual
Termo Aditivo nº 00002/2020
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

29/01/2021 - BANCO DO BRASIL - 14:48:18
679006790 0007

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL
AGENCIA: 6790-3 CONTA: 211-9

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

03399484570130000099757824701049285120000197825

BENEFICIARIO:
BANCO SOFISA S/A
NOME FANTASIA:
BANCO SOFISA S/A
CNPJ: 60.889.128/0001-80
PAGADOR:
ASSOC. HOSP. BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	12.603
DATA DO PAGAMENTO	26/01/2021
VALOR DO DOCUMENTO	1.978,25
VALOR COBRADO	1.978,25

NR.AUTENTICACAO 7.E79.D1E.2FE.C80.64E

Central de Atendimento BB
4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas
0800 729 0001 Demais localidades.
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB
0800 729 0722
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de produtos e servicos.

Ouvidoria
0800 729 5678
Reclamacoes nao solucionadas nos canais habituais agencia, SAC e demais canais de atendimento.

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala
0800 729 0088
Informacoes, reclamacoes,cancelamento de cartao, outros produtos e servicos de Ouvidoria.

Convênio nº 107/2017
Fonte de Recurso Estadual
Termo Aditivo nº 00002/2020
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

SUPERMED COM. E IMP. DE PROD. MED. E HOSPIT. LTDA

Rua Projetada, s/n, Itaim - CAMBUI, MG, CEP:37600000, Fone:11-4934-1700

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA [1]

Nº 490113
SERIE 1
FOLHA 1/2

CHAVE DE ACESSO
3120 1211 2060 9900 0107 5500 1000 4901 1310 0089 2160

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora

NATUREZA DA OPERAÇÃO	PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO
Venda a nao contribuinte	131203965089707 22/12/2020 19:29:53

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO	CNPJ
001.771.1480296	813.020.011.119	11.206.099/0001-07

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL	CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOC. HOSP. BENEFICENTE DO BRASIL (3467)	45.349.461/0001-02	22/12/2020

ENDEREÇO	BAIRRO/DISTRITO	CEP	DATA ENTRADA/SAIDA
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03	JARDIM ARIANO	16400-400	22 DEZ 2020

MUNICÍPIO	FONE/FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DA SAIDA
LINS	1435325198	SP		

FATURA / DUPLICATA

001 26/01/2021 1.978,25

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
1.978,25	233,00	0,00	0,00	1.938,65

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSORIAS	VALOR TOTAL DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
39,60	0,00		0,00	0,00	1.978,25

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
ATIVA DISTRIBUICAO E LOGISTICA LTDA	0 - DO EMITENTE				01125797000540

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
AVENIDA PREFEITO OLAVO GOMES DE OLIVEIRA, 6730	POUSO ALEGRE	MG	5250929840006

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
5	CAIXA			9,33	9,33

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UND	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL ICMS	AL IPI
14586	ENOXALOW 60MG 10SER.PREENC.0,6ML-BLAU LT 20101023 (1)10/22 (Fornecedor: 47, Lote: 20101023, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/10/20-20, Data Val: 01/10/2022)	30049099	000	6108	CX	1	379,6800	379,68	387,44	46,49		12,00	
29556	WOSULIN REG.100UI/ML FAM 10ML-BIOMM 2 A 8 LT DU10766 (3)10/21 (Fornecedor: 2946, Lote: DU10766, Qtde: 3 ,Data Fab: 01/11/201-9, Data Val: 31/10/2021)	30043100	200	6108	FR	3	17,8900	53,67	54,77	2,19		4,00	
12772	FENTANILA(Al) 0,05MG/ML 50AMP 10ML GEN-HI-POLABOR (PORT.344/98) LT AS.279/20M (3)08/22 (Fornecedor: 1898, Lote: AS.279/20M, Qtde: 3 ,Data Fab: 15/09/2020, Data Val: 31/08/2022)	30049099	500	6108	CX	3	264,0000	792,00	808,18	96,98		12,00	
28418	NISTATINA+OX.ZINCO POM TB 60G GEN-CIMED LT 2014068 (3)07/22 (Fornecedor: 1666, Lote: 2014068, Qtde: 3 ,Data Fab: 14/07/2020, Data Val: 14/07/2022)	30049099	000	6108	TB	3	5,4067	16,22	16,55	1,99		12,00	
8532	AGUA P.INJECAO 200AMP 10ML PL-SANTEC LT HHB2 (2)05/22 (Fornecedor: 15842, Lote: HHB2, Qtde: 2 ,Data Fab: 01/06/2020, Data Val: 31/05/2022)	30049099	000	6108	CX	2	54,4450	108,89	111,11	13,33		12,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

UTI MIRANDOPOLIS - CONVENIO 0107/2017#R45 B1
ITEM 2 Aliquota para produtos importados (Resol ucao 13/2012 do Senado Federal.
Emenda Constitucional 87 de 2015:
Valor da partilha para UF de Destino: R$ 73,60
Pedido: 457810
End. Entrega: AV.DR.RAUL DA CUNHA BUENO,585 . MIRANDOPOLIS - 16800-000.
MIRANDOPOLIS-SP - Horario : COMERCIAL
Empresa Enquadrada como Dist. Hospitalar nos termos do Inc. XVII do art. 222 do RICMS/MG
Setor de Cobranca: (11)4934-1669 / 4934-1673 / 4934-1671
QUALQUER INCONFORMIDADE NA ENTREGA, ENTRE IMEDIATAMENTE EM CONTATO COM NOSSO PÓS-VENDAS NO NÚMERO (11) 4934-1703
Rota.....: 6 Cubagem: 0,02

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 23/12/2020
ASS.

PERECÍVEL
URGENTE

Mercadorias avariadas, ou faltas só serão repostas se forem relacionadas ao conhecimentos do transportes.

Convênio nº 107/2017
Fonte de Recurso Estadual
Termo Aditivo nº 00002/2020
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

__/__/__

SUPERMED COM. E IMP. DE PROD. MED. E HOSPIT. LTDA

Rua Projetada, s/n, Itaim - CAMBUI, MG, CEP:37600000, Fone:11-4934-1700

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA [1]

Nº 490113
SERIE 1
FOLHA 2/2

CHAVE DE ACESSO
3120 1211 2060 9900 0107 5500 1000 4901 1310 0089 2160

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora

NATUREZA DA OPERAÇÃO
Venda a nao contribuinte

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO
131203965089707 22/12/2020 19:29:53

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTARIO	CNPJ
001.771.1480296	813.020.011.119	11.206.099/0001-07

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UND	QUANT.	V.UNIT	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL. ICMS	AL.IPI
1238	OPRAZON 40MG PO INJ.20FAM+DIL.10ML-BLAU LT 20100494 (1)09/22 (Fornecedor: 47, Lote: 20100494, Qtde: 1 ,Data Fab: 21/10/2020, Data Val: 21/09/2022)	30049069	000	6108	CX	1	588.1900	588.19	600.20	72.02		12,00	

Convênio nº 107/2017
Fonte de Recurso Estadual
Termo Aditivo nº 00002/2020
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

29/01/2021 - BANCO DO BRASIL - 14:48:18
679006790 0010

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL
AGENCIA: 6790-3 CONTA: 211-9

BANCO DO BRASIL

00190000090171153600100873557177185120000244336
BENEFICIARIO:
COMERCIAL C RIOCLARENSE LTDA
NOME FANTASIA:
COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTD
CNPJ: 67.729.178/0004-91
PAGADOR:
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE D
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	12.604
NOSSO NUMERO	17115360000873557
CONVENIO	01711536
DATA DE VENCIMENTO	26/01/2021
DATA DO PAGAMENTO	26/01/2021
VALOR DO DOCUMENTO	2.443,36
VALOR COBRADO	2.443,36

NR.AUTENTICACAO 5.79F.9D5.EFF.0DF.8C4

Central de Atendimento BB
4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas
0800 729 0001 Demais localidades.
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB
0800 729 0722
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de produtos e servicos.

Ouvidoria
0800 729 5678
Reclamacoes nao solucionadas nos canais habituais agencia, SAC e demais canais de atendimento.

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala
0800 729 0088
Informacoes, reclamacoes,cancelamento de cartao, outros produtos e servicos de Ouvidoria.

Convênio nº 107/2017
Fonte de Recurso Estadual
Termo Aditivo nº 00002/2020
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

Identificação do emitente

Rioclarense

COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA
PC EMILIO MARCONATO 1000 - NUCLEO RESIDENCIAL DOUTOR JOAO ALDO NASSIF - JAGUARIUNA - SP
CEP 13918-074 - 1935225800

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 – ENTRADA
1 – SAÍDA [1]

Nº. 1382806 FL 1 / 1
SÉRIE 1

CHAVE DE ACESSO
3520 1267 7291 7800 0491 5500 1001 3828 0611 3913 1147

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora

NATUREZA DA OPERAÇÃO		PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
VENDA DENTRO ESTADO		135201217632880 22/12/2020 20:04:16
INSCRIÇÃO ESTADUAL	**INSCR. EST. SUBS. TRIBUTÁRIO**	**CNPJ**
395060142110		67.729.178/0004-91

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL			CNPJ / CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL			45.349.461/0001-02	22/12/2020
ENDEREÇO	**BAIRRO / DISTRITO**		**CEP**	**DATA DA ENTRADA/SAÍDA**
AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303	JARDIM ARIANO		16400-400	22/12/2020
MUNICÍPIO	**FONE / FAX**	**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**	**HORA DE SAÍDA**
LINS	1836591243	SP		

FATURA/DUPLICATA

FATURA/DUPLIC	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC	VENCIMENTO	VALOR
1382806/1	26/01/2021	2.443,36						

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUTO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
2.322,38	405,08	0,00	0,00	2.443,36

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	VALOR DO DESCONTO	OUTRAS DESPESAS	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2.443,36

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ
NIKKEY RIO PRETO LOG. E TRANSP.	0 - Por conta do emitente				15.066.184/0001-60
ENDEREÇO	**MUNICÍPIO**			**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**
R MARIA CERON VOLPE 2260	SAO JOSE DO RIO PRETO			SP	647598751114

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
7,00	VOLUME(S)		0,01232	23,696	23,696

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CODIGO	DESCRIÇÃO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / SH	CST	CFOP	UN	QUANT	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	B CALC ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALIQUOTAS ICMS	ALIQUOTAS IPI
029394	SERINGA GASOMETRIA LL 3ML (BD/BECTON) L: 0203276 Q: 100,0000 F: 30/08/20 V: 31/08/2022	90183119	200	5102	PC	100,00	2,1578	215,78	215,78	25,89	0,00	12,00	0,00
030366	TIRAS REAGENTES N/INDIV (MEDLEVENSOHN) L: 1290679 Q: 300,0000 F: 10/06/20 V: 09/06/2022	38220090	700	5102	TI	300,00	0,522	156,60	156,60	28,19	0,00	18,00	0,00
023163	SONDA ALIMENTACAO ENTERAL C/GUIA No12 (SOLUMED) L: 5366 Q: 15,0000 F: 01/10/20 V: 30/10/2024 *Isenção conf Anexo I, Art. 14, RICMS/2000-SP (Conv. 01/99)	90183921	040	5102	PC	15,00	8,0652	120,98	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
031669	AVENTAL CIRCULACAO (VENKURI) L: T22733 Q: 300,00 F: 27/05/20 V: 27/05/2023	62101000	000	5102	PC	300,00	6,50	1.950,00	1.950,00	351,00	0,00	18,00	0,00

CÁLCULO DO ISSQN

INSCRIÇÃO MUNICIPAL	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	BASE DE CÁLCULO DO ISSQN	VALOR DO ISSQN
550516029	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

LOCAL DE ENTREGA: 46374500001247-AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Município: MIRANDOPOLIS CEP: 16800000 UF: SP País: BRASIL. PREZADO CLIENTE, FAVOR CONFERIR NO ATO DA ENTREGA - NÃO RECEBEMOS RECLAMACOES APOS 48hs DO RECEBIMENTO. DATA ENTREGA: 23/12/2020 Pedido: 1799929 Autorização de Compra(Pedido Cliente): 1799929 *** O pagamento deverá ser realizado através do boleto anexo a nota fiscal, caso não receba entre em contato através do e-mail boletos@rioclarense.com.br ou no telefone (19)3522-5800, Setor de Cobrança Privado. AFE: 1.04397-7 ** AE: 1.22375-2 ** ASS: 1302/16 Validade: 23/01/2021 MODAL: RODOVIARIO / TIPO ENTREGA: EXPRESSA Alíquota ICMS 12% cf. art 54, Inc XV, RICMS/SP Dec 45490/00. LOCAL DE ENTREGA: Endereço: AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Município: MIRANDOPOLIS CEP: 16800000 UF: SP País: BRASIL(Código Interno Emitente: 4768 Nome Fantasia: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL) LOCAL DE ENTREGA: AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Município: MIRANDOPOLIS UF: SP País: BRASIL

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 23 / 12 / 2020
ASS.

Convênio nº 107/2017
Fonte de Recurso Estadual
Termo Aditivo nº 00002/2020
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

___/___/___

_____

29/01/2021 - BANCO DO BRASIL - 14:48:19
679006790 0012

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL
AGENCIA: 6790-3 CONTA: 211-9

BANCO DO BRASIL

00190000090171153600100873535173585120000475760
BENEFICIARIO:
COMERCIAL C RIOCLARENSE LTDA
NOME FANTASIA:
COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTD
CNPJ: 67.729.178/0004-91
PAGADOR:
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE D
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	12.605
NOSSO NUMERO	17115360000873535
CONVENIO	01711536
DATA DE VENCIMENTO	26/01/2021
DATA DO PAGAMENTO	26/01/2021
VALOR DO DOCUMENTO	4.757,60
VALOR COBRADO	4.757,60

NR.AUTENTICACAO 9.93B.DFE.529.EEA.00E

Central de Atendimento BB
4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas
0800 729 0001 Demais localidades.
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB
0800 729 0722
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de produtos e servicos.

Ouvidoria
0800 729 5678
Reclamacoes nao solucionadas nos canais habituais agencia, SAC e demais canais de atendimento.

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala
0800 729 0088
Informacoes, reclamacoes,cancelamento de cartao, outros produtos e servicos de Ouvidoria.

Convênio nº 107/2017
Fonte de Recurso Estadual
Termo Aditivo nº 00002/2020
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

Identificação do emitente

Rioclarense

COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA
PC EMILIO MARCONATO 1000 - NUCLEO RESIDENCIAL DOUTOR JOAO ALDO NASSIF - FAGUARIUNA - SP
CEP: 13916-074 - 1935225800

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 – ENTRADA
1 – SAÍDA [1]

Nº. 1382777 FL 1 / 1
SÉRIE 1

CHAVE DE ACESSO
3520 1267 7291 7800 0491 5500 1001 3827 7718 1308 2237

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora

NATUREZA DA OPERAÇÃO		PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
VENDA DENTRO ESTADO		135201217440916 22/12/2020 19:01:56
INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCR. EST. SUBS. TRIBUTÁRIO	CNPJ
395060142110		67.729.178/0004-91

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL			CNPJ / CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL			45.349.461/0001-02	22/12/2020
ENDEREÇO	BAIRRO / DISTRITO	CEP		DATA DA ENTRADA/SAÍDA
AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303	JARDIM ARIANO	16400-400		22/12/2020
MUNICÍPIO	FONE / FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DE SAÍDA
LINS	1836591243	SP		

FATURA/DUPLICATA

FATURA/DUPLIC	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC	VENCIMENTO	VALOR
1382777/1	26/01/2021	4.757,60						

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUTO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
4.757,60	593,08	0,00	0,00	4.757,60

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	VALOR DO DESCONTO	OUTRAS DESPESAS	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	4.757,60

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ
NIKKEY RIO PRETO LOG. E TRANSP.	0 - Por conta do emitente				15.066.184/0001-60
ENDEREÇO	MUNICÍPIO			UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
R MARIA CERON VOLPE 2260	SAO JOSE DO RIO PRETO			SP	647598751114

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERO	PESO BRUTO	PESO LIQUIDO
1,00	VOLUME(S)		0,00016	7,304	7,304

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CODIGO	DESCRIÇÃO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / SH	CST	CFOP	UN	QUANT	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL	B.CALC ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALIQUOTAS ICMS	ALIQUOTAS IPI
019304	PIPERACILINA 4,0G + TAZOBACTAM 0,5G (NOVAFAR/FRESEN) (ITEM GENERICO) L: 78PK3940 Q: 50,0000 F: 30/10/20 V: 30/10/2022	30041019	000	5102	FA	50,00	19,98	999,00	999,00	119,88	0,00	12,00	0,00
021057	MIDAZOLAM 50MG (HIPOLABOR) (ITEM GENERICO) L: AP-367/20 Q: 200,0000 F: 30/10/20 V: 30/09/2022 *** Portaria 344/98 B1, nFCI: 6C7DE18F-3E75-48C4-B58A-E54E06657602	30049099	500	5102	AP	200,00	16,9171	3.383,42	3.383,42	406,01	0,00	12,00	0,00
031607	LEVOTIROXINA SODICA 50MCG (MERCK) (ITEM GENERICO) L: BR119885 Q: 30,0000 F: 28/02/20 V: 30/01/2022, nFCI: C28784DC-9677-4E69-838D-D77A6260D652	30043981	800	5102	CP	30,00	0,19	5,70	5,70	0,68	0,00	12,00	0,00
023926	NITROGLICERINA 25MG (CRISTALIA) L: 20050535 Q: 10,0000 F: 30/05/20 V: 30/05/2022	30049099	000	5102	AP	10,00	25,78	257,80	257,80	46,41	0,00	18,00	0,00
031409	FUROSEMIDA 20MG/2ML (FARMACE) L: FS20J087 Q: 200,0000 F: 30/10/20 V: 26/10/2022	30039086	000	5102	AP	200,00	0,5584	111,68	111,68	20,10	0,00	18,00	0,00

CÁLCULO DO ISSQN

INSCRIÇÃO MUNICIPAL	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	BASE DE CÁLCULO DO ISSQN	VALOR DO ISSQN
550516029	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

LOCAL DE ENTREGA: 46374500001247-AV DR RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Municipio: MIRANDOPOLIS CEP: 16800000 UF: SP Pais: BRASIL. PREZADO CLIENTE, FAVOR CONFERIR NO ATO DA ENTREGA - NÃO ACEITAREMOS RECLAMACOES APOS 48hs DO RECEBIMENTO. Mirandopolis DATA ENTREGA: 23/12/2020 Pedido: 1799919 Autorizacao de Compra(Pedido Cliente): 1799919 *** O pagamento devera ser realizado atraves do boleto anexo a nota fiscal, caso nao receba entre em contato atraves do e-mail: boletos@rioclarense.com.br ou no telefone (19)3522-5800, Setor de Cobranca Privado. AFE: 1 04397-7 ** AE: 1 22375-2 ** ASS: 1302/16 Validade: 23/01/2021 MODAL: RODOVIARIO / TIPO ENTREGA: EXPRESSA LOCAL DE ENTREGA: Endereço: AV DR RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Municipio: MIRANDOPOLIS CEP: 16800000 UF: SP Pais: BRASIL(Codigo Interno Emitente: 4768 Nome Fantasia: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL) LOCAL DE ENTREGA: AV DR RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Municipio: MIRANDOPOLIS UF: SP Pais: BRASIL

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 22/12/2020
ASS.

