AHBB | REDE SANTA CASA

Prestação de Contas

Fevereiro 2021

Convênio nº 00004/2021

Promissão

www.ahbb.org.br

contato@ahbb.org.br

14 3532 5198

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

AHBB | REDE SANTA CASA

CONCILIAÇÃO BANCARIA

Empresa:	**Associação Hospitalar Beneficente do Brasil**		
CNPJ:	45.349.461/0001-02	Banco Do Brasil	
Periodo	01/02/2021 a 28/02/2021	Ag: 148-1	
Convênio	Promissão	CC: 38500-X	
Convênio n	00004/2021		

Data	Fornecedor	Nº Doc	Débito	Crédito	Saldo- Exercicio
		BANCO DO BRASIL			
27/01/2021	**Saldo Anterior**	**R$** -			**R$** -
01/02/2021	**Comercial Cirurgica Rioclarense Ltda**	Nota Fiscal nº 1383731	**R$** 1.765,61		-R$ 1.765,61
01/02/2021	**Ticket Serviços S.A**	Nota Fiscal nº 25523427	**R$** 738,40		-R$ 2.504,01
01/02/2021	**Ticket Serviços S.A**	Nota Fiscal nº 25523447	**R$** 17.426,57		-R$ 19.930,58
01/02/2021	Comercial Cirurgica Rioclarense Ltda	Nota Fiscal nº 1376930	R$ 3.180,00		-R$ 23.110,58
01/02/2021	**Supermed Com. E Imp. De Prod. Med. E Hospit. Ltda**	Nota Fiscal nº 154820	**R$** 2.223,26		-R$ 25.333,84
01/02/2021	Biripel Embalagens Ltda	Nota Fiscal nº 159753	R$ 352,80		-R$ 25.686,64
01/02/2021	Resgate da Aplicação			R$ 25.686,64	R$ -
03/02/2021	**Gestare Serviços Combinados de Escritório Ltda**	Nota Fiscal nº 168	**R$** 20.000,00		-R$ 20.000,00
03/02/2021	**Resgate da Aplicação**			R$ 20.000,00	R$ -
04/02/2021	**Drogaria Geral de Promissão Ltda**	Nota Fiscal nº 3213	**R$** 348,36		-R$ 348,36
04/02/2021	Adriana Simone de Moraes	Holerite	**R$** 1.895,80		-R$ 2.244,16
04/02/2021	Ana Alice Silva Pazin	Holerite	**R$** 1.579,97		-R$ 3.824,13
04/02/2021	Andre Luiz de Oliveira	Holerite	**R$** 4.176,63		-R$ 8.000,76
04/02/2021	Antonio Marcos Esteves	Holerite	**R$** 2.268,01		-R$ 10.268,77
04/02/2021	Aparecida Cardoso do Nascimento	Holerite	**R$** 2.200,02		-R$ 12.468,79
04/02/2021	Aretuza Fernandes de Castro Ribeiro	Holerite	**R$** 1.961,86		-R$ 14.430,65
04/02/2021	Beatriz Santos Ramos	Holerite	**R$** 1.559,41		-R$ 15.990,06
04/02/2021	Cristiana Aranha	Holerite	**R$** 867,48		-R$ 16.857,54
04/02/2021	Eduarda Lucio Gabilo Sandes	Holerite	**R$** 2.632,84		-R$ 19.490,38
04/02/2021	Fabiana Xavier dos Santos	Holerite	**R$** 682,27		-R$ 20.172,65
04/02/2021	Gislaine Cristina Herreira Fresneda	Holerite	**R$** 1.559,41		-R$ 21.732,06
04/02/2021	Guilherme Henrique Costa Silva	Holerite	**R$** 1.559,41		-R$ 23.291,47
04/02/2021	Guilherme Tavares Gonçalves	Holerite	**R$** 1.206,08		-R$ 24.497,55
04/02/2021	**Izabel Cristina Ferreira**	Holerite	**R$** 1.221,99		-R$ 25.719,54
04/02/2021	Karina Zimiani Donalonso	Holerite	**R$** 3.847,15		-R$ 29.566,69
04/02/2021	Larissa de Souza Rodrigues	Holerite	**R$** 1.457,40		-R$ 31.024,09
04/02/2021	Leandro Bezerra da Silva	Holerite	**R$** 789,15		-R$ 31.813,24
04/02/2021	Lidiane Merce da Silva Leal	Holerite	**R$** 1.550,73		-R$ 33.363,97
04/02/2021	Lilian Carla Fernandes	Holerite	**R$** 2.639,51		-R$ 36.003,48
04/02/2021	Luzia de Almeida Pereira	Holerite	**R$** 2.227,70		-R$ 38.231,18
04/02/2021	Marcia Aparecida Morilhas	Holerite	**R$** 3.576,41		-R$ 41.807,59
04/02/2021	Marcia Maria Barbosa de Candio	Holerite	**R$** 842,87		-R$ 42.650,46
04/02/2021	Maria Angelica Prado Lamonato Santana	Holerite	**R$** 2.070,17		-R$ 44.720,63
04/02/2021	Maria Laura Martins	Holerite	**R$** 3.547,16		-R$ 48.267,79
04/02/2021	Michelle Gouveia Gonçalves	Holerite	**R$** 1.559,41		-R$ 49.827,20