Convênio nº 107/2017
Fonte de Recurso Estadual
Termo Aditivo nº 00002/2020
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

29/01/2021 - BANCO DO BRASIL - 14:48:19
679006790 0010

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL
AGENCIA: 6790-3 CONTA: 211-9

BANCO DO BRASIL

00190000090171153600100874170178685130000167503
BENEFICIARIO:
COMERCIAL C RIOCLARENSE LTDA
NOME FANTASIA:
COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTD
CNPJ: 67.729.178/0004-91
PAGADOR:
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE D
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	12.606
NOSSO NUMERO	17115360000874170
CONVENIO	01711536
DATA DE VENCIMENTO	27/01/2021
DATA DO PAGAMENTO	26/01/2021
VALOR DO DOCUMENTO	1.675,03
VALOR COBRADO	1.675,03

NR.AUTENTICACAO C.A51.842.2B9.AB9.BA5

Central de Atendimento BB
4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas
0800 729 0001 Demais localidades.
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB
0800 729 0722
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de produtos e servicos.

Ouvidoria
0800 729 5678
Reclamacoes nao solucionadas nos canais habituais agencia, SAC e demais canais de atendimento.

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala
0800 729 0088
Informacoes, reclamacoes,cancelamento de cartao, outros produtos e servicos de Ouvidoria.

Convênio nº 107/2017
Fonte de Recurso Estadual
Termo Aditivo nº 00002/2020
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

Identificação do emitente

Rioclarense

COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA
AV EMILIO MARCONATO 1000 - NUCLEO RESIDENCIAL DOUTOR JOAO ALDO NASSIF -
IAGUARIUNA - SP
CEP 13250-074 - (19)3522-5800

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA [1]

Nº. 1383773 FL 1 / 1
SÉRIE 1

CHAVE DE ACESSO
3520 1267 7291 7800 0491 5500 1001 3837 7319 2543 0682

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora

NATUREZA DA OPERAÇÃO		PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
VENDA DENTRO ESTADO		135201230937605 28/12/2020 17:17:43
INSCRIÇÃO ESTADUAL	**INSCR. EST. SUBS. TRIBUTARIO**	**CNPJ**
395060142110		67.729.178/0004-91

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL				CNPJ / CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL				45.349.461/0001-02	28/12/2020
ENDEREÇO		**BAIRRO / DISTRITO**	**CEP**		**DATA DA ENTRADA/SAÍDA**
AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303		JARDIM ARIANO	16400-400		28/12/2020
MUNICÍPIO	**FONE / FAX**	**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**		**HORA DE SAÍDA**
LINS	1836591243	SP			

FATURA/DUPLICATA

FATURA/DUPLIC	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC	VENCIMENTO	VALOR
1383773/1	27/01/2021	1.675,03	1383773/2	26/02/2021	1.675,02			

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUTO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
3.350,05	412,21	0,00	0,00	3.350,05

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	VALOR DO DESCONTO	OUTRAS DESPESAS	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	3.350,05

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ
NIKKEY RIO PRETO LOG. E TRANSP.	0 - Por conta do emitente				15.066.184/0001-60
ENDEREÇO	**MUNICÍPIO**			**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**
R MARIA CERON VOLPE 2260	SAO JOSE DO RIO PRETO			SP	647598751114

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
1,00	VOLUME(S)		0,00011	4,882	4,882

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / SH	CST	CFOP	UN	QUANT	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	B.CALC ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTAS ICMS	ALÍQUOTAS IPI
010752	PROMETAZINA 50MG/2ML,CLORIDRATO (CRISTALIA) L: 19120328 Q 50,0000 F: 30/12/19 V: 30/12/2021	30049075	000	5102	AP	50,00	2,371	118,55	118,55	21,34	0,00	18,00	0,00
031049	MONITOR (MEDLEVENSOHN) L: 12360485 Q 5,0000 F: 0 8/11/19 V: 07/11/2021	38220090	200	5102	PC	5,00	10,30	51,50	51,50	9,27	0,00	18,00	0,00
021057	MIDAZOLAM 50MG (HIPOLABOR) (ITEM GENERICO) L: AP -367/20 Q 200,0000 F: 30/10/20 V: 30/09/2022 *** Portaria 344/ 98 B1, nFCI: 6C7DE18F-3E75-48C4-B58A-E54E06657602	30049099	500	5102	AP	200,00	15,90	3.180,00	3.180,00	381,60	0,00	12,00	0,00

CÁLCULO DO ISSQN

INSCRIÇÃO MUNICIPAL	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	BASE DE CÁLCULO DO ISSQN	VALOR DO ISSQN
550516029	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

LOCAL DE ENTREGA: 46374500001247-AV DR RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Municipio: MIRANDOPOLIS CEP: 16800000 UF: SP Pais: BRASIL PREZADO CLIENTE, FAVOR CONFERIR NO ATO DA ENTREGA - NAO ACEITAREMOS RECLAMACOES APOS 48hs DO RECEBIMENTO. DATA ENTREGA: 29/12/2020 Pedido: 1801611 Autorizacao de Compra/Pedido Cliente): 1801611 *** O pagamento devera ser realizado atraves do boleto anexo a nota fiscal, caso nao receba entre em contato atraves do e-mail boletos@rioclarense com br ou no telefone (19)3522-5800. Setor de Cobranca Privado. AFE: 1.04397-7 ** AE: 1.22375-2 ** ASS: 1302/16 Validade: 23/01/2021 MODAL: RODOVIARIO / TIPO ENTREGA: EXPRESSA LOCAL DE ENTREGA: Endereço: AV DR RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Municipio: MIRANDOPOLIS CEP: 16800000 UF: SP Pais: BRASIL(Codigo Interno Emitente: 4768 Nome Fantasia: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL) LOCAL DE ENTREGA: AV DR RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Municipio: MIRANDOPOLIS UF: SP Pais: BRASIL

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 29/12/2020
ASS.

Convênio nº 107/2017
Fonte de Recurso Estadual
Termo Aditivo nº 00002/2020
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

29/01/2021 - BANCO DO BRASIL - 14:48:19
679006790 0006

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL
AGENCIA: 6790-3 CONTA: 211-9

ITAU UNIBANCO S.A.

34191090080010760014052918290009985140000030984

BENEFICIARIO:
CENTER MAQ COMERCIO DE MAQUINA
NOME FANTASIA:
CENTER MAQ COMERCIO DE MAQUINA
CNPJ: 62.771.316/0001-34
PAGADOR:
ASSOC HOSPITALAR BENEF DO BR
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	12.607
DATA DO PAGAMENTO	26/01/2021
VALOR DO DOCUMENTO	309,84
VALOR COBRADO	309,84

NR.AUTENTICACAO F.9F2.A90.5E7.105.4A2

Central de Atendimento BB
4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas
0800 729 0001 Demais localidades.
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB
0800 729 0722
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de produtos e servicos.

Ouvidoria
0800 729 5678
Reclamacoes nao solucionadas nos canais habituais agencia, SAC e demais canais de atendimento.

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala
0800 729 0088
Informacoes, reclamacoes,cancelamento de cartao, outros produtos e servicos de Ouvidoria.

Transação efetuada com sucesso por: JA015962 ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO.

Convênio nº 107/2017
Fonte de Recurso Estadual
Termo Aditivo nº 00002/2020
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

CENTERMAQ Marília SP	**NOTA DE LOCAÇÃO FATURA** **Nº** 000022439 CENTERMAQ	ASSOC. HOSPITALAR BENEF. DO **Nome / Carimbo / Assinatura**	**RG:** **Data do Recebimento:** ___/___/_____

CENTERMAQ Marília SP	CENTER MAQ COM DE MAQUINAS E PAPEIS LTDA RUA MARTIN WESTPHAL, 220 17539-006 MARILIA / SP 62.771.316/0001-34 14-3311-7888 contato@centermaq.com I.E: 438.076.337.119	**NOTA DE LOCAÇÃO FATURA** **Nº** 000022439 **Data Emissão** 15/01/2021

Nº Fatura	Valor R$	Vencimento
000022439	309,84	28/01/2021

Pagador
ASSOC. HOSPITALAR BENEF. DO BRASIL

Endereço
AV JOSE A RODRIGUES 303

Municipio/UF	CEP	CNPJ	Insc.Estadual	Insc.Municipal
LINS	16400-400	45.349.461/0001-02	ISENTO	

Endereço de cobrança e praça de pagamento

Valor por extenso
TREZENTOS E NOVE REAIS E OITENTA E QUATRO CENTAVOS

Discriminação	Qtde.	Vr. Unit.	Desconto	Total R$
LOCACAO DE EQPTO REPROGRAFICO (MRL) PARCELA DE LOCACAO DA MAQUINA COPIADORA PERIODO 16/12/202 0 A 16/01/2021, CONTRATO N.01178/2017-6414 EXCEDENTE DE 1476 COPIAS A R$ 0,069 = R$ 101,84	1	309,84		309,84
		Valor total da nota R$	0,00	309,84

Dispensada de emissão de nota fiscal conforme LC nº 116/2003(locação de equipamentos). Atividade não sujeita a retenção de CSLL,COFINS e PIS prevista no artigo 30 da lei 10833/04. Não sujeita a retenção do IR na fonte conforme artigo 647 do RIR 99.

Itaú Banco Itaú S.A. | **341-7** | 34191.09008 00107.600140 52918.290009 9 85140000030984

Local de Pagamento
ATE O VENCIMENTO, PAGUE PREFERENCIALMENTE NO ITAU.

Vencimento **28/01/2021**

Beneficiário CENTER MAQ COM DE MAQUINAS E PAPEIS LTDA - CNPJ: 62.771.316/0001-34
RUA MARTIN WESTPHAL, 220 BAIRRO: DISTRITO DE LÁCIO - MARILIA (SP) CEP: 17539-

Agência / Código Beneficiário: 0145/29182-9

Data do Documento	Número do Documento	Espécie Doc.	Aceite	Data do Processamento
15/01/2021	000022439/1	DM	N	15/01/2021

Nosso Número: 109/00001076-0

Uso do Banco	Carteira	Moeda	Quantidade	Valor
	109	R$		

(=) Valor do Documento: **309,84**

Instruções (Texto de Responsabilidade do Beneficiário.)
Após vencimento cobrar multa de R$ 6,20.
Após vencimento cobrar juros de R$ 0,41 ao dia.

(-) Desconto
(-) Outras Deduções / Abatimentos
(+) Mora / Multa / Juros
(+) Outros Acréscimos
(=) Valor Cobrado

Pagador: ASSOC. HOSPITALAR BENEF. DO BRASIL (6414
AV JOSE A RODRIGUES 303 SALA 03
16400-400 JARDIM ARIANO LINS SP

CPF / CNPJ
45.349.461/0001-02
Código de Baixa
109/00001076-0

Pagador/Avalista

Autenticação Mecânica - Ficha de Compensação

Convênio nº 107/2017
Fonte de Recurso Estadual
Termo Aditivo nº 00002/2020
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

___/___/_____

EMPRESA

Aviso de lançamento

G338151412612854 1
15/02/2021 14:35:34

Agência 6790-3
Conta corrente 211-9 ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

Data 28/01/2021 Valor R$ 2.215,27 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 254, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

Pagamento efetuado a DENISE PRISCILA ANCILOTTO, na conta 7.621, agência 0448 do banco 001.

(Dois mil e duzentos e quinze reais e vinte e sete centavos)

* Este aviso de lançamento não é válido como comprovante da operação e demonstra apenas que houve um lançamento em conta corrente.
* O valor constante deste aviso de lançamento corresponde ao valor individual pago ao favorecido informado neste documento. O total debitado em conta corrente corresponde à soma de todos os pagamentos processados pela remessa indicada.

Documento emitido por: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO em 15/02/2021 14:35:34

Convênio nº 107/2017
Fonte de Recurso Estadual
Termo Aditivo nº 00002/2020
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

AVISO E RECIBO DE FÉRIAS

AVISO PRÉVIO DE FÉRIAS

NOTIFICAÇÃO

Nome do empregado	Número Carteira Profissional	Série
DENISE PRISCILA ANCILOTTO LISBOA DE SOUZA	87044	00240

PERÍODOS

De Aquisição	De Gozo das Férias		De Abono
04/10/2019 A 03/10/2020	02/02/2021 A 03/03/2021 = 30 Dias		

BASE PARA CÁLCULO

Faltas não justificadas:	01
Salário Base:	1.397,71
Média Horas:	199,89
Média Valores:	0,00
Outras Vantagens:	220,00
TOTAL BASE CALCULO:	1.817,60

PROVENTOS E DESCONTOS

Férias:	1.817,60	P
1/3 das Férias:	605,87	P
Abono de Férias:	0,00	
1/3 do Abono de Férias:	0,00	
Adicional do Dobro das Férias:	0,00	
1/3 do Dobro das Férias:	0,00	
Salário Família:	0,00	
1ª Parcela 13º Salário:	0,00	
Desconto da Previdência:	208,20	D
Desconto do imposto de Renda:	0,00	
TOTAL DOS PROVENTOS:	2.423,47	P
TOTAL DOS DESCONTOS:	208,20	D
TOTAL LIQUIDO:	2.215,27	P

Pelo presente comunicamos-lhe que, de acordo com a Lei, ser-lhe-ão concedidas férias relativas ao período acima descrito e a sua disposição fica a importância líquida de R$ 2.215,27 (dois mil duzentos e quinze reais e vinte e sete centavos) a ser paga adiantadamente.

CIENTE,

Data: 31/12/2020

DENISE PRISCILA ANCILOTTO LISBOA DE SOUZA

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

RECIBO DE FÉRIAS

Recebi da firma ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL, estabelecida a Avenida PAULO DE BARROS , 326 em MIRANDOPOLIS a importância de R$ 2.215,27(dois mil duzentos e quinze reais e vinte e sete centavos) que me é paga adiantadamente por motivo das minhas férias regulares, ora concedidas e que vou gozar de acordo com a descrição acima, tudo conforme o aviso que recebi em tempo, ao qual dei meu ciente. Para clareza e documento firmo o presente recibo dando plena e geral quitação.

Data: 29/01/2021
MIRANDOPOLIS

DENISE PRISCILA ANCILOTTO LISBOA DE SOUZA

Convênio nº 107/2017
Fonte de Recurso Estadual
Termo Aditivo nº 00002/2020
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

Digitalizado com CamScanner

EMPRESA

Aviso de lançamento

G338151412612854 1
15/02/2021 14:35:34

Agência 6790-3
Conta corrente 211-9 ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

Data 28/01/2021 Valor R$ 1.983,44 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 254, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

Pagamento efetuado a ELAINE CRISTINA DIAS BORG, na conta 108.275, agência 0448 do banco 001.

(Um mil e novecentos e oitenta e três reais e quarenta e quatro centavos)

* Este aviso de lançamento não é válido como comprovante da operação e demonstra apenas que houve um lançamento em conta corrente.
* O valor constante deste aviso de lançamento corresponde ao valor individual pago ao favorecido informado neste documento. O total debitado em conta corrente corresponde à soma de todos os pagamentos processados pela remessa indicada.

Documento emitido por: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO em 15/02/2021 14:35:34

Convênio nº 107/2017
Fonte de Recurso Estadual
Termo Aditivo nº 00002/2020
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

AVISO E RECIBO DE FÉRIAS

AVISO PRÉVIO DE FÉRIAS

NOTIFICAÇÃO

Nome do empregado	Número Carteira Profissional	Série
ELAINE CRISTINA DIAS BORGES	040637	00115

PERÍODOS

De Aquisição	De Gozo das Férias		De Abono
04/10/2019 A 03/10/2020	02/02/2021 A 03/03/2021 = 30 Dias		

BASE PARA CÁLCULO

Faltas não justificadas:	00
Salário Base:	1.397,71
Média Horas:	3,39
Média Valores:	0,00
Outras Vantagens:	220,00
TOTAL BASE CALCULO:	1.621,10

PROVENTOS E DESCONTOS

Férias:	1.621,10	P
1/3 das Férias:	540,37	P
Abono de Férias:	0,00	
1/3 do Abono de Férias:	0,00	
Adicional do Dobro das Férias:	0,00	
1/3 do Dobro das Férias:	0,00	
Salário Família:	0,00	
1ª Parcela 13º Salário:	0,00	
Desconto da Previdência:	178,03	D
Desconto do Imposto de Renda:	0,00	
TOTAL DOS PROVENTOS:	2.161,47	P
TOTAL DOS DESCONTOS:	178,03	D
TOTAL LIQUIDO:	1.983,44	P

Pelo presente comunicamos-lhe que, de acordo com a Lei, ser-lhe-ão concedidas férias relativas ao período acima descrito e a sua disposição fica a importância líquida de R$ 1.983,44 (um mil novecentos e oitenta e três reais e quarenta e quatro centavos) a ser paga adiantadamente.

CIENTE,

Data: 31/12/2020

ELAINE CRISTINA DIAS BORGES

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

RECIBO DE FÉRIAS

Recebi da firma ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL, estabelecida a Avenida PAULO DE BARROS , 326 em MIRANDOPOLIS a importância de R$ 1.983,44(um mil novecentos e oitenta e três reais e quarenta e quatro centavos) que me é paga adiantadamente por motivo das minhas férias regulares, ora concedidas e que vou gozar de acordo com a descrição acima, tudo conforme o aviso que recebi em tempo, ao qual dei meu ciente. Para clareza e documento firmo o presente recibo dando plena e geral quitação.

Data: 29/01/2021
MIRANDOPOLIS

Elaine C. D. Borges
ELAINE CRISTINA DIAS BORGES

Convênio nº 107/2017
Fonte de Recurso Estadual
Termo Aditivo nº 00002/2020
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

Digitalizado com CamScanner

Cartão de Ponto de 21/11/2020 a 20/12/2020

Empregador: ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionario: THAIS BOARETO DA SILVA
Departamento: UTI MIRANDÓPOLIS
Função: ENFERMEIRO(A) RT

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Entrada 3	Saída 3	Trabalhadas	Refeição	Total Not.	Extra A	Total Faltas
21/11 sab	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
22/11 dom	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
23/11 seg	06:44	12:46	13:44	16:38			07:00	00:58	00:00	00:00	00:00
24/11 ter	07:59	13:40	14:39	16:00			07:00	00:59	00:00	00:00	00:00
25/11 qua	06:53	13:00	14:00	16:20			07:00	01:00	00:00	00:00	00:00
26/11 qui	07:30	12:01	13:01	16:32			07:00	01:00	00:00	00:00	00:00
27/11 sex	07:54	12:42	13:49	16:54			07:00	01:00	00:00	00:00	00:00
28/11 sab	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
29/11 dom	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
30/11 seg	06:56	12:15	13:16	16:21			07:00	01:01	00:00	00:00	00:00
01/12 ter	06:57	15:05	16:00	16:31			07:00	00:55	00:00	00:00	00:00
02/12 qua	06:32	12:37	13:35	16:49			07:00	00:58	00:00	00:00	00:00
03/12 qui	06:59	12:15	13:15	16:55			07:00	01:00	00:00	00:00	00:00
04/12 sex	06:33	12:44	13:48	20:02			07:00	01:04	00:00	00:00	00:00
05/12 sab	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
06/12 dom	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
07/12 seg	06:57	12:46	13:42	19:30			07:00	00:56	00:00	00:00	00:00
08/12 ter	07:22	14:10	15:39	17:17			07:00	01:00	00:00	00:00	00:00
09/12 qua	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
10/12 qui	07:06	12:04	12:20	13:00			05:38	00:16	00:00	00:00	00:00
11/12 sex	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
12/12 sab	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
13/12 dom	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
14/12 seg	06:38	12:38	13:39	16:31			07:00	01:01	00:00	00:00	00:00
15/12 ter	06:53	12:26	13:42	17:18			07:00	01:00	00:00	00:00	00:00
16/12 qua	06:56	12:45	14:00	16:11			07:00	01:00	00:00	00:00	00:00
17/12 qui	08:01	12:40	13:51	16:07			07:00	01:00	00:00	00:00	00:00
18/12 sex	07:17	12:00	13:00	17:00	06:37		07:00	01:00	00:00	00:00	00:00
19/12 sab	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
20/12 dom	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
TOTAL: 18 dias, 12 folgas/feriados							**124:38**	**17:08**	**00:00**	**00:00**	**00:00**

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

Convênio nº 107/2017
Fonte de Recurso Estadual
Termo Aditivo nº 00002/2020
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

Horário Movel (v1): 07:00 ás 16:00 - RT Mirandópolis - Início: Segunda
5 dias x 08:00-12:00 R 13:00-16:00 = 07:00 Folga 2 dias
5/15 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)

THAIS BOARETO DA SILVA

ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR
BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0008-89

Cartão de Ponto de 21/11/2020 a 20/12/2020

Empregador: **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**
Funcionario: RICARDO DE CARVALHO
Departamento: UTI MIRANDÓPOLIS
Função: TEC DE ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.	Extra A	Total Faltas
21/11 sab	18:44	20:21	21:19	07:00	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
22/11 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
23/11 seg	18:50	19:53	20:53	07:00	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
24/11 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
25/11 qua	18:40	20:31	21:29	07:00	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
26/11 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
27/11 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
28/11 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
29/11 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
30/11 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
01/12 ter	18:45	20:15	21:25	07:00	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
02/12 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
03/12 qui	18:54	20:24	21:28	07:00	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
04/12 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
05/12 sab	19:01	20:05	21:03	07:00	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
06/12 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
07/12 seg	18:54	20:15	21:16	07:00	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
08/12 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
09/12 qua	18:49	20:14	21:06	07:00	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
10/12 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
11/12 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
12/12 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
13/12 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
14/12 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
15/12 ter	19:00	20:02	21:01	07:04	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
16/12 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
17/12 qui	18:53	20:10	21:03	07:03	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
18/12 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
19/12 sab	18:44	20:10	21:11	07:01	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
20/12 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
TOTAL: 11 dias, 19 folgas/feriados					**121:00**	**00:00**	**88:00**	**00:00**	**00:00**

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

Horário Movel (v1): 19H AS 07H- Início de acordo com o funcionário
7 dias x 19:00-23:00 00:00-07:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem Folga
15/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - AD.NOTURNO)

RICARDO DE CARVALHO

__/__/____

ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0008-89

Convênio nº 107/2017
Fonte de Recurso Estadual
Termo Aditivo nº 00002/2020
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

Cartão de Ponto de 21/11/2020 a 20/12/2020

Empregador: **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**
Funcionario: CRISTIANE PASCOALETO VENDRAME
Departamento: UTI MIRANDÓPOLIS
Função: TEC DE ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.	Extra A	Total Faltas
21/11 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
22/11 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
23/11 seg	06:51	14:14	15:21	18:57	10:59	00:00	00:00	00:00	00:00
24/11 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
25/11 qua	06:57	10:59	12:13	18:54	10:43	00:00	00:00	00:00	00:00
26/11 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
27/11 sex	06:52	12:24	13:40	18:55	10:47	00:00	00:00	00:00	00:00
28/11 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
29/11 dom	06:58	10:29	11:33	18:54	10:52	00:00	00:00	00:00	00:00
30/11 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
01/12 ter	06:58	16:03	16:58	20:26	11:00	00:00	00:00	00:00	00:00
02/12 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
03/12 qui	06:58	11:10	12:15	18:50	10:47	00:00	00:00	00:00	00:00
04/12 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
05/12 sab	06:53	11:58	13:09	19:01	10:57	00:00	00:00	00:00	00:00
06/12 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
07/12 seg	06:56	13:26	14:32	19:04	11:00	00:00	00:00	00:00	00:00
08/12 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
09/12 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
10/12 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
11/12 sex	06:58	13:30	14:32	18:51	10:51	00:00	00:00	00:00	00:00
12/12 sab	07:02	10:06	11:32	18:59	10:31	00:00	00:00	00:00	00:00
13/12 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
14/12 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
15/12 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
16/12 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
17/12 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
18/12 sex	06:56	12:19	13:29	19:17	11:00	00:00	00:00	00:00	00:00
19/12 sab	06:55	12:29	13:54	18:57	10:37	00:00	00:00	00:00	00:00
20/12 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
TOTAL: 12 dias, 18 folgas/feriados					**130:04**	**00:00**	**00:00**	**00:00**	**00:00**

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

Horário Movel (v1): 07H AS 19H- Início de acordo com o funcionário
7 dias x 07:00-12:00 13:00-19:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem Folga
10/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)

Cristiane Vendrame
CRISTIANE PASCOALETO VENDRAME
09/02/21

ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0008-89

Convênio nº 107/2017
Fonte de Recurso Estadual
Termo Aditivo nº 00002/2020
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

Cartão de Ponto de 21/11/2020 a 20/12/2020

Empregador: ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionario: NATALIA PAZINATO DA SILVA
Departamento: UTI MIRANDOPOLIS
Função: TEC DE ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saida 1	Entrada 2	Saida 2	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.	Extra A	Total Faltas
21/11 sab	07:19	14:05	15:06	19:00	10:40	00:00	00:00	00:00	00:00
22/11 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
23/11 seg	07:06	12:23	13:24	19:00	10:53	00:00	00:00	00:00	00:00
24/11 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
25/11 qua	07:01	13:56	14:56	19:00	10:59	00:00	00:00	00:00	00:00
26/11 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
27/11 sex	07:37	14:22	15:22	19:00	10:23	00:00	00:00	00:00	00:00
28/11 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
29/11 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
30/11 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
01/12 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
02/12 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
03/12 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
04/12 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
05/12 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
06/12 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
07/12 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
08/12 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
09/12 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
10/12 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
11/12 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
12/12 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
13/12 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
14/12 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
15/12 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
16/12 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
17/12 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
18/12 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
19/12 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
20/12 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
TOTAL: 4 dias, 26 folgas/feriados					**42:55**	**00:00**	**00:00**	**00:00**	**00:00**

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

Horário Movel (v1): 07H AS 19H- Início de acordo com o funcionário
7 dias x 07:00-12:00 13:00-19:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem Folga
10/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)

Natalia Pazinato
NATALIA PAZINATO DA SILVA
09/02/21

ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0008-89

Cartão de Ponto de 21/11/2020 a 20/12/2020

Empregador: **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**
Funcionario: MAURO CELSO CHIAVELLI
Departamento: UTI MIRANDÓPOLIS
Função: AUX DE FARMÁCIA

Data	Entrada 1	Saida 1	Entrada 2	Saida 2	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.	Extra A	Total Faltas
21/11 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
22/11 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
23/11 seg	08:30	12:21	13:19	14:35	04:35	01:00	00:00	00:00	00:00
24/11 ter	08:38	12:18	13:28	17:15	07:15	01:00	00:00	00:00	00:00
25/11 qua	08:04	11:11	12:12	18:01	07:30	01:00	00:00	00:00	00:00
26/11 qui	08:17	13:04	14:03	17:33	07:30	01:00	00:00	00:00	00:00
27/11 sex	08:02	12:58	14:00	17:07	07:07	01:00	00:00	00:00	00:00
28/11 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
29/11 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
30/11 seg	07:14	11:29	12:23	15:33	05:33	01:00	00:00	00:00	00:00
01/12 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
02/12 qua	07:18	13:07	14:05	17:02	07:02	01:00	00:00	00:00	00:00
03/12 qui	07:31	12:26	13:27	18:24	07:30	01:00	00:00	00:00	00:00
04/12 sex	07:36	12:22	13:20	16:33	06:33	01:00	00:00	00:00	00:00
05/12 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
06/12 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
07/12 seg	07:32	13:22	14:20	17:14	07:14	01:00	00:00	00:00	00:00
08/12 ter	07:33	14:09	14:57	16:22	06:22	01:00	00:00	00:00	00:00
09/12 qua	07:42	14:31	15:30	17:16	07:16	01:00	00:00	00:00	00:00
10/12 qui	07:29	12:39	13:18	16:54	06:54	00:39	00:00	00:00	00:00
11/12 sex	07:56	11:49	12:19	18:13	07:30	00:30	00:00	00:00	00:00
12/12 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
13/12 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
14/12 seg	07:57	12:17	13:11	16:40	06:40	01:00	00:00	00:00	00:00
15/12 ter	07:38	11:59	12:59	16:09	06:09	01:00	00:00	00:00	00:00
16/12 qua	07:31	12:27	13:15	16:30	06:30	01:00	00:00	00:00	00:00
17/12 qui	07:47	13:20	14:15	15:21	05:21	01:00	00:00	00:00	00:00
18/12 sex	07:28	11:32	12:32	16:55	06:55	01:00	00:00	00:00	00:00
19/12 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
20/12 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
TOTAL: 19 dias, 11 folgas/feriados					**127:26**	**18:09**	**00:00**	**00:00**	**00:00**

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

Horário Fixo (v1): RT FARMÁCIA MIRANDÓPOLIS - Início: Segunda
5 dias x 09:00-12:00 R 13:00-17:30 = 07:30 Folga 2 dias
Entrada 10/15 [Só Banco] - Saída 10/15 [Só Banco]
Refeição Livre 10/15 [Só Banco] (Marcação Obrigatória)

MAURO CELSO CHIAVELLI
20/02/2021

ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0008-89

Convênio nº 107/2017
Fonte de Recurso Estadual
Termo Aditivo nº 00002/2020
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

Cartão de Ponto de 21/11/2020 a 20/12/2020

Empregador: **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**
Funcionario: ANA PAULA AZEVEDO ZANATTA
Departamento: UTI MIRANDÓPOLIS
Função: TEC DE ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saida 1	Entrada 2	Saida 2	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.	Extra A	Total Faltas
21/11 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
22/11 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
23/11 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
24/11 ter	18:58	20:13	21:01	07:00	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
25/11 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
26/11 qui	18:59	20:13	21:03	07:02	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
27/11 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
28/11 sab	18:58	20:22	21:07	07:08	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
29/11 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
30/11 seg	19:07	20:34	21:34	07:05	10:58	00:00	08:00	00:00	00:00
01/12 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
02/12 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
03/12 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
04/12 sex	19:01	20:59	22:05	07:00	10:53	00:00	07:54	00:00	00:00
05/12 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
06/12 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
07/12 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
08/12 ter	18:58	20:26	21:35	07:00	10:53	00:00	08:00	00:00	00:00
09/12 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
10/12 qui	18:56	20:25	21:11	07:00	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
11/12 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
12/12 sab	18:57	21:31	22:01	07:20	11:53	00:00	07:58	00:00	00:00
13/12 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
14/12 seg	18:48	20:25	21:17	07:02	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
15/12 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
16/12 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
17/12 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
18/12 sex	18:54	19:52	20:37	07:06	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
19/12 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
20/12 dom	18:59	20:12	21:01	07:06	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
TOTAL: 11 dias, 19 folgas/feriados					**121:37**	**00:00**	**87:52**	**00:00**	**00:00**

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

Horário Movel (v1): 19H AS 07H- Início de acordo com o funcionário
7 dias x 19:00-23:00 00:00-07:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem Folga
15/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - AD.NOTURNO)

ANA PAULA AZEVEDO ZANATTA
10/12/21

ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0008-69

Convênio nº 107/2017
Fonte de Recurso Estadual
Termo Aditivo nº 00002/2020
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

Cartão de Ponto de 21/11/2020 a 20/12/2020

Empregador: **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**
Funcionario: DENISE PRISCILA ANCILOTTO LISBOA DE SOUZA
Departamento: UTI MIRANDÓPOLIS
Função: TEC DE ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.	Extra A	Total Faltas
21/11 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
22/11 dom	18:48	19:58	20:54	07:00	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
23/11 seg	18:44	20:04	21:01	07:00	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
24/11 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
25/11 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
26/11 qui	18:49	20:13	21:03	07:02	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
27/11 sex	18:56	20:25	21:25	06:58	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
28/11 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
29/11 dom	18:44	20:16	21:14	06:57	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
30/11 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
01/12 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
02/12 qua	18:52	20:21	21:07	07:03	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
03/12 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
04/12 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
05/12 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
06/12 dom	18:51	20:10	21:03	07:01	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
07/12 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
08/12 ter	18:48	20:25	21:16	07:00	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
09/12 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
10/12 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
11/12 sex	18:42	20:33	21:29	07:03	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
12/12 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
13/12 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
14/12 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
15/12 ter	18:47	21:05	21:54	07:05	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
16/12 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
17/12 qui	19:25	20:13	21:03	07:03	10:48	00:00	08:00	00:00	00:00
18/12 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
19/12 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
20/12 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
TOTAL: 11 dias, 19 folgas/feriados					**120:48**	**00:00**	**88:00**	**00:00**	**00:00**

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

Horário Movel (v1): 19H AS 07H- Início de acordo com o funcionário
7 dias x 19:00-23:00 00:00-07:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem Folga
15/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - AD.NOTURNO)

DENISE PRISCILA ANCILOTTO LISBOA DE

__/__/____

ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0008-89

Convênio nº 107/2017
Fonte de Recurso Estadual
Termo Aditivo nº 00002/2020
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

Cartão de Ponto de 21/11/2020 a 20/12/2020

Empregador: **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**
Funcionario: ISADORA MORAIS DE CASTRO SANTOS
Departamento: UTI MIRANDÓPOLIS
Função: AUX DE FARMÁCIA