04/02/2021	Odair Campos Pedro	Holerite	**R$** 1.939,02		-R$ 51.766,22
04/02/2021	Renata Fernandes Carlim	Holerite	**R$** 1.559,41		-R$ 53.325,63
04/02/2021	Renata Ferreira	Holerite	**R$** 2.596,97		-R$ 55.922,60
04/02/2021	Rogerio Teofilo de Abreu	Holerite	**R$** 1.963,86		-R$ 57.886,46
04/02/2021	Rogerio Victor Rosado	Holerite	**R$** 3.742,87		-R$ 61.629,33
04/02/2021	Sandra Regina Correia Balbino	Holerite	**R$** 3.982,01		-R$ 65.611,34
04/02/2021	Shawana de Souza	Holerite	**R$** 3.921,46		-R$ 69.532,80
04/02/2021	Resgate da Aplicação			R$ 69.532,80	R$ -
05/02/2021	Repasse Público			R$ 334.418,00	R$ 334.418,00
05/02/2021	Lucas Moreira	Holerite	R$ 1.522,79		R$ 332.895,21
05/02/2021	Luiz Gustavo	Holerite	R$ 1.796,79		R$ 331.098,42
05/02/2021	Eduardo Lopes dos Santos	Holerite	R$ 1.718,20		R$ 329.380,22
05/02/2021	Gregory Aguiar de Almeida	Holerite	R$ 1.559,41		R$ 327.820,81
05/02/2021	Priscilla Christina Costa Dinslli	Holerite	**R$** 725,79		R$ 327.095,02
05/02/2021	Alessandra de Macedo	Holerite	R$ 2.212,21		R$ 324.882,81
05/02/2021	Jorge Luiz de Moura	Holerite	R$ 1.559,41		R$ 323.323,40
05/02/2021	Natalice Overta	Holerite	R$ 1.659,08		R$ 321.664,32
05/02/2021	**FGTS Arrecadação GRF**	Pagamento	R$ 9.145,56		R$ 312.518,76
05/02/2021	Elisa Daniele Martins Castelanelli	Holerite	R$ 1.565,12		R$ 310.953,64
05/02/2021	Tarifa Bancária	0	R$ 100,00		R$ 310.853,64
05/02/2021	Tarifa Bancária	830.361.200.078.472	R$ 60,00		R$ 310.793,64
05/02/2021	Tarifa Bancária	830.361.200.474.909	R$ 108,80		R$ 310.684,84
05/02/2021	Tarifa Bancária	840.361.203.224.118	R$ 67,75		R$ 310.617,09
05/02/2021	Aplicação Financeira		R$ 310.617,09		R$ 0,00
08/02/2021	**Promedirp Materiais Produtos e Serv.**	Nota Fiscal nº 2044	R$ 568,00		-R$ 568,00
08/02/2021	Resgate da Aplicação			R$ 568,00	R$ 0,00
09/02/2021	**Cirurgica Paul. Com. Mat. Med. Hosp**	Nota Fiscal nº 125770	R$ 298,00		-R$ 298,00
09/02/2021	**Fit Telecom Ltda**	Nota Fiscal nº 52712636	**R$** 179,90		-R$ 477,90
09/02/2021	Thomson Reuters Brasil	Nota Fiscal nº 1436748	R$ 2.339,80		-R$ 2.817,70
09/02/2021	**Fit Telecom Ltda**	Nota Fiscal nº 57532416	**R$** 20,40		-R$ 2.838,10
09/02/2021	**Fit Telecom Ltda**	Nota Fiscal nº 57532427	**R$** 10,00		-R$ 2.848,10
09/02/2021	**Supermed Com. E Imp. De Prod. Med. E Hospit. Ltda**	Nota Fiscal nº 157776	**R$** 3.168,80		-R$ 6.016,90
09/02/2021	**Supermed Com. E Imp. De Prod. Med. E Hospit. Ltda**	Nota Fiscal nº 491722	**R$** 1.882,43		-R$ 7.899,33
09/02/2021	**Resgate da Aplicação**			R$ 7.899,33	R$ 0,00
11/02/2021	**Renata Fernandes Carlim**	Férias	R$ 2.941,77		-R$ 2.941,77
11/02/2021	**Eduarda Lucio Gabilo Sandes**	Férias	R$ 4.321,28		-R$ 7.263,05
11/02/2021	Samtronic Industria e Comercio Ltda	Nota Fiscal nº 7870	R$ 5.093,11		-R$ 12.356,16
11/02/2021	Biripel Embalagens Ltda	Nota Fiscal nº 160093	R$ 94,00		-R$ 12.450,16
11/02/2021	**Belive Comercio de Produtos Hospitalares Ltda Epp**	Nota Fiscal nº 5392	**R$** 2.963,50		-R$ 15.413,66
11/02/2021	**Resgate da Aplicação**			R$ 15.413,66	R$ 0,00
12/02/2021	**Luzia de Almeida Pereira**	Compl. Holerite	**R$** 529,58		-R$ 529,58
12/02/2021	**Shawana de Souza**	Férias	R$ 6.735,98		-R$ 7.265,56
12/02/2021	**Automatizações Seculo XXI Tratamento de Dados Ltda - EPP**	Nota Fiscal nº 27753	R$ 88,20		-R$ 7.353,76
12/02/2021	Tarifa Bancária	860.431.100.296.223	**R$** 6,80		-R$ 7.360,56