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Trabalhadas	Refeição	Total Not.	Extra A	Total Faltas
21/11 sab	06:48	12:11	13:27	19:11	11:00	00:00	00:00	00:00	00:00
22/11 dom	06:46	12:28	13:35	19:02	11:00	00:00	00:00	00:00	00:00
23/11 seg	06:55	12:19	13:39	19:12	10:57	00:00	00:00	00:00	00:00
24/11 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
25/11 qua	18:47	20:58	22:01	07:07	00:13	00:00	08:00	00:00	00:00
26/11 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
27/11 sex	06:50	12:42	13:56	19:12	11:00	00:00	00:00	00:00	00:00
28/11 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
29/11 dom	06:52	12:16	13:31	19:11	11:00	00:00	00:00	00:00	00:00
30/11 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
01/12 ter	06:47	12:18	13:25	19:16	11:00	00:00	00:00	00:00	00:00
02/12 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
03/12 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
04/12 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
05/12 sab	06:52	12:29	13:41	19:10	11:00	00:00	00:00	00:00	00:00
06/12 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
07/12 seg	07:19	12:25	13:38	19:37	10:28	00:00	00:00	00:00	00:00
08/12 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
09/12 qua	06:48	12:08	13:19	19:16	11:00	00:00	00:00	00:00	00:00
10/12 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
11/12 sex	06:54	13:13	14:26	19:43	10:53	00:00	00:00	00:00	00:00
12/12 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
13/12 dom	06:55	12:18	13:28	19:16	11:00	00:00	00:00	00:00	00:00
14/12 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
15/12 ter	06:54	12:24	13:29	19:12	11:00	00:00	00:00	00:00	00:00
16/12 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
17/12 qui	06:57	12:42	13:54	19:16	11:00	00:00	00:00	00:00	00:00
18/12 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
19/12 sab	06:47	12:33	13:39	19:11	11:00	00:00	00:00	00:00	00:00
20/12 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
TOTAL: 15 dias, 15 folgas/feriados					**153:31**	**00:00**	**08:00**	**00:00**	**00:00**

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

Horário Movel (v1): 07H AS 19H- Início de acordo com o funcionário
7 dias x 07:00-12:00 13:00-19:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem Folga
10/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)

Isadora M. de C. Santos
ISADORA MORAIS DE CASTRO
9/2/21

ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0008-89

Convênio nº 107/2017
Fonte de Recurso Estadual
Termo Aditivo nº 00002/2020
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

Cartão de Ponto de 21/11/2020 a 20/12/2020

Empregador: ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionario: CATIA FERNANDA FERRAZ
Departamento: UTI MIRANDÓPOLIS
Função: TEC DE ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saida 1	Entrada 2	Saida 2	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.	Extra A	Total Faltas
21/11 sab	19:56	20:57	21:57	07:01	10:05	00:00	08:00	00:00	00:00
22/11 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
23/11 seg	18:59	20:07	21:01	07:00	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
24/11 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
25/11 qua	18:47	20:29	21:13	07:00	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
26/11 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
27/11 sex	18:58	20:29	21:16	06:58	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
28/11 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
29/11 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
30/11 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
01/12 ter	18:51	20:15	21:04	07:00	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
02/12 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
03/12 qui	18:41	20:31	21:22	07:00	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
04/12 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
05/12 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
06/12 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
07/12 seg	18:55	20:14	21:26	06:56	10:49	00:00	08:00	00:00	00:00
08/12 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
09/12 qua	18:52	20:07	21:07	07:00	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
10/12 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
11/12 sex	18:51	20:46	21:55	07:00	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
12/12 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
13/12 dom	19:28	20:33	21:24	07:17	10:58	00:00	08:00	00:00	00:00
14/12 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
15/12 ter	18:41	21:03	21:54	07:04	11:32	00:00	08:00	00:00	00:00
16/12 qua	19:07	20:54	21:49	07:00	10:58	00:00	08:00	00:00	00:00
17/12 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
18/12 sex	19:00	19:52	20:36	07:05	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
19/12 sab	18:44	20:11	21:11	07:02	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
20/12 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
TOTAL: 14 dias, 16 folgas/feriados					**153:22**	**00:00**	**112:00**	**00:00**	**00:00**

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

Horário Movel (v1): 19H AS 07H- Início de acordo com o funcionário
7 dias x 19:00-23:00 00:00-07:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem Folga
15/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - AD.NOTURNO)

CATIA FERNANDA FERRAZ
08/12/21

ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0008-89

Convênio nº 107/2017
Fonte de Recurso Estadual
Termo Aditivo nº 00002/2020
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

Cartão de Ponto de 21/11/2020 a 20/12/2020

Empregador: **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**
Funcionario: KELLY CRISTINA RAMOS ROCHA
Departamento: UTI MIRANDÓPOLIS
Função: TEC DE ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.	Extra A	Total Faltas
21/11 sab	06:52	09:57	11:09	19:00	10:56	00:00	00:00	00:00	00:00
22/11 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
23/11 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
24/11 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
25/11 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
26/11 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
27/11 sex	07:02	12:19	13:22	18:55	10:50	00:00	00:00	00:00	00:00
28/11 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
29/11 dom	07:08	12:21	13:25	18:56	10:44	00:00	00:00	00:00	00:00
30/11 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
01/12 ter	06:58	12:09	13:22	18:57	10:46	00:00	00:00	00:00	00:00
02/12 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
03/12 qui	07:08	12:36	13:38	19:00	10:50	00:00	00:00	00:00	00:00
04/12 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
05/12 sab	07:08	09:49	10:59	19:01	10:43	00:00	00:00	00:00	00:00
06/12 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
07/12 seg	07:11	11:33	12:31	15:02	06:53	00:00	00:00	00:00	00:00
08/12 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
09/12 qua	07:05	11:29			04:24	00:00	00:00	00:00	00:00
10/12 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
11/12 sex	06:58	13:16	14:21	18:56	10:53	00:00	00:00	00:00	00:00
12/12 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
13/12 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
14/12 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
15/12 ter	06:56	13:17	14:17	19:12	11:00	00:00	00:00	00:00	00:00
16/12 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
17/12 qui	07:00	11:07	12:10	19:05	11:00	00:00	00:00	00:00	00:00
18/12 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
19/12 sab	06:54	13:28	14:27	18:57	11:00	00:00	00:00	00:00	00:00
20/12 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
TOTAL: 12 dias, 18 folgas/feriados					**119:59**	**00:00**	**00:00**	**00:00**	**00:00**

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

Horário Movel (v1): 07H AS 19H- Início de acordo com o funcionário
7 dias x 07:00-12:00 13:00-19:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem Folga
10/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)

Kelly C. Ramos Rocha
KELLY CRISTINA RAMOS ROCHA
5/01/21

ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 49.461/0008-89

Convênio nº 107/2017
Fonte de Recurso Estadual
Termo Aditivo nº 00002/2020
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

Cartão de Ponto de 21/11/2020 a 20/12/2020

Empregador: **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**
Funcionario: MAIRA TEIXEIRA DE CASTRO
Departamento: UTI MIRANDÓPOLIS
Função: TEC DE ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.	Extra A	Total Faltas
21/11 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
22/11 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
23/11 seg	06:56	12:16	13:25	19:00	10:55	00:00	00:00	00:00	00:00
24/11 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
25/11 qua	06:53	12:53	13:54	19:00	11:00	00:00	00:00	00:00	00:00
26/11 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
27/11 sex	06:59	12:49	13:52	19:00	10:58	00:00	00:00	00:00	00:00
28/11 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
29/11 dom	07:00	13:52	14:44	18:56	11:00	00:00	00:00	00:00	00:00
30/11 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
01/12 ter	07:00	13:32	14:38	18:58	10:52	00:00	00:00	00:00	00:00
02/12 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
03/12 qui	18:54	21:22	22:28	07:00	00:06	00:00	00:00	00:00	00:00
04/12 sex	Folga				00:00	00:00	08:00	00:00	00:00
05/12 sab	06:55	14:21	15:24	19:01	11:00	00:00	00:00	00:00	00:00
06/12 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
07/12 seg	07:05	13:29	14:38	19:04	10:50	00:00	00:00	00:00	00:00
08/12 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
09/12 qua	06:57	12:48	13:50	19:02	11:00	00:00	00:00	00:00	00:00
10/12 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
11/12 sex	06:56	12:00	13:02	18:55	10:57	00:00	00:00	00:00	00:00
12/12 sab	06:56	14:35	15:36	19:02	11:00	00:00	00:00	00:00	00:00
13/12 dom	07:03	14:21	15:28	19:08	10:58	00:00	00:00	00:00	00:00
14/12 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
15/12 ter	06:56	12:17	13:15	19:02	11:00	00:00	00:00	00:00	00:00
16/12 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
17/12 qui	06:50	13:30	14:38	19:03	11:00	00:00	00:00	00:00	00:00
18/12 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
19/12 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
20/12 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
TOTAL: 14 dias, 16 folgas/feriados					**142:36**	**00:00**	**08:00**	**00:00**	**00:00**

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS

Horário Movel (v1): 07H AS 19H- Início de acordo com o funcionário
7 dias x 07:00-12:00 13:00-19:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem Folga
10/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)

MAIRA TEIXEIRA DE CASTRO
05/02/21

ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0008-89

Convênio nº 107/2017
Fonte de Recurso Estadual
Termo Aditivo nº 00002/2020
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

Cartão de Ponto de 21/11/2020 a 20/12/2020

Empregador: **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**
Funcionario: SONIA DOS SANTOS ROCHA
Departamento: UTI MIRANDÓPOLIS
Função: TEC DE ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saida 1	Entrada 2	Saida 2	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.	Extra A	Total Faltas
21/11 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
22/11 dom	18:50	19:58	20:55	07:00	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
23/11 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
24/11 ter	18:52	20:13	21:01	07:00	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
25/11 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
26/11 qui	19:05	20:16	21:04	07:02	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
27/11 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
28/11 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
29/11 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
30/11 seg	18:52	20:18	21:11	07:03	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
01/12 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
02/12 qua	18:52	20:22	21:07	07:04	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
03/12 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
04/12 sex	18:46	20:59	21:56	07:00	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
05/12 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
06/12 dom	18:52	20:10	21:03	07:02	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
07/12 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
08/12 ter	18:58	20:25	21:16	07:00	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
09/12 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
10/12 qui	18:57	20:25	21:11	07:00	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
11/12 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
12/12 sab	18:51	21:31	22:01	07:20	11:59	00:00	07:58	00:00	00:00
13/12 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
14/12 seg	18:56	20:25	21:22	07:01	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
15/12 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
16/12 qua	18:52	21:02	21:54	07:01	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
17/12 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
18/12 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
19/12 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
20/12 dom	18:59	20:12	21:02	07:06	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
TOTAL: 13 dias, 17 folgas/feriados					**143:59**	**00:00**	**103:58**	**00:00**	**00:00**

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

Horário Movel (v1): 19H AS 07H- Início de acordo com o funcionário
7 dias x 19:00-23:00 00:00-07:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem Folga
15/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - AD.NOTURNO)

SONIA DOS SANTOS ROCHA
07/2/21

ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0008-89

Convênio nº 107/2017
Fonte de Recurso Estadual
Termo Aditivo nº 00002/2020
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

Cartão de Ponto de 21/11/2020 a 20/12/2020

Empregador: **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**
Funcionario: PATRICIA MICHELE DE ALMEIDA
Departamento: UTI MIRANDÓPOLIS
Função: TEC DE ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saida 1	Entrada 2	Saida 2	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.	Extra A	Total Faltas
21/11 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
22/11 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
23/11 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
24/11 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
25/11 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
26/11 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
27/11 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
28/11 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
29/11 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
30/11 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
01/12 ter	07:00	11:47	13:05	18:55	10:37	00:00	00:00	00:00	00:00
02/12 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
03/12 qui	06:59	12:18	13:31	19:00	10:48	00:00	00:00	00:00	00:00
04/12 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
05/12 sab	07:01	12:00	13:07	19:02	10:54	00:00	00:00	00:00	00:00
06/12 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
07/12 seg	06:57	12:13	13:20	19:04	11:00	00:00	00:00	00:00	00:00
08/12 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
09/12 qua	07:00	12:17	13:28	19:02	10:51	00:00	00:00	00:00	00:00
10/12 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
11/12 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
12/12 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
13/12 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
14/12 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
15/12 ter	06:59	12:29	13:29	18:57	10:58	00:00	00:00	00:00	00:00
16/12 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
17/12 qui	07:01	11:56	13:12	19:01	10:44	00:00	00:00	00:00	00:00
18/12 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
19/12 sab	07:00	12:16	13:19	18:57	10:54	00:00	00:00	00:00	00:00
20/12 dom	07:03	11:59	13:08	19:04	10:52	00:00	00:00	00:00	00:00
TOTAL: 9 dias, 21 folgas/feriados					**97:38**	**00:00**	**00:00**	**00:00**	**00:00**

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

Horário Movel (v1): 07H AS 19H- Início de acordo com o funcionário
7 dias x 07:00-12:00 13:00-19:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem Folga
10/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)

Patricia M. Almeida
PATRICIA MICHELE DE ALMEIDA
05/02/2021

ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0008-89

Convênio nº 107/2017
Fonte de Recurso Estadual
Termo Aditivo nº 00002/2020
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

Cartão de Ponto de 21/11/2020 a 20/12/2020

Empregador: **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**
Funcionario: BIANCA CAETANO COSTA SILVA
Departamento: UTI MIRANDÓPOLIS
Função: TEC DE ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saida 1	Entrada 2	Saida 2	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.	Extra A	Total Faltas
21/11 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
22/11 dom	06:46	12:24	13:14	19:09	11:33	00:00	00:00	00:00	00:00
23/11 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
24/11 ter	06:48	12:06	13:04	19:05	11:00	00:00	00:00	00:00	00:00
25/11 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
26/11 qui	06:47	12:34	13:28	19:09	11:00	00:00	00:00	00:00	00:00
27/11 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
28/11 sab	06:48	12:10	13:36	19:00	10:46	00:00	00:00	00:00	00:00
29/11 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
30/11 seg	06:44	12:10	13:07	19:32	11:00	00:00	00:00	00:00	00:00
01/12 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
02/12 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
03/12 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
04/12 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
05/12 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
06/12 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
07/12 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
08/12 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
09/12 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
10/12 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
11/12 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
12/12 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
13/12 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
14/12 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
15/12 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
16/12 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
17/12 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
18/12 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
19/12 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
20/12 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
TOTAL: 5 dias, 25 folgas/feriados					**55:19**	**00:00**	**00:00**	**00:00**	**00:00**

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

Horário Movel (v1): 07H AS 19H- Início de acordo com o funcionário
7 dias x 07:00-12:00 13:00-19:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem Folga
10/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)

Bianca C. C. Silva
BIANCA CAETANO COSTA SILVA

ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL

__/__/____

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0008-89

Convênio nº 107/2017
Fonte de Recurso Estadual
Termo Aditivo nº 00002/2020
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

Cartão de Ponto de 21/11/2020 a 20/12/2020

Empregador: **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**
Funcionario: NATALIA XAVIER NASCIMENTO OLIVEIRA
Departamento: UTI MIRANDOPOLIS
Função: ENFERMEIRO (A)

Data	Entrada 1	Saida 1	Entrada 2	Saida 2	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.	Extra A	Total Faltas
21/11 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
22/11 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
23/11 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
24/11 ter	18:50	20:22	21:19	07:08	00:10	00:00	08:00	00:00	00:00
25/11 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
26/11 qui	18:55	20:11	21:11	07:22	00:05	00:00	08:00	00:00	00:00
27/11 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
28/11 sab	18:38	20:37	21:47	07:09	00:22	00:00	08:00	00:00	00:00
29/11 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
30/11 seg	19:20	20:37	21:34	07:13	00:00	00:00	08:00	00:00	00:00
01/12 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
02/12 qua	18:54	19:56	21:06	07:13	00:06	00:00	08:00	00:00	00:00
03/12 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
04/12 sex	18:58	21:06	22:08	06:17	00:02	00:00	08:00	00:00	00:00
05/12 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
06/12 dom	18:54	20:22	21:27	07:15	00:06	00:00	08:00	00:00	00:00
07/12 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
08/12 ter	18:59	20:16	21:42	07:15	00:01	00:00	08:00	00:00	00:00
09/12 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
10/12 qui	18:56	20:28	21:29	07:16	00:04	00:00	08:00	00:00	00:00
11/12 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
12/12 sab	19:03	21:30	22:30	07:41	00:00	00:00	08:00	00:00	00:00
13/12 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
14/12 seg	19:03	20:26	21:28	07:11	00:00	00:00	08:00	00:00	00:00
15/12 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
16/12 qua	19:08	21:06	23:39	07:26	00:00	00:00	08:00	00:00	00:00
17/12 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
18/12 sex	18:58	20:03	21:24	07:16	00:02	00:00	08:00	00:00	00:00
19/12 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
20/12 dom	18:56	20:13	21:03	07:14	00:04	00:00	08:00	00:00	00:00
TOTAL: 14 dias, 16 folgas/feriados					**01:02**	**00:00**	**112:00**	**00:00**	**00:00**

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS

Horário Movel (v1): 07H AS 19H- Início de acordo com o funcionário
7 dias x 07:00-12:00 13:00-19:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem Folga
10/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)

NATALIA XAVIER NASCIMENTO

___/___/_____

ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0008-89

Convênio nº 107/2017
Fonte de Recurso Estadual
Termo Aditivo nº 00002/2020
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

Cartão de Ponto de 21/11/2020 a 20/12/2020

Empregador: **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**
Funcionario: EDILAINE MUNHOZ MAQUEA
Departamento: UTI MIRANDOPOLIS
Função: TEC DE ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saida 1	Entrada 2	Saida 2	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.	Extra A	Total Faltas
21/11 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
22/11 dom	19:08	19:58	20:51	07:00	10:59	00:00	08:00	00:00	00:00
23/11 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
24/11 ter	18:55	20:13	21:02	06:55	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
25/11 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
26/11 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
27/11 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
28/11 sab	19:05	20:21	21:06	07:06	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
29/11 dom	19:09	20:16	21:12	06:57	10:52	00:00	08:00	00:00	00:00
30/11 seg	18:57	20:18	21:11	07:03	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
01/12 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
02/12 qua	19:01	20:22	21:07	07:04	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
03/12 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
04/12 sex	19:04	20:58	21:56	07:00	10:58	00:00	08:00	00:00	00:00
05/12 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
06/12 dom	18:52	20:10	21:03	07:02	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
07/12 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
08/12 ter	18:58	20:25	21:17	07:00	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
09/12 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
10/12 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
11/12 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
12/12 sab	18:57	21:30	22:01	07:20	11:52	00:00	07:58	00:00	00:00
13/12 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
14/12 seg	18:58	20:25	21:18	07:01	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
15/12 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
16/12 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
17/12 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
18/12 sex	19:00	19:51	20:38	07:05	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
19/12 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
20/12 dom	18:56	20:13	21:02	07:02	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
TOTAL: 13 dias, 17 folgas/feriados					**143:41**	**00:00**	**103:58**	**00:00**	**00:00**

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

Horário Movel (v1): 19H AS 07H- Inicio de acordo com o funcionário
7 dias x 19:00-23:00 00:00-07:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem Folga
15/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - AD.NOTURNO)

Edilaine Munhoz
EDILAINE MUNHOZ MAQUEA
06/10/2021

ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0008-89

Convênio nº 107/2017
Fonte de Recurso Estadual
Termo Aditivo nº 00002/2020
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

Cartão de Ponto de 21/11/2020 a 20/12/2020

Empregador: **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**
Funcionario: DEBORA CRISTINA LOCHE
Departamento: UTI MIRANDÓPOLIS
Função: AUX DE FARMÁCIA

Data	Entrada 1	Saida 1	Entrada 2	Saida 2	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.	Extra A	Total Faltas
21/11 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
22/11 dom	18:48	20:40	21:39	07:02	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
23/11 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
24/11 ter	18:50	20:32	21:29	07:00	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
25/11 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
26/11 qui	18:49	20:40	21:37	07:02	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
27/11 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
28/11 sab	18:45	20:23	21:23	07:00	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
29/11 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
30/11 seg	18:52	20:35	21:34	07:03	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
01/12 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
02/12 qua	18:52	20:21	21:26	07:02	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
03/12 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
04/12 sex	18:44	20:35	21:35	07:02	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
05/12 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
06/12 dom	18:51	20:23	21:22	07:03	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
07/12 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
08/12 ter	18:48	20:28	21:26	07:01	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
09/12 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
10/12 qui	18:44	20:59	21:56	07:11	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
11/12 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
12/12 sab	18:46	20:40	21:39	07:11	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
13/12 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
14/12 seg	18:43	20:51	21:49	07:05	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
15/12 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
16/12 qua	18:49	20:35	21:30	05:50	10:06	00:00	08:00	00:00	00:00
17/12 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
18/12 sex	18:47	20:30	21:31	07:05	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
19/12 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
20/12 dom	18:43	20:30	21:30	07:04	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
TOTAL: 15 dias, 15 folgas/feriados					**164:06**	**00:00**	**120:00**	**00:00**	**00:00**

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

Horário Movel (v1): 19H AS 07H- Início de acordo com o funcionário
7 dias x 19:00-23:00 00:00-07:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem Folga
15/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - AD.NOTURNO)

Débora C. Loche
DEBORA CRISTINA LOCHE

06/02/2021

ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0008-89

Convênio nº 107/2017
Fonte de Recurso Estadual
Termo Aditivo nº 00002/2020
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

Cartão de Ponto de 21/11/2020 a 20/12/2020

Empregador: **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**
Funcionario: LUCAS CARVALHO DOS SANTOS
Departamento: UTI MIRANDÓPOLIS
Função: TEC DE ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saida 1	Entrada 2	Saida 2	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.	Extra A	Total Faltas
21/11 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
22/11 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
23/11 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
24/11 ter	18:58	20:13	21:01	07:00	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
25/11 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
26/11 qui	18:58	20:13	21:03	07:02	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
27/11 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
28/11 sab	18:58	20:21	21:11	07:09	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
29/11 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
30/11 seg	19:07	20:18	21:12	07:03	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
01/12 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
02/12 qua	18:52	20:21	21:06	07:04	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
03/12 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
04/12 sex	19:01	20:59	21:56	07:00	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
05/12 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
06/12 dom	18:54	20:10	21:03	07:01	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
07/12 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
08/12 ter	18:58	20:26	21:41	07:00	10:47	00:00	08:00	00:00	00:00
09/12 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
10/12 qui	18:55	20:24	21:11	07:00	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
11/12 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
12/12 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
13/12 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
14/12 seg	18:48	20:26	21:21	07:02	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
15/12 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
16/12 qua	18:52	21:02	21:52	07:01	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
17/12 qui	17:58	20:13	21:03	05:08	09:18	00:00	08:00	00:00	00:00
18/12 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
19/12 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
20/12 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
TOTAL: 12 dias, 18 folgas/feriados					**130:05**	**00:00**	**96:00**	**00:00**	**00:00**

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

Horário Movel (v1): 19H AS 07H- Início de acordo com o funcionário
7 dias x 19:00-23:00 00:00-07:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem Folga
15/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - AD.NOTURNO)

LUCAS CARVALHO DOS SANTOS
06/02/2021

ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0008-89

Convênio nº 107/2017
Fonte de Recurso Estadual
Termo Aditivo nº 00002/2020
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

Cartão de Ponto de 21/11/2020 a 20/12/2020

Empregador: **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**
Funcionario: PATRICIA ADRIANA FERREIRA
Departamento: UTI MIRANDOPOLIS
Função: TEC DE ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.	Extra A	Total Faltas
21/11 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
22/11 dom	18:48	19:58	20:56	07:00	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
23/11 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
24/11 ter	18:52	20:13	21:01	07:00	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
25/11 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
26/11 qui	18:55	20:13	21:03	07:02	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
27/11 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
28/11 sab	18:43	20:21	21:06	07:02	11:34	00:00	08:00	00:00	00:00
29/11 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
30/11 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
01/12 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
02/12 qua	18:52	20:22	21:07	07:03	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
03/12 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
04/12 sex	18:48	20:59	21:56	07:00	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
05/12 sab	18:58	20:05	21:01	07:00	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
06/12 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
07/12 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
08/12 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
09/12 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
10/12 qui	18:57	20:25	21:11	07:00	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
11/12 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
12/12 sab	18:59	21:30	22:01	07:20	11:50	00:00	07:58	00:00	00:00
13/12 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
14/12 seg	19:03	20:25	21:18	07:01	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
15/12 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
16/12 qua	18:57	21:02	21:53	07:01	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
17/12 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
18/12 sex	19:00	19:51	20:36	07:06	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
19/12 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
20/12 dom	18:56	20:12	21:03	07:06	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
TOTAL: 13 dias, 17 folgas/feriados					**144:24**	**00:00**	**103:58**	**00:00**	**00:00**

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

Horário Movel (v1): 19H AS 07H- Início de acordo com o funcionário
7 dias x 19:00-23:00 00:00-07:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem Folga
15/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - AD.NOTURNO)

PATRICIA ADRIANA FERREIRA

ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0008-89

Convênio nº 107/2017
Fonte de Recurso Estadual
Termo Aditivo nº 00002/2020
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

Cartão de Ponto de 21/11/2020 a 20/12/2020

Impresso em 02/01/2021 11:33

Empregador: **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**
Funcionario: BRUNA BERALDO FERRANTE
Departamento: UTI MIRANDOPOLIS
Função: ENFERMEIRO (A)

Data	Entrada 1	Saida 1	Entrada 2	Saida 2	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.	Extra A	Total Faltas
21/11 sab	07:05	09:57	11:09	19:16	00:16	00:00	00:00	00:00	00:00
22/11 dom	19:03	19:59	20:51	07:18	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
23/11 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
24/11 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
25/11 qua	19:06	20:49	21:44	07:03	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
26/11 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
27/11 sex	19:05	20:40	21:31	07:04	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
28/11 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
29/11 dom	18:53	20:17	21:11	06:55	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
30/11 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
01/12 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
02/12 qua	07:20	13:21	14:42	19:05	00:05	00:00	00:00	00:00	00:00
03/12 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
04/12 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
05/12 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
06/12 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
07/12 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
08/12 ter	07:04	11:42	12:42	19:07	00:07	00:00	00:00	00:00	00:00
09/12 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
10/12 qui	07:09	13:06	14:01	19:23	00:23	00:00	00:00	00:00	00:00
11/12 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
12/12 sab	07:08	13:47	14:47	19:37	00:37	00:00	00:00	00:00	00:00
13/12 dom	07:00	11:34	12:38	18:12	00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
14/12 seg	06:01	12:18	13:13	19:13	00:13	00:00	00:00	00:00	00:00
15/12 ter	18:56	20:55	21:54	07:09	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
16/12 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
17/12 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
18/12 sex	06:57	12:46	13:52	19:33	00:33	00:00	00:00	00:00	00:00
19/12 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
20/12 dom	06:57	12:49	13:50	19:08	00:08	00:00	00:00	00:00	00:00
TOTAL: 14 dias, 16 folgas/feriados					**57:22**	**00:00**	**40:00**	**00:00**	**00:00**

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

Horário Movel (v1): 19H AS 07H- Início de acordo com o funcionário
7 dias x 19:00-23:00 00:00-07:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem Folga
15/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - AD.NOTURNO)

BRUNA BERALDO FERRANTE
__/__/__

ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0008-89

Cartão de Ponto de 21/11/2020 a 20/12/2020

Empregador: **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**
Funcionario: ALCIONE BOGAZ
Departamento: UTI MIRANDÓPOLIS
Função: TEC DE ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saida 1	Entrada 2	Saida 2	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.	Extra A	Total Faltas
21/11 sab	18:44	19:56	20:58	07:02	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
22/11 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
23/11 seg	18:55	20:03	20:50	07:00	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
24/11 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
25/11 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
26/11 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
27/11 sex	18:58	20:23	21:18	06:58	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
28/11 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
29/11 dom	18:47	20:16	21:12	06:57	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
30/11 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
01/12 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
02/12 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
03/12 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
04/12 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
05/12 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
06/12 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
07/12 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
08/12 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
09/12 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
10/12 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
11/12 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
12/12 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
13/12 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
14/12 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
15/12 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
16/12 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
17/12 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
18/12 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
19/12 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
20/12 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
TOTAL: 4 dias, 26 folgas/feriados					**44:00**	**00:00**	**32:00**	**00:00**	**00:00**

TOLERÂNCIA DIARIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

Horário Movel (v1): 19H AS 07H- Início de acordo com o funcionário
7 dias x 19:00-23:00 00:00-07:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem Folga
15/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - AD.NOTURNO)

Alcione Bogaz
ALCIONE BOGAZ
7/2/21

ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0008-89

Convênio nº 107/2017
Fonte de Recurso Estadual
Termo Aditivo nº 00002/2020
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

Cartão de Ponto de 21/11/2020 a 20/12/2020

Empregador: **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**
Funcionario: IZABEL CRISTINA DE SOUZA
Departamento: UTI MIRANDÓPOLIS
Função: AUX DE FARMÁCIA

Data	Entrada 1	Saida 1	Entrada 2	Saida 2	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.	Extra A	Total Faltas
21/11 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
22/11 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
23/11 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
24/11 ter	06:44	13:32	14:27	19:07	11:00	00:00	00:00	00:00	00:00
25/11 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
26/11 qui	06:58	13:47	14:32	19:00	11:00	00:00	00:00	00:00	00:00
27/11 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
28/11 sab	06:48	13:02	14:03	18:57	11:00	00:00	00:00	00:00	00:00
29/11 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
30/11 seg	06:46	12:18	13:17	19:00	11:00	00:00	00:00	00:00	00:00
01/12 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
02/12 qua	06:35	12:45	13:39	19:04	11:35	00:00	00:00	00:00	00:00
03/12 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
04/12 sex	06:51	14:33	15:33	19:00	11:00	00:00	00:00	00:00	00:00
05/12 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
06/12 dom	06:55	12:58	13:58	19:06	11:00	00:00	00:00	00:00	00:00
07/12 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
08/12 ter	06:43	12:52	13:46	19:04	11:00	00:00	00:00	00:00	00:00
09/12 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
10/12 qui	06:50	12:47	13:48	19:03	11:00	00:00	00:00	00:00	00:00
11/12 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
12/12 sab	07:03	13:47	14:43	19:06	11:00	00:00	00:00	00:00	00:00
13/12 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
14/12 seg	06:58	12:48	14:09	19:02	10:43	00:00	00:00	00:00	00:00
15/12 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
16/12 qua	06:48	13:28	14:27	19:04	11:00	00:00	00:00	00:00	00:00
17/12 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
18/12 sex	06:52	14:00	15:00	19:13	11:00	00:00	00:00	00:00	00:00
19/12 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
20/12 dom	06:48	13:07	14:07	19:11	11:00	00:00	00:00	00:00	00:00
TOTAL: 14 dias, 16 folgas/feriados					**154:18**	**00:00**	**00:00**	**00:00**	**00:00**

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

Horário Movel (v1): 07H AS 19H- Início de acordo com o funcionário
7 dias x 07:00-12:00 13:00-19:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem Folga
10/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)

IZABEL CRISTINA DE SOUZA
6/2/21

ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0008-89

Convênio nº 107/2017
Fonte de Recurso Estadual
Termo Aditivo nº 00002/2020
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

Cartão de Ponto de 21/11/2020 a 20/12/2020

Empregador: **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**
Funcionario: DANIELA DOS SANTOS DE OLIVEIRA
Departamento: UTI MIRANDÓPOLIS
Função: TEC DE ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saida 1	Entrada 2	Saida 2	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.	Extra A	Total Faltas
21/11 sab	18:48	20:01	20:57		01:13	00:00	00:00	00:00	00:00
22/11 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
23/11 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
24/11 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
25/11 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
26/11 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
27/11 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
28/11 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
29/11 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
30/11 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
01/12 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
02/12 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
03/12 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
04/12 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
05/12 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
06/12 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
07/12 seg	18:54	20:15	21:07	07:00	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
08/12 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
09/12 qua	18:53	20:07	21:07	07:00	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
10/12 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
11/12 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
12/12 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
13/12 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
14/12 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
15/12 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
16/12 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
17/12 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
18/12 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
19/12 sab	18:51	20:11	21:11	07:01	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
20/12 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
TOTAL: 4 dias, 26 folgas/feriados					**34:13**	**00:00**	**24:00**	**00:00**	**00:00**

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

Horário Movel (v1): 19H AS 07H- Início de acordo com o funcionário
7 dias x 19:00-23:00 00:00-07:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem Folga
15/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - AD.NOTURNO)

DANIELA DOS SANTOS DE OLIVEIRA

__/__/_____

ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0008-89

Convênio nº 107/2017
Fonte de Recurso Estadual
Termo Aditivo nº 00002/2020
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

Cartão de Ponto de 21/11/2020 a 20/12/2020

Empregador: ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionario: REGINA LEIA PARRO RODRIGUES DE SOUSA
Departamento: UTI MIRANDÓPOLIS
Função: AUX DE FARMÁCIA

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Trabalhadas	Refeicao	Total Not	Extra A	Total Faltas
21/11 sab	18:55	20:34	21:27	07:05	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
22/11 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
23/11 seg	18:56	20:34	21:25	07:00	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
24/11 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
25/11 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
26/11 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
27/11 sex	18:55	20:35	21:30	07:00	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
28/11 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
29/11 dom	18:55	20:33	21:30	06:57	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
30/11 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
01/12 ter	18:57	20:20	21:19	07:00	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
02/12 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
03/12 qui	18:53	21:22	22:22	07:00	11:00	00:00	07:34	00:00	00:00
04/12 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
05/12 sab	18:50	20:08	21:03	07:00	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
06/12 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
07/12 seg	19:00	20:33	21:25	07:00	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
08/12 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
09/12 qua	18:55	20:42	21:36	07:06	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
10/12 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
11/12 sex	18:53	20:33	21:27	07:11	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
12/12 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
13/12 dom	18:52	20:40	21:33	07:18	11:33	00:00	08:00	00:00	00:00
14/12 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
15/12 ter	18:50	20:46	21:40	07:05	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
16/12 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
17/12 qui	18:56	20:42	21:40	07:01	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
18/12 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
19/12 sab	18:53	21:00	21:40	07:05	11:32	00:00	08:00	00:00	00:00
20/12 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
TOTAL: 14 dias, 16 folgas/feriados					**155:05**	**00:00**	**111:34**	**00:00**	**00:00**

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

Horário Movel (v1): 19H AS 07H- Início de acordo com o funcionário
7 dias x 19:00-23:00 00:00-07:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem Folga
15/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - AD.NOTURNO)

REGINA LEIA PARRO RODRIGUES DE
07/2021

ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0008-39

Convênio nº 107/2017
Fonte de Recurso Estadual
Termo Aditivo nº 00002/2020
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

Cartão de Ponto de 21/11/2020 a 20/12/2020

Empregador: **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**
Funcionario: ALESSANDRA DE CASSIA MARDEGAN
Departamento: UTI MIRANDÓPOLIS
Função: ENFERMEIRO (A)

Data	Entrada 1	Saida 1	Entrada 2	Saida 2	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.	Extra A	Total Faltas
21/11 sab	19:06	20:21	21:22	07:00	10:53	00:00	08:00	00:00	00:00
22/11 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
23/11 seg	18:59	20:05	21:16	07:01	10:51	00:00	08:00	00:00	00:00
24/11 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
25/11 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
26/11 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
27/11 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
28/11 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
29/11 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
30/11 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
01/12 ter	18:57	20:42	21:42	07:27	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
02/12 qua	21:14	00:06			02:52	00:00	02:24	00:00	00:00
03/12 qui	19:00	21:01	21:59	07:00	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
04/12 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
05/12 sab	19:02	20:18	21:20	07:01	10:57	00:00	08:00	00:00	00:00
06/12 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
07/12 seg	19:07	20:27	21:26	07:08	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
08/12 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
09/12 qua	18:43	20:00	21:00	07:19	11:36	00:00	08:00	00:00	00:00
10/12 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
11/12 sex	19:08	20:32	21:39	07:00	10:45	00:00	08:00	00:00	00:00
12/12 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
13/12 dom	17:54	20:10	21:30	06:06	09:46	00:00	08:00	00:00	00:00
14/12 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
15/12 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
16/12 qua	06:49	14:10	15:10	19:31	00:31	00:00	00:00	00:00	00:00
17/12 qui	19:03	20:13	21:07	07:18	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
18/12 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
19/12 sab	19:01	20:50	21:50	07:06	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
20/12 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
TOTAL: 13 dias, 17 folgas/feriados					**123:11**	**00:00**	**90:24**	**00:00**	**00:00**