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso: Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

12/02/2021	Resgate da Aplicação				R$ 7.360,56	R$	0,00
17/02/2021	ECQ Serviços Tecnicos Eireli	Nota Fiscal nº 85	R$	4.865,23		-R$	4.865,23
17/02/2021	Supermed Com. E Imp. De Prod. Med. E Hospit. Ltda	Nota Fiscal nº 162461	R$	641,08		-R$	5.506,31
17/02/2021	Biripel Embalagens Ltda	Nota Fiscal nº 160377	R$	139,90		-R$	5.646,21
17/02/2021	Supermed Com. E Imp. De Prod. Med. E Hospit. Ltda	Nota Fiscal nº 162490	R$	2.097,83		-R$	7.744,04
17/02/2021	Biomedical Equipamentos e Produtos Medico-Cirurgicos Ltda	Nota Fiscal nº 130269	R$	680,00		-R$	8.424,04
17/02/2021	Grafica Modelo de Promissão Ltda	Nota Fiscal nº 2548	R$	490,00		-R$	8.914,04
17/02/2021	Tarifa Bancária	880.481.100.177.188	R$	3,40		-R$	8.917,44
17/02/2021	Resgate da Aplicação				R$ 8.917,44	R$	0,00
18/02/2021	Ministério da Previdência Social	Pagamento	R$	8.539,66		-R$	8.539,66
18/02/2021	Ministério da Previdência Social	Pagamento	R$	2.934,08		-R$	11.473,74
18/02/2021	Ministério da Fazenda	Pagamento	R$	9.087,47		-R$	20.561,21
18/02/2021	Ministério da Fazenda	Pagamento	R$	2.931,44		-R$	23.492,65
18/02/2021	Resgate da Aplicação				R$ 23.492,65	R$	0,00
22/02/2021	Unilab Laboratório de Analises Clínicas de Lins	Nota Fiscal nº 1417	R$	3.885,39		-R$	3.885,39
22/02/2021	Sinconecta - Tecnologia de Informações	Nota Fiscal nº 6808-1	R$	864,00		-R$	4.749,39
22/02/2021	Dupatri Hospitalar Com. Imp. Ext. Ltda	Nota Fiscal nº 124839	R$	630,00		-R$	5.379,39
22/02/2021	Destra - Apoio em Prev em Seg Trabalho Ltda	Nota Fiscal nº 1854	R$	1.173,12		-R$	6.552,51
22/02/2021	Dupatri Hospitalar Com. Imp. Ext. Ltda	Nota Fiscal nº 134958	R$	3.555,46		-R$	10.107,97
22/02/2021	Dupatri Hospitalar Com. Imp. Ext. Ltda	Nota Fiscal nº 1151999	R$	145,35		-R$	10.253,32
22/02/2021	Dupatri Hospitalar Com. Imp. Ext. Ltda	Nota Fiscal nº 1151527	R$	231,50		-R$	10.484,82
22/02/2021	Comercial Cirurgica Rioclarense Ltda	Nota Fiscal nº 1385604	R$	4.900,50		-R$	15.385,32
22/02/2021	Comercial Cirurgica Rioclarense Ltda	Nota Fiscal nº 1390928	R$	810,00		-R$	16.195,32
22/02/2021	Comercial Cirurgica Rioclarense Ltda	Nota Fiscal nº 1389716	R$	3.394,09		-R$	19.589,41
22/02/2021	Comercial Cirurgica Rioclarense Ltda	Nota Fiscal nº 40260	R$	1.200,00		-R$	20.789,41
22/02/2021	Supermed Com. E Imp. De Prod. Med. E Hospit. Ltda	Nota Fiscal nº 494257	R$	1.404,21		-R$	22.193,62
22/02/2021	Dupatri Hospitalar Com. Imp. Ext. Ltda	Nota Fiscal nº 139128	R$	274,10		-R$	22.467,72
22/02/2021	Dupatri Hospitalar Com. Imp. Ext. Ltda	Nota Fiscal nº 139232	R$	607,60		-R$	23.075,32
22/02/2021	Dupatri Hospitalar Com. Imp. Ext. Ltda	Nota Fiscal nº 1154504	R$	128,95		-R$	23.204,27
22/02/2021	Resgate da Aplicação				R$ 23.204,27	R$	0,00
23/02/2021	Biripel Embalagens Ltda	Nota Fiscal nº 160748	R$	158,00		-R$	158,00
23/02/2021	Epimed Solutions Tecnologia de Informações Medicas Ltda Me	Nota Fiscal nº 18202	R$	2.426,18		-R$	2.584,18
23/02/2021	Resgate da Aplicação				R$ 2.584,18	R$	0,00
24/02/2021	Transferencia AHBB Sede		R$	664.407,73		-R$	664.407,73
26/02/2021	Resgate da Aplicação				R$ 664.407,73	R$	-
26/02/2021	Transferencia AHBB Sede				R$ 664.407,73	R$	664.407,73