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

Horário Movel (v1): 19H AS 07H- Início de acordo com o funcionário
7 dias x 19:00-23:00 00:00-07:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem Folga
15/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - AD.NOTURNO)

ALESSANDRA DE CASSIA MARDEGAN
7/12/2021

ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0008-89

Convênio nº 107/2017
Fonte de Recurso Estadual
Termo Aditivo nº 00002/2020
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

Cartão de Ponto de 21/11/2020 a 20/12/2020

Empregador: **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**
Funcionario: EDILENE MANOEL
Departamento: UTI MIRANDÓPOLIS
Função: TEC DE ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.	Extra A	Total Faltas
21/11 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
22/11 dom	07:02	14:44	15:48	19:01	10:55	00:00	00:00	00:00	00:00
23/11 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
24/11 ter	07:06	12:38	13:47	19:06	10:51	00:00	00:00	00:00	00:00
25/11 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
26/11 qui	07:08	13:34	14:43	19:07	10:50	00:00	00:00	00:00	00:00
27/11 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
28/11 sab	07:05	13:05	14:08	19:01	10:53	00:00	00:00	00:00	00:00
29/11 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
30/11 seg	07:01	12:25	13:29	19:12	11:00	00:00	00:00	00:00	00:00
01/12 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
02/12 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
03/12 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
04/12 sex	07:03	13:27	14:37	19:09	10:56	00:00	00:00	00:00	00:00
05/12 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
06/12 dom	07:04	14:19	15:30	19:06	10:51	00:00	00:00	00:00	00:00
07/12 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
08/12 ter	07:03	12:32	13:35	19:07	11:00	00:00	00:00	00:00	00:00
09/12 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
10/12 qui	07:07	12:17	13:19	19:08	10:59	00:00	00:00	00:00	00:00
11/12 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
12/12 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
13/12 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
14/12 seg	06:55	13:18	14:18	19:01	11:00	00:00	00:00	00:00	00:00
15/12 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
16/12 qua	06:57	13:26	14:35	19:38	10:54	00:00	00:00	00:00	00:00
17/12 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
18/12 sex	07:01	13:21	14:17	19:27	11:00	00:00	00:00	00:00	00:00
19/12 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
20/12 dom	06:54	13:38	14:48	19:19	11:00	00:00	00:00	00:00	00:00
TOTAL: 13 dias, 17 folgas/feriados					**142:09**	**00:00**	**00:00**	**00:00**	**00:00**

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

Horário Movel (v1): 07H AS 19H- Início de acordo com o funcionário
7 dias x 07:00-12:00 13:00-19:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem Folga
10/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)

EDILENE MANOEL

__/__/____

ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0008-89

Cartão de Ponto de 21/11/2020 a 20/12/2020

Empregador: **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**
Funcionario: ELAINE CRISTINA DIAS BORGES
Departamento: UTI MIRANDÓPOLIS
Função: TEC DE ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saida 1	Entrada 2	Saida 2	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.	Extra A	Total Faltas
21/11 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
22/11 dom	07:10	13:22	14:33	19:00	10:39	00:00	00:00	00:00	00:00
23/11 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
24/11 ter	06:47	13:32	14:30	19:06	11:00	00:00	00:00	00:00	00:00
25/11 qua	19:11	20:48	21:42	07:00	00:00	00:00	08:00	00:00	00:00
26/11 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
27/11 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
28/11 sab	07:06	13:37	14:34	18:59	10:56	00:00	00:00	00:00	00:00
29/11 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
30/11 seg	07:02	13:36	14:33	19:11	11:00	00:00	00:00	00:00	00:00
01/12 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
02/12 qua	06:54	13:21	14:42	19:05	10:50	00:00	00:00	00:00	00:00
03/12 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
04/12 sex	07:01	12:11	13:15	19:03	10:58	00:00	00:00	00:00	00:00
05/12 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
06/12 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
07/12 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
08/12 ter	06:53	10:37	11:51	19:02	10:55	00:00	00:00	00:00	00:00
09/12 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
10/12 qui	06:58	13:18	14:20	17:12	09:12	00:00	00:00	00:00	00:00
11/12 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
12/12 sab	06:57	13:25	14:23	19:06	11:00	00:00	00:00	00:00	00:00
13/12 dom	19:04	20:40	21:34	07:02	00:00	00:00	08:00	00:00	00:00
14/12 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
15/12 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
16/12 qua	06:55	15:06	15:41	19:06	11:36	00:00	00:00	00:00	00:00
17/12 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
18/12 sex	07:01	13:00	13:15	19:22	12:06	00:00	00:00	00:00	00:00
19/12 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
20/12 dom	07:00	12:34	13:34	19:12	11:00	00:00	00:00	00:00	00:00
TOTAL: 14 dias, 16 folgas/feriados					**131:12**	**00:00**	**16:00**	**00:00**	**00:00**

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

Horário Movel (v1): 07H AS 19H- Início de acordo com o funcionário
7 dias x 07:00-12:00 13:00-19:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem Folga
10/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)

Elaine C. D. Borges
ELAINE CRISTINA DIAS BORGES

ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL

__/__/____

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0008-89

Cartão de Ponto de 21/11/2020 a 20/12/2020

Empregador: **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**
Funcionario: MARCIA MAIARA POSSENTI
Departamento: UTI MIRANDÓPOLIS
Função: AUX ADMINISTRATIVO

Data	Entrada 1	Saida 1	Entrada 2	Saida 2	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.	Extra A	Total Faltas
21/11 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
22/11 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
23/11 seg	08:19	11:20	12:50	17:33	07:44	00:00	00:00	00:00	02:16
24/11 ter	08:38	12:04	13:00	17:40	08:06	00:00	00:00	00:00	01:54
25/11 qua	08:40	11:30	13:05	17:41	07:26	00:00	00:00	00:00	02:34
26/11 qui	08:30	11:36	12:57	17:56	08:05	00:00	00:00	00:00	01:55
27/11 sex	08:38	11:43	13:00	17:20	07:25	00:00	00:00	00:00	02:35
28/11 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
29/11 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
30/11 seg	08:17	11:35	12:56	17:40	08:02	00:00	00:00	00:00	01:58
01/12 ter	08:18	11:39	13:04	17:37	07:54	00:00	00:00	00:00	02:06
02/12 qua	08:39	11:42	16:51	17:51	04:03	00:00	00:00	00:00	05:57
03/12 qui	08:26	13:17	13:35	20:21	10:00	00:00	00:00	00:00	00:00
04/12 sex	08:38	11:41	13:06	21:35	10:00	00:00	00:00	00:00	00:00
05/12 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
06/12 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
07/12 seg	08:24	11:33	13:06	18:09	08:12	00:00	00:00	00:00	01:48
08/12 ter	08:42	11:18	12:42	17:56	07:50	00:00	00:00	00:00	02:10
09/12 qua	08:23	12:08	13:08	18:35	09:12	00:00	00:00	00:00	00:48
10/12 qui	08:35	13:35	14:25	17:17	07:52	00:00	00:00	00:00	02:08
11/12 sex	08:47	11:30	12:30	17:16	07:29	00:00	00:00	00:00	02:31
12/12 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
13/12 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
14/12 seg	07:46	11:02	12:13	16:43	07:46	00:00	00:00	00:00	02:14
15/12 ter	08:24	12:48	13:18	17:18	08:24	00:00	00:00	00:00	01:36
16/12 qua	08:16	11:50	13:01	17:29	08:02	00:00	00:00	00:00	01:58
17/12 qui	08:11	12:38	14:11	17:25	07:41	00:00	00:00	00:00	02:19
18/12 sex	07:14	12:00	13:00	17:00	08:46	00:00	00:00	00:00	01:14
19/12 sab	15:23	15:55			00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
20/12 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
TOTAL: 20 dias, 10 folgas/feriados					**159:59**	**00:00**	**00:00**	**00:00**	**40:01**

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

Horário Movel (v1): 7:30 A 17:30 - Início: Segunda
5 dias x 07:30-17:30 SR = 10:00 Folga 2 dias
10/99 [Atraso+Extra A]
Falta [Só Atraso] (feriado)

MARCIA MAIARA POSSENTI

ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0008-89

Convênio nº 107/2017
Fonte de Recurso Estadual
Termo Aditivo nº 00002/2020
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

Cartão de Ponto de 21/11/2020 a 20/12/2020

Empregador: **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**
Funcionario: ANA AUGUSTA FELICIANI CAMPOS
Departamento: UTI MIRANDÓPOLIS
Função: TEC DE ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saida 1	Entrada 2	Saida 2	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.	Extra A	Total Faltas
21/11 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
22/11 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
23/11 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
24/11 ter	06:47	13:23	14:23	19:06	11:00	00:00	00:00	00:00	00:00
25/11 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
26/11 qui	06:51	13:29	14:31	19:04	11:00	00:00	00:00	00:00	00:00
27/11 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
28/11 sab	06:53	13:30	14:34	18:59	11:00	00:00	00:00	00:00	00:00
29/11 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
30/11 seg	06:54	13:27	14:33	19:11	11:00	00:00	00:00	00:00	00:00
01/12 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
02/12 qua	06:57	13:21	14:42	19:04	10:46	00:00	00:00	00:00	00:00
03/12 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
04/12 sex	06:53	12:12	13:15	19:02	11:00	00:00	00:00	00:00	00:00
05/12 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
06/12 dom	06:54	13:19	14:16	19:04	11:00	00:00	00:00	00:00	00:00
07/12 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
08/12 ter	06:53	12:06	13:07	19:02	11:00	00:00	00:00	00:00	00:00
09/12 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
10/12 qui	06:51	13:13	14:19	19:02	11:00	00:00	00:00	00:00	00:00
11/12 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
12/12 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
13/12 dom	06:55	12:25	13:26	19:08	11:00	00:00	00:00	00:00	00:00
14/12 seg	06:52	12:15	13:14	19:00	11:00	00:00	00:00	00:00	00:00
15/12 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
16/12 qua	06:54	14:52	15:35	19:05	11:00	00:00	00:00	00:00	00:00
17/12 qui	06:50	12:57	14:00	19:04	11:00	00:00	00:00	00:00	00:00
18/12 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
19/12 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
20/12 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
TOTAL: 13 dias, 17 folgas/feriados					**142:46**	**00:00**	**00:00**	**00:00**	**00:00**

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

Horário Movel (v1): 07H AS 19H- Início de acordo com o funcionário
7 dias x 07:00-12:00 13:00-19:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem Folga
10/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)

ANA AUGUSTA FELICIANI CAMPOS

ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0006-89

Convênio nº 107/2017
Fonte de Recurso Estadual
Termo Aditivo nº 00002/2020
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

Cartão de Ponto de 21/11/2020 a 20/12/2020

Empregador: **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**
Funcionario: PRISCILA SANTOS LEITE DE ALMEIDA
Departamento: UTI MIRANDÓPOLIS
Função: ENFERMEIRO (A)

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.	Extra A	Total Faltas
21/11 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
22/11 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
23/11 seg	07:01	15:08	16:54	19:09	10:22	00:00	00:00	00:00	00:00
24/11 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
25/11 qua	11:33	14:59	15:16	19:16	07:26	00:00	00:00	00:00	00:00
26/11 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
27/11 sex	06:59	13:38	14:27	20:02	11:00	00:00	00:00	00:00	00:00
28/11 sab	18:59	19:37	22:49	06:56	00:01	00:00	08:00	00:00	00:00
29/11 dom	19:01	20:00	21:00	07:09	00:00	00:00	08:00	00:00	00:00
30/11 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
01/12 ter	14:34	15:26	19:44	07:00	01:00	00:00	08:00	00:00	00:00
02/12 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
03/12 qui	07:03	13:48	15:50	19:19	10:14	00:00	00:00	00:00	00:00
04/12 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
05/12 sab	05:56	12:36	14:13	19:06	10:29	00:00	00:00	00:00	00:00
06/12 dom	07:00	12:51	13:51	19:03	11:00	00:00	00:00	00:00	00:00
07/12 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
08/12 ter	07:01	14:14	15:29	21:02	11:59	00:00	08:00	00:00	00:00
09/12 qua	22:45	07:08			00:00	00:00	07:08	00:00	00:00
10/12 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
11/12 sex	17:04	21:41			01:56	00:00	00:00	00:00	00:00
12/12 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
13/12 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
14/12 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
15/12 ter	06:59	15:42	16:33	20:22	11:00	00:00	00:00	00:00	00:00
16/12 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
17/12 qui	07:01	15:00	16:00	20:43	10:59	00:00	00:00	00:00	00:00
18/12 sex	07:02	15:00	16:00	19:14	10:58	00:00	08:00	00:00	00:00
19/12 sab	19:17	20:00	21:00	07:01	00:00	00:00	08:00	00:00	00:00
20/12 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
TOTAL: 16 dias, 14 folgas/feriados					**108:24**	**00:00**	**55:08**	**00:00**	**00:00**

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

Horário Movel (v1): 07H AS 19H- Início de acordo com o funcionário
7 dias x 07:00-12:00 13:00-19:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem Folga
10/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)

PRISCILA SANTOS LEITE DE
04/09/21

ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0008-89

Convênio nº 107/2017
Fonte de Recurso Estadual
Termo Aditivo nº 00002/2020
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

Cartão de Ponto de 21/11/2020 a 20/12/2020

Empregador: **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**
Funcionario: ELIANA CRISTINA RODRIGUES
Departamento: UTI MIRANDÓPOLIS
Função: TEC DE ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saida 1	Entreda 2	Saida 2	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.	Extra A	Total Faltas
21/11 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
22/11 dom	06:56	13:26	14:34	19:00	10:56	00:00	00:00	00:00	00:00
23/11 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
24/11 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
25/11 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
26/11 qui	06:56	12:39	13:39	19:05	11:00	00:00	00:00	00:00	00:00
27/11 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
28/11 sab	06:53	12:22	13:30	19:00	10:59	00:00	00:00	00:00	00:00
29/11 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
30/11 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
01/12 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
02/12 qua	06:57	12:25	13:37	19:06	10:57	00:00	00:00	00:00	00:00
03/12 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
04/12 sex	06:59	13:22	14:34	19:04	10:53	00:00	00:00	00:00	00:00
05/12 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
06/12 dom	06:55	13:29	14:28	19:05	11:00	00:00	00:00	00:00	00:00
07/12 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
08/12 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
09/12 qua	06:52	14:04	15:04	19:08	11:00	00:00	00:00	00:00	00:00
10/12 qui	06:56	13:18	14:22	19:07	11:00	00:00	00:00	00:00	00:00
11/12 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
12/12 sab	06:52	13:24	14:30	19:07	11:00	00:00	00:00	00:00	00:00
13/12 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
14/12 seg	06:55	13:16	14:24	19:01	10:58	00:00	00:00	00:00	00:00
15/12 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
16/12 qua	06:55	14:14	15:20	19:08	11:00	00:00	00:00	00:00	00:00
17/12 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
18/12 sex	06:56	13:00	13:15	19:21	12:10	00:00	00:00	00:00	00:00
19/12 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
20/12 dom	06:58	13:36	14:50	19:15	11:00	00:00	00:00	00:00	00:00
TOTAL: 13 dias, 17 folgas/feriados					**143:53**	**00:00**	**00:00**	**00:00**	**00:00**

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

Horário Movel (v1): 07H AS 19H- Início de acordo com o funcionário
7 dias x 07:00-12:00 13:00-19:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem Folga
10/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)

ELIANA CRISTINA RODRIGUES

ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL

__/__/____

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0008-89

Cartão de Ponto de 21/11/2020 a 20/12/2020

Empregador: **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**
Funcionário: GISLAINE MACHADO MORABITO
Departamento: UTI MIRANDÓPOLIS
Função: TEC DE ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Trabalhadas	Referência	Total Not.	Extra A	Total Extra
21/11 sab	07:03	12:12	13:12	19:05	11:00	00:00	00:00	00:00	00:00
22/11 dom	06:56	12:16			05:20	00:00	00:00	00:00	00:00
23/11 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
24/11 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
25/11 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
26/11 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
27/11 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
28/11 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
29/11 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
30/11 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
01/12 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
02/12 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
03/12 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
04/12 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
05/12 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
06/12 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
07/12 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
08/12 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
09/12 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
10/12 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
11/12 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
12/12 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
13/12 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
14/12 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
15/12 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
16/12 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
17/12 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
18/12 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
19/12 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
20/12 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
TOTAL: 2 dias, 28 folgas/feriados					**16:20**	**00:00**	**00:00**	**00:00**	**00:00**

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR À 10 MINUTOS

Convênio nº 107/2017
Fonte de Recurso Estadual
Termo Aditivo nº 00002/2020
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

Horário Movel (v1): 07H AS 19H- Início de acordo com o funcionário
7 dias x 07:00-12:00 13:00-19:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem Folga
10/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)

GISLAINE MACHADO MORABITO

___/___/_____

ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0006-89

Cartão de Ponto de 21/11/2020 a 20/12/2020

Empregador: **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**
Funcionário: LETICIA MAIARA DOS SANTOS FERRAZ
Departamento: UTI MIRANDÓPOLIS
Função: TEC DE ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Trabalhadas	Noturnas	Total Not.	Extra A	Total Faltas
21/11 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
22/11 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
23/11 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
24/11 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
25/11 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
26/11 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
27/11 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
28/11 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
29/11 dom	07:11	14:28	15:22	18:56	10:51	00:00	00:00	00:00	00:00
30/11 seg	07:15	10:47	12:18	19:01	10:15	00:00	00:00	00:00	00:00
01/12 ter	07:37	11:35	12:44	18:53	10:07	00:00	00:00	00:00	00:00
02/12 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
03/12 qui	07:07	13:17	14:15	18:50	10:45	00:00	00:00	00:00	00:00
04/12 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
05/12 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
06/12 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
07/12 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
08/12 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
09/12 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
10/12 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
11/12 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
12/12 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
13/12 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
14/12 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
15/12 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
16/12 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
17/12 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
18/12 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
19/12 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
20/12 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
TOTAL: 4 dias, 26 folgas/feriados					**41:58**	**00:00**	**00:00**	**00:00**	**00:00**

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS

Convênio nº 107/2017
Fonte de Recurso Estadual
Termo Aditivo nº 00002/2020
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

Horário Movel (v1): 07H AS 19H- Inicio de acordo com o funcionário
7 dias x 07:00-12:00 13:00-19:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem Folga
10/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)

LETICIA MAIARA DOS SANTOS
__/__/____

ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0008-89

Cartão de Ponto de 21/11/2020 a 20/12/2020

Empregador **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**
Funcionario VALÉRIA CRISTINA DE SOUZA DA CRUZ
Departamento UTI MIRANDÓPOLIS

Função TEC DE ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Trabalhadas	Refeição	Total Not.	Extra A	Total Faltas
21/11 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
22/11 dom	06:52	12:25	13:18	18:56	11:00	00:00	00:00	00:00	00:00
23/11 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
24/11 ter	06:49	12:24	13:22	19:02	11:00	00:00	00:00	00:00	00:00
25/11 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
26/11 qui	06:49	12:39	13:28	19:06	11:00	00:00	00:00	00:00	00:00
27/11 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
28/11 sab	06:48	12:28	13:26	18:59	11:00	00:00	00:00	00:00	00:00
29/11 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
30/11 seg	06:54	12:34	13:32	19:11	11:00	00:00	00:00	00:00	00:00
01/12 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
02/12 qua	06:49	12:01	12:59	19:06	11:00	00:00	00:00	00:00	00:00
03/12 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
04/12 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
05/12 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
06/12 dom	06:55	12:22	13:20	19:05	11:00	00:00	00:00	00:00	00:00
07/12 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
08/12 ter	06:53	13:17			06:24	00:00	00:00	00:00	00:00
09/12 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
10/12 qui	06:53	12:07	13:06	19:07	11:00	00:00	00:00	00:00	00:00
11/12 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
12/12 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
13/12 dom	06:52	12:12	13:08	19:11	11:00	00:00	00:00	00:00	00:00
14/12 seg	06:52	12:15	13:13	19:00	11:00	00:00	00:00	00:00	00:00
15/12 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
16/12 qua	07:02	13:18	14:17	19:07	11:00	00:00	00:00	00:00	00:00
17/12 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
18/12 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
19/12 sab	06:51	14:16	15:11	18:59	11:00	00:00	00:00	00:00	00:00
20/12 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
TOTAL: 13 dias, 17 folgas/feriados					**138:24**	**00:00**	**00:00**	**00:00**	**00:00**

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

Convênio nº 107/2017
Fonte de Recurso Estadual
Termo Aditivo nº 00002/2020
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

Horário Movel (v1): 07H AS 19H- Início de acordo com o funcionário
7 dias x 07:00-12:00 13:00-19:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem Folga
10/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)

VALERIA CRISTINA DE SOUZA DA
10/02/21

ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0008-89

Digitalizado com CamScanner

AHBB | REDE SANTA CASA

REGISTRO DE PONTO MANUAL

EMPREGADOR: NOME / EMPRESA	CNPJ Nº
AHBB - ASSOCIAÇAO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL	

EMPREGADO(A) SAMIR BISPO DOS SANTOS

FUNÇAO: TECNICO DE ENFERMAGEM	LOCAL DE TRABALHO UTI MIRANDOPÓLIS
Horário de Trabalho: Das 07:00 às 12:30 e das 13:30 às 19:00	MÊS: DEZEMBRO ANO: 2020

DIAS	ENT	INTERVALO		SAÍDA	HORAS EXTRAS		ASSINATURA / OBSERVAÇÕES
MÊS		SAÍDA	RET		INICIO	FIM	
21/11	06:53	12:25	13:24	19:03			- Samir B Santos
22/11							
23/11	06:57	12:37	13:34	19:05			- Samir B Santos
24/11							
25/11	06:58	12:24	13:25	19:07			- Samir B Santos
26/11							
27/11	Folga	Folga	Folga	Folga	Folga	Folga	- Samir B Santos
28/11							
29/11	06:59	12:36	13:34	19:04			- Samir B Santos
30/11							
01/12	07:01	12:24	13:27	19:08			- Samir B Santos
02/12							
03/12	06:54	12:35	13:35	19:04			- Samir B Santos
04/12							
05/12	06:53	12:20	13:19	19:05			- Samir B Santos
06/12							
07/12	Folga	Folga	Folga	Folga	Folga	Folga	- Samir B Santos
08/12							
09/12	06:59	12:35	13:34	19:03			- Samir B Santos
10/12							
11/12	06:58	12:34	13:30	19:02			- Samir B Santos
12/12							
13/12	06:56	12:37	13:37	19:07			- Samir B Santos
14/12							
15/12	06:58	12:36	13:35	19:00			- Samir B Santos
16/12							
17/12	06:57	12:34	13:35	19:01			- Samir B Santos
18/12							
19/12	Folga	Folga	Folga	Folga	Folga	Folga	- Samir B Santos
20/12							

Chefia Imediata
Carimbo e Assinatura

Convênio nº 107/2017
Fonte de Recurso Estadual
Termo Aditivo nº 00002/2020
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

AHBB | REDE SANTA CASA

UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA
Hospital Estadual Dr.Oswaldo Brandi Faria

Relatório de Desempenho mês de janeiro de 2021

Período compreendido: **01/01/2021 a 31/01/2021**

Origem dos dados: Epimed Monitor ®

INDICADORES	METAS	RESULTADOS
Taxa de Infecção Hospitalar	6%	0,68%
Duração média da internação (dias)	8 dias	10,10
SMR (mortalidade observada/mortalidade esperada)	< 0,8	0,88
Densidade de incidência de PAV (nº eventos/1000 dias de VM)	17%	0,34%
Densidade de incidência de ITU em SVD (nº de eventos/1000 cateter dia)	4,88%	0%
Densidade de infecção primária da corrente sanguínea (nº de eventos/1000 cateter dia)	6,1%	0%
Densidade de incidência de Quedas (nº de eventos/nº pacientes-dia) (%)	0	0
Incidência de Úlcera de Pressão (nº de UPP / nº pacientes-dia) (%)	0,5%	0,68%
Taxa de ocupação (%)	>90%	94,52%
Taxa de Satisfação	< 10 reclamações	100%
Taxa de evolução de prontuário (%)	100%	100%
Total de Internações no Período (n)	30	37
Internações Novas (n)	25	27
Número total de saídas (alta+óbito) (n)	25	29
Reinternações na unidade < 24hs (n)	0	0
Número de pacientes-dia (n)	150	293
Escore gravidade (SAPS 3) (pontos)	-	66,1
Mortalidade esperada de acordo com SAPS 3 - Am. Latina(%)	-	30,45%
Mortalidade Absoluta (nº óbitos)	-	11
Mortalidade Observada (%)	-	37,9%
Taxa de utilização de VM (%)	-	33,11%
Taxa de utilização de cateter central (%)	-	36,52%
Taxa de utilização de SVD (%)	-	52,22%

Convênio nº 107/2017
Fonte de Recurso Estadual
Termo Aditivo nº 00002/2020
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

AHBB | REDE SANTA CASA

Definições dos cálculos utilizados nas metas	
Taxa de infecção hospitalar	(N infecções na UTI / total de saídas)x100
Tempo de Permanência	N pacientes-dia / total de saídas
SMR	Mortes obtidas / Mortes esperadas
PAV	(N de PAV / total de pacientes-dia em Vent. Mec.)x100
ITU associado a CVD	(N de ITU-CVD / total pacientes-dia com CVD)x100
Infecção corrente sanguínea	(N de infecções CS / total pacientes-dia com CVC)x100
Lesão por pressão	(N de LPP adquirida na UTI / total pacientes-dia)x100
Taxa de ocupação	(N de pacientes-dia / N de leitos-dia)
Índice de queda	(N de quedas / total pacientes-dia)x100

EVENTOS ADVERSOS	PLANO DE AÇÃO
LPP – evento relacionado a lesão por pressão adquirida durante a internação na UTI	Treinamento com a equipe de enfermagem e a aquisição de colchão especial

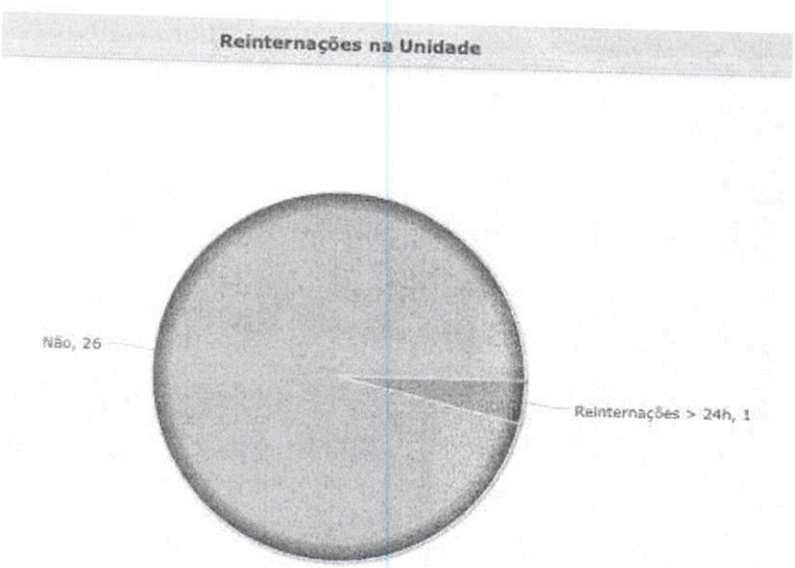
Convênio nº 107/2017
Fonte de Recurso Estadual
Termo Aditivo nº 00002/2020
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

AHBB | REDE SANTA CASA

GRÁFICOS DO MÊS DE NOVEMBRO/2020

TIPOS E RAZÕES DE INTERNAÇÃO

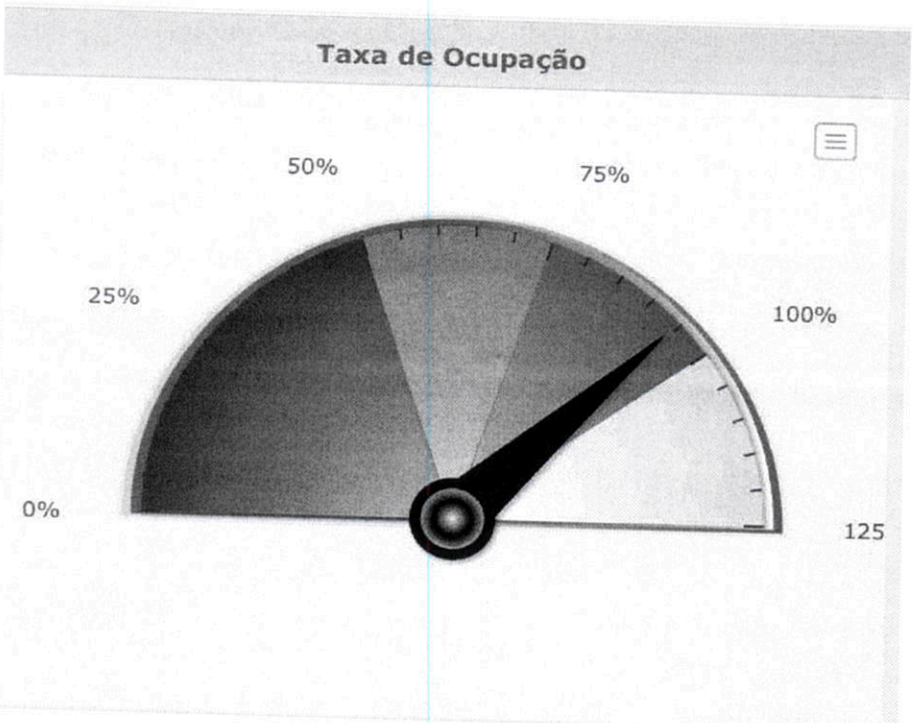
REINTERNAÇÕES NA UNIDADE



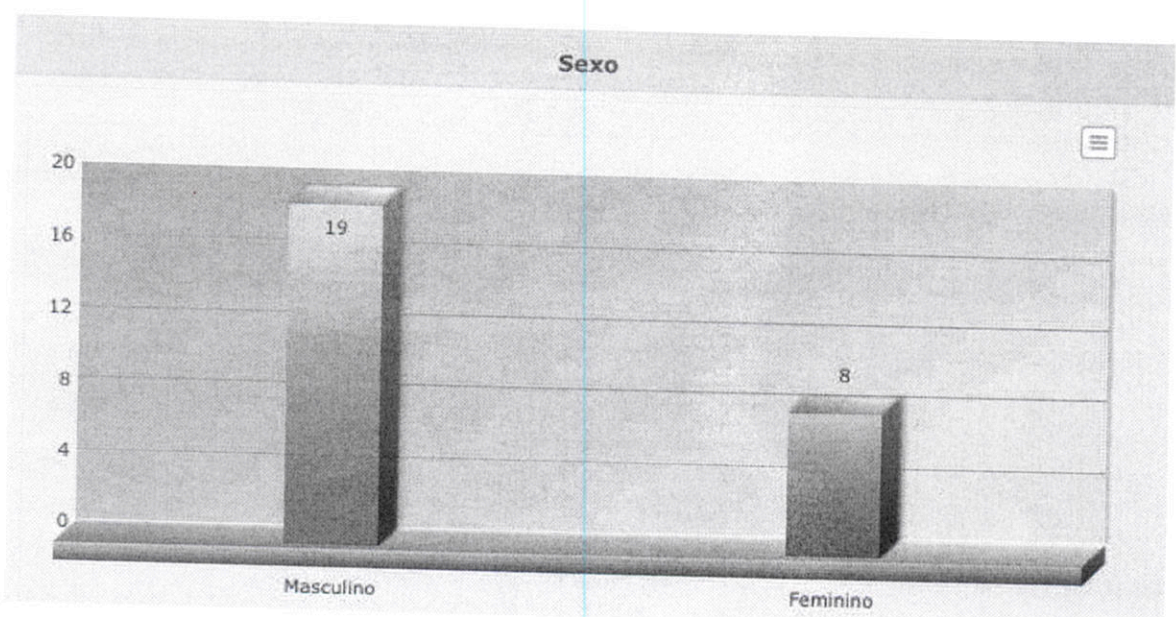
Convênio nº 107/2017
Fonte de Recurso Estadual
Termo Aditivo nº 00002/2020
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

AHBB | REDE SANTA CASA

TAXA DE OCUPAÇÃO



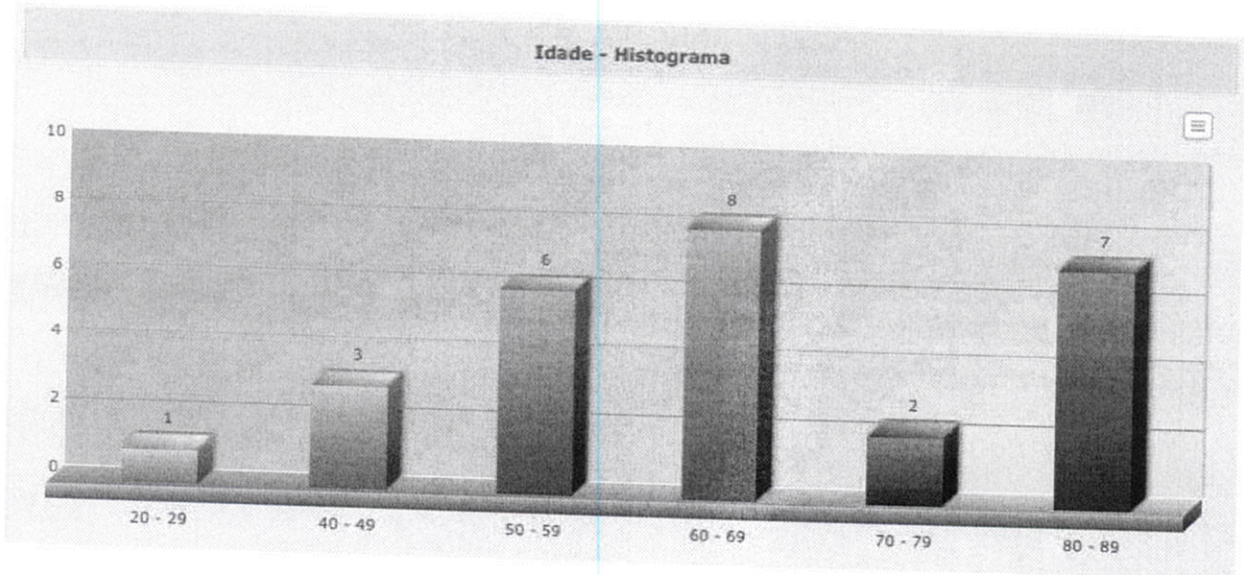
SEXO



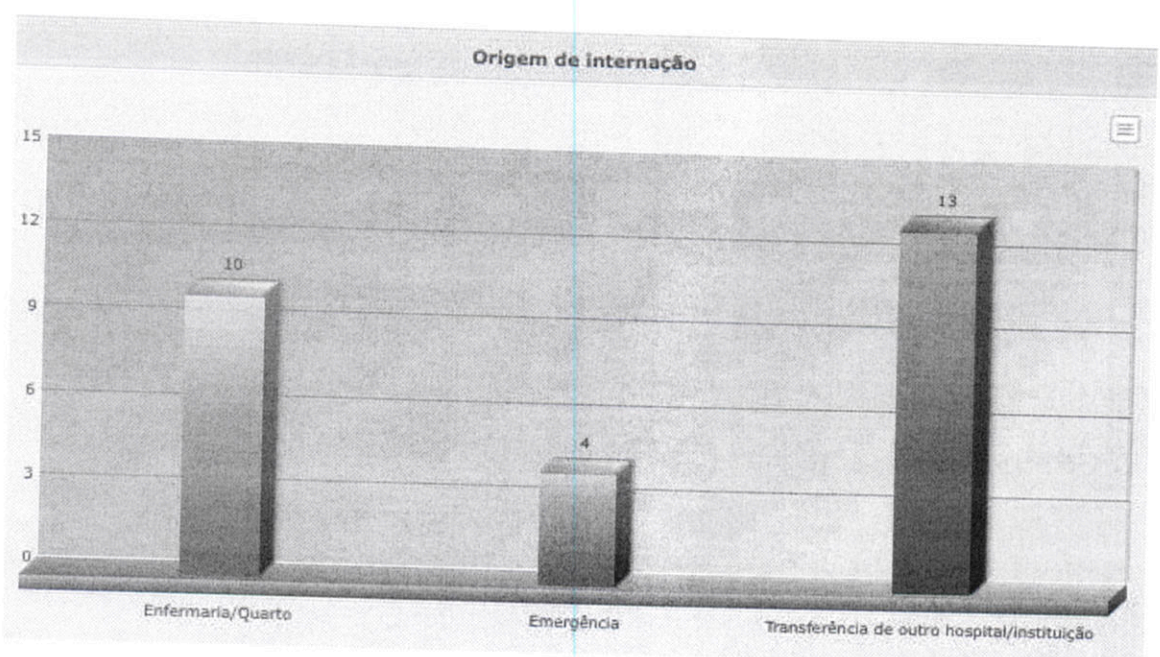
Convênio nº 107/2017
Fonte de Recurso Estadual
Termo Aditivo nº 00002/2020
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