Promissão, 22 de Março de 2021.

Responsável pela Conveniada: _____

João Pedro Pinotti Affonso
Diretor Administrativo

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

EMPRESA

G3362615516787361
26/02/2021 16:28:00

Cliente - Conta atual

Agência	148-1
Conta corrente	38500-X ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
Período do extrato	Mês atual

Lançamentos

Dt. balancete	Dt. movimento	Ag. origem	Lote	Histórico	Documento	Valor R$	Saldo
27/01/2021		0000	00000	000 Saldo Anterior			0,00 C
01/02/2021		0000	13105	109 Pagamento de Boleto	20.101	1.765,61 D	
				COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENS			
01/02/2021		0000	13105	109 Pagamento de Boleto	20.102	738,40 D	
				TICKET SERVICOS S/A			
01/02/2021		0000	13105	109 Pagamento de Boleto	20.103	17.426,57 D	
				TICKET SERVICOS S/A			
01/02/2021		0000	13105	109 Pagamento de Boleto	20.104	3.180,00 D	
				COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENS			
01/02/2021		0000	13105	109 Pagamento de Boleto	20.105	2.223,26 D	
				BANCO SOFISA S/A			
01/02/2021		0000	13105	109 Pagamento de Boleto	20.106	352,80 D	
				BIRIPEL EMBALAGENS LTDA			
01/02/2021		0000	00000	855 BB RF CP Aut Empresa	5	25.686,64 C	0,00 C
03/02/2021		0000	13105	393 TED Transf.Eletr.Disponiv	20.301	20.000,00 D	
				341 0049 034298678000114 GESTARE SERVI			
03/02/2021		0000	00000	855 BB RF CP Aut Empresa	5	20.000,00 C	0,00 C
04/02/2021		0148	99015	470 Transferência enviada	550.148.000.005.406	348,36 D	
				04/02 0148 5406-2 DROGARIA GERAL			
04/02/2021		0000	13134	250 Folha de Pagamento	4.499	69.184,44 D	
04/02/2021		0000	00000	855 BB RF CP Aut Empresa	5	69.532,80 C	0,00 C
05/02/2021		0000	14138	632 Ordem Bancária	202.102.050.003.107	334.418,00 C	
				463772220003-90 SP-SEC DA FAZENDA E PL			
05/02/2021		0148	99015	470 Transferência enviada	550.058.000.067.966	1.522,79 D	
				05/02 0058 67966-6 LUCAS MOREIRA			
05/02/2021		0148	99015	470 Transferência enviada	550.148.000.026.572	1.796,79 D	
				05/02 0148 26572-1 LUIZ GUSTAVO D			
05/02/2021		0148	99015	470 Transferência enviada	550.148.000.107.117	1.718,20 D	
				05/02 0148 107117-3 EDUARDO LOPES			
05/02/2021		0000	13105	393 TED Transf.Eletr.Disponiv	20.501	1.559,41 D	
				341 0218 40799694819 GREGORY AGUIAR DE			
05/02/2021		0000	13105	393 TED Transf.Eletr.Disponiv	20.502	725,79 D	
				033 0046 36183050873 PRISCILLA CHRISTI			
05/02/2021		0000	13105	393 TED Transf.Eletr.Disponiv	20.503	2.212,21 D	
				341 6413 06720937820 ALESSANDRA DE MAC			
05/02/2021		0000	13105	393 TED Transf.Eletr.Disponiv	20.504	1.559,41 D	
				341 0460 39505873816 JORGE LUIZ DE MOU			
05/02/2021		0000	13105	393 TED Transf.Eletr.Disponiv	20.505	1.659,08 D	
				033 0629 02945000814 NATALICE OVERTA N			
05/02/2021		0000	13105	375 Impostos	20.506	9.145,56 D	
				FGTS ARRECADACAO GRF			
05/02/2021		0000	13105	393 TED Transf.Eletr.Disponiv	20.507	1.565,12 D	
				033 0046 36998456808 ELISA DANIELE MAR			
05/02/2021		0000	13113	170 Tarifa Modulo	10	100,00 D	
				Cobrança referente 05/02/2021			
05/02/2021		0000	13113	170 Tarifa Modulo	830.361.200.078.472	60,00 D	
				Cobrança referente 05/02/2021			
05/02/2021		0000	13113	170 Tar Pag Salár Créd Conta	830.361.200.474.909	108,80 D	
				Cobrança referente 05/02/2021			
05/02/2021		0000	13113	435 Tarifa Pacote de Serviços	840.361.203.224.118	67,75 D	
				Cobrança referente 05/02/2021			

Convênio 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

05/02/2021	0000	00000 345 BB RF CP Aut Empresa		5	310.617,09 D	0,00 C
08/02/2021	0000	13105 393 TED Transf.Eletr.Disponiv	20.801		568,00 D	
		104 2949 021403138000101 PROMEDIRP MAT				
08/02/2021	0000	00000 855 BB RF CP Aut Empresa		5	568,00 C	0,00 C
09/02/2021	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	20.901		298,00 D	
		CIRURGICA PAULISTA COMERCIO DE MATERIA				
09/02/2021	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	20.902		179,90 D	
		FIT TELECOM LTDA.				
09/02/2021	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	20.903		2.339,80 D	
		THOMSON REUTERS BRAS				
09/02/2021	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	20.904		20,40 D	
		FIT TELECOM LTDA.				
09/02/2021	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	20.905		10,00 D	
		FIT TELECOM LTDA.				
09/02/2021	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	20.906		3.168,80 D	
		BANCO SOFISA S/A				
09/02/2021	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	20.907		1.882,43 D	
		BANCO SOFISA S/A				
09/02/2021	0000	00000 855 BB RF CP Aut Empresa		5	7.899,33 C	0,00 C
11/02/2021	0000	13134 250 Folha de Pagamento	2.374		7.263,05 D	
11/02/2021	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	21.101		5.093,11 D	
		SAMTRONIC INDUSTRIA E COMERCIO				
11/02/2021	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	21.102		94,00 D	
		BIRIPEL EMBALAGENS LTDA				
11/02/2021	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	21.103		2.963,50 D	
		BELIVE MEDICAL P H LTDA				
11/02/2021	0000	00000 855 BB RF CP Aut Empresa		5	15.413,66 C	0,00 C
12/02/2021	0148	99015 470 Transferência enviada	556.885.000.005.826		529,58 D	
		12/02 6885 5826-2 LUZIA DE ALMEI				
12/02/2021	0000	13134 250 Folha de Pagamento	3.962		6.735,98 D	
12/02/2021	0000	13105 393 TED Transf.Eletr.Disponiv	21.201		88,20 D	
		756 5042 045349461000374 ASSOCIACAO HO				
12/02/2021	0000	13113 170 Tar Pag Salár Créd Conta	860.431.100.296.223		6,80 D	
		Cobrança referente 12/02/2021				
12/02/2021	0000	00000 855 BB RF CP Aut Empresa		5	7.360,56 C	0,00 C
17/02/2021	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	21.701		4.865,23 D	
		ECQ SERVICOS TECNICOS EIRELI EPP				
17/02/2021	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	21.702		641,08 D	
		BANCO SOFISA S/A				
17/02/2021	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	21.703		139,90 D	
		BIRIPEL EMBALAGENS LTDA				
17/02/2021	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	21.704		2.097,83 D	
		BANCO SOFISA S/A				
17/02/2021	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	21.705		680,00 D	
		BIOMEDICAL				
17/02/2021	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	21.706		490,00 D	
		GRAFICA MODELO DE PROMISSAO LTDA				
17/02/2021	0000	13113 170 Tar Pag Salár Créd Conta	880.481.100.177.188		3,40 D	
		Cobrança referente 17/02/2021				
17/02/2021	0000	00000 855 BB RF CP Aut Empresa		5	8.917,44 C	0,00 C
18/02/2021	0000	13105 196 INSS Arrecadação	21.801		8.539,66 D	
		GPS- Ident.: 45349461000536 - 01/2021				
18/02/2021	0000	13105 375 Impostos	21.802		2.934,08 D	
		RFB- DARF PRETO CALCULADO				
18/02/2021	0000	13105 375 Impostos	21.803		9.087,47 D	
		DARF - 45.349.461/0001-02 -5952				
18/02/2021	0000	13105 375 Impostos	21.804		2.931,44 D	
		DARF - 45.349.461/0001-02 -1708				
18/02/2021	0000	00000 855 BB RF CP Aut Empresa		5	23.492,65 C	0,00 C
22/02/2021	0148	99015 470 Transferência enviada	550.058.000.072.625		3.885,39 D	
		22/02 0058 72625-7 UNILAB - LABOR				
22/02/2021	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	22.201		864,00 D	
		SINCONECTA - TECNOLOGIA DE INFORMACAO				
22/02/2021	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	22.202		630,00 D	
		DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IM				

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

22/02/2021	0000	13105 393 TED Transf.Eletr.Disponiv		22.203	1.173,12 D	
		341 0220 011814918000190 DESTRA - APOI				
22/02/2021	0000	13105 109 Pagamento de Boleto		22.204	3.555,46 D	
		DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IM				
22/02/2021	0000	13105 109 Pagamento de Boleto		22.205	145,35 D	
		DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IM				
22/02/2021	0000	13105 109 Pagamento de Boleto		22.206	231,50 D	
		DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IM				
22/02/2021	0000	13105 109 Pagamento de Boleto		22.207	4.900,50 D	
		COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENS				
22/02/2021	0000	13105 109 Pagamento de Boleto		22.208	810,00 D	
		COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENS				
22/02/2021	0000	13105 109 Pagamento de Boleto		22.209	3.394,09 D	
		COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENS				
22/02/2021	0000	13105 109 Pagamento de Boleto		22.210	1.200,00 D	
		COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENS				
22/02/2021	0000	13105 109 Pagamento de Boleto		22.211	1.404,21 D	
		BANCO SOFISA S/A				
22/02/2021	0000	13105 109 Pagamento de Boleto		22.212	274,10 D	
		DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IM				
22/02/2021	0000	13105 109 Pagamento de Boleto		22.213	607,60 D	
		DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IM				
22/02/2021	0000	13105 109 Pagamento de Boleto		22.214	128,95 D	
		DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IM				
22/02/2021	0000	00000 855 BB RF CP Aut Empresa		5	23.204,27 C	0,00 C
23/02/2021	0000	13105 109 Pagamento de Boleto		22.301	158,00 D	
		BIRIPEL EMBALAGENS LTDA				
23/02/2021	0000	13105 109 Pagamento de Boleto		22.302	2.426,18 D	
		EPIMED SOLUT TECNO I M LTDA ME				
23/02/2021	0000	00000 855 BB RF CP Aut Empresa		5	2.584,18 C	0,00 C
24/02/2021	0148	99015 