AHBB | REDE SANTA CASA

FAIXA ETÁRIA



ORIGEM DA INTERNAÇÃO

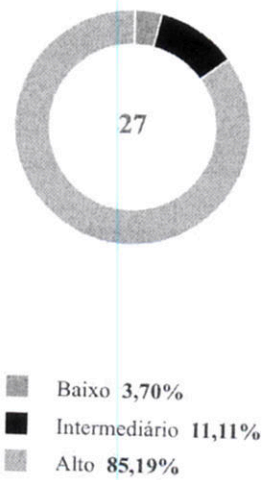


Convênio nº 107/2017
Fonte de Recurso Estadual
Termo Aditivo nº 00002/2020
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

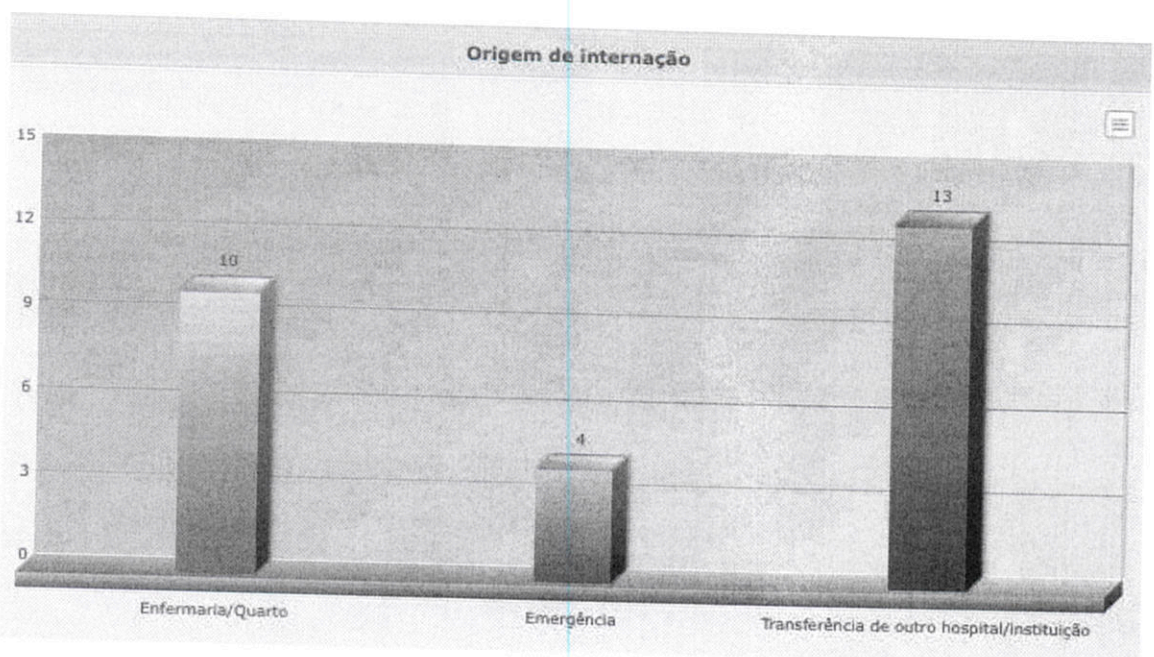
AHBB | REDE SANTA CASA

ESCORE SAPS 3

Tercis do SAPS 3

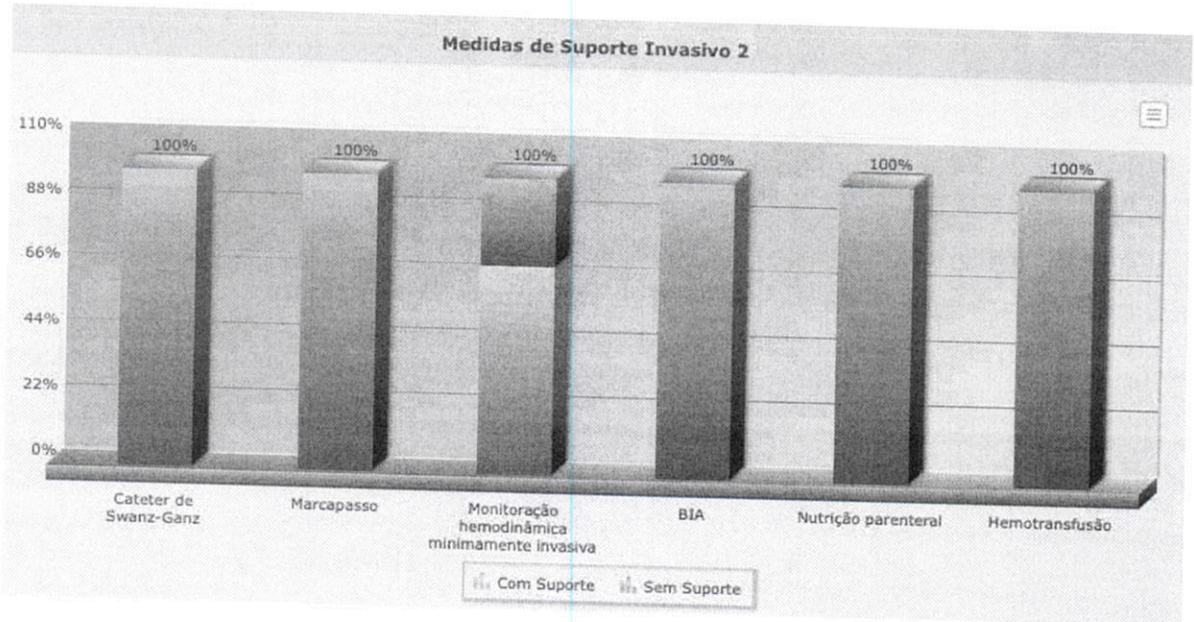


MEDIDAS DE SUPORTE INVASIVO I

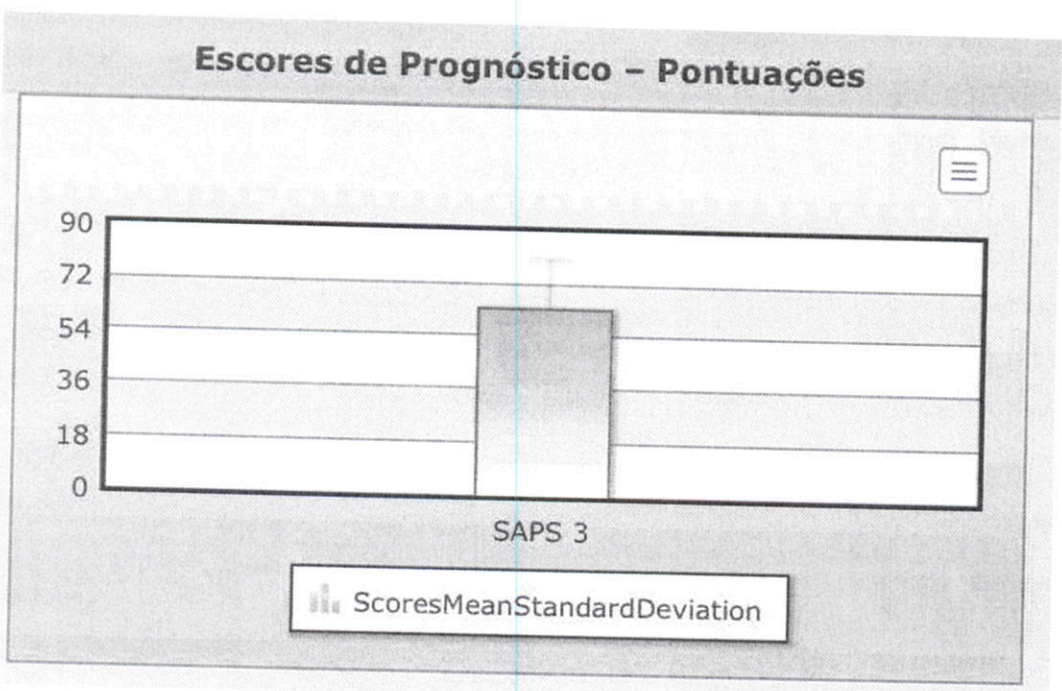


Convênio nº 107/2017
Fonte de Recurso Estadual
Termo Aditivo nº 00002/2020
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

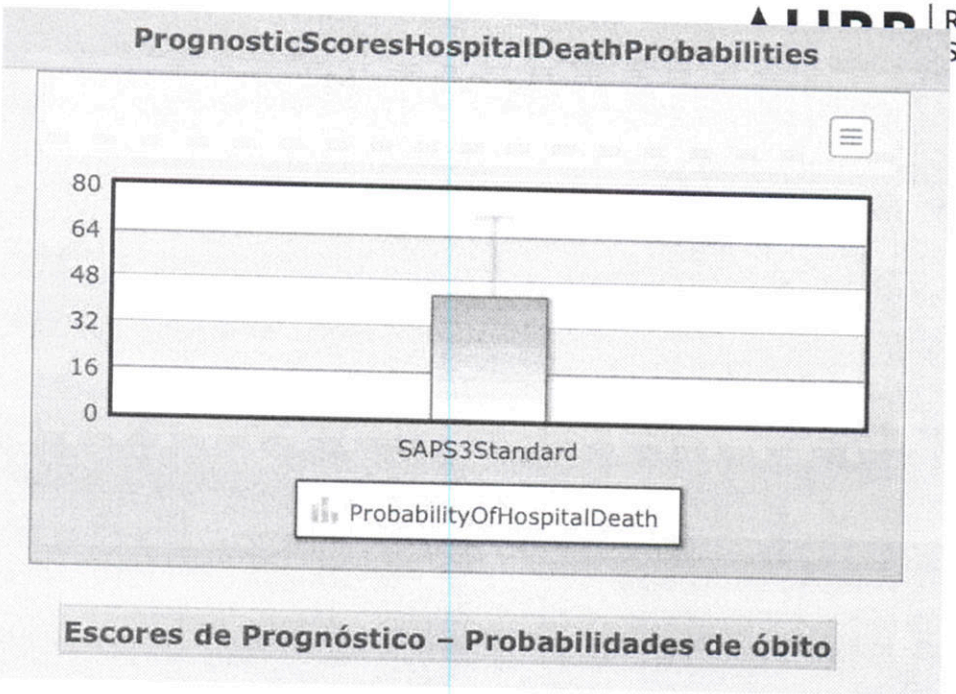
MEDIDAS DE SUPORTE INVASIVO II



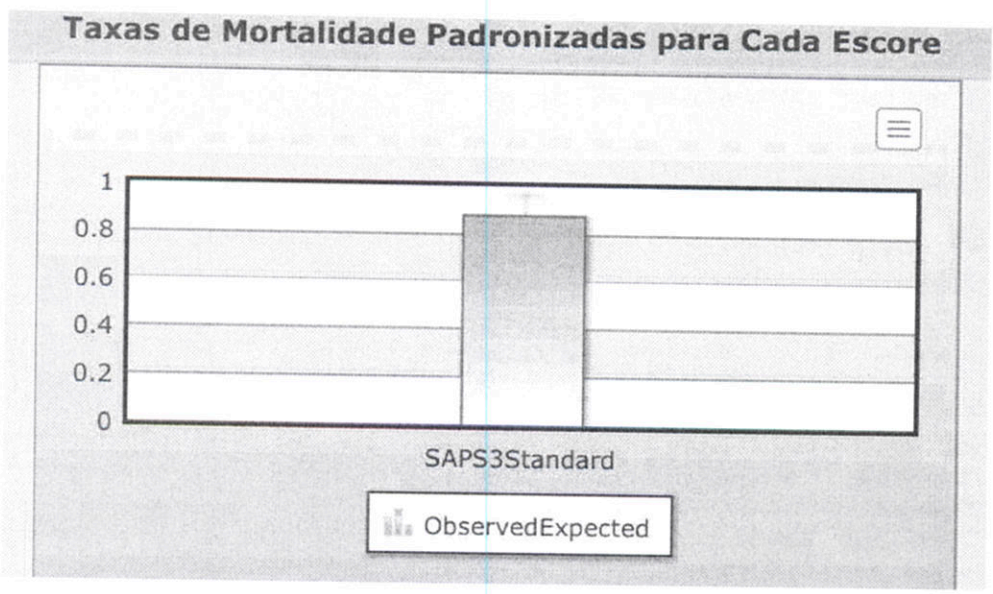
ESCORE DE PROGNÓSTICO



Convênio nº 107/2017
Fonte de Recurso Estadual
Termo Aditivo nº 00002/2020
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio



Escores de Prognóstico – Probabilidades de óbito

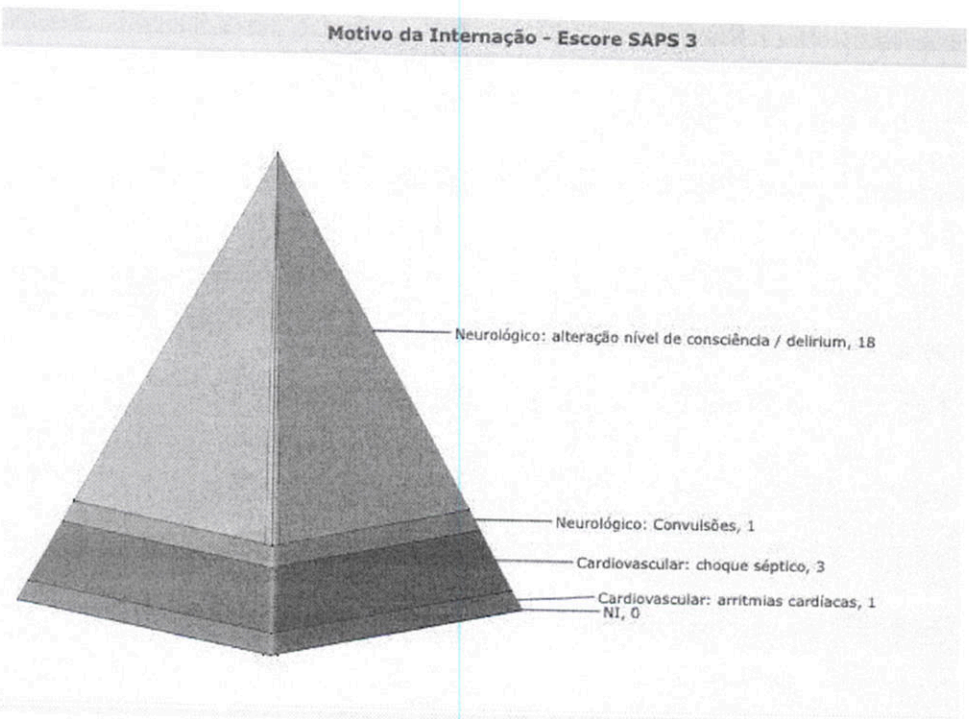


Convênio nº 107/2017
Fonte de Recurso Estadual
Termo Aditivo nº 00002/2020
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

DIAGNÓSTICOS

AHBB | REDE SANTA CASA

Diagnósticos principais



Convênio nº 107/2017
Fonte de Recurso Estadual
Termo Aditivo nº 00002/2020
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

AHBB | REDE SANTA CASA

Considerações sobre a aquisição dos dados

Para obter os dados da prestação de resultados, utilizamos o sistema de monitorização sugerido pela AMIB, Epimed. Esse sistema capta informações em tempo real de internações, altas e intercorrências, portanto, podem apresentar oscilações dos valores obtidos através do NI. Para demonstrar a veracidade dos dados, segue em anexo o relatório em PDF emitido pela Epimed.

Cordialmente,

Coordenador Médico

Gerente de Enfermagem

Convênio nº 107/2017
Fonte de Recurso Estadual
Termo Aditivo nº 00002/2020
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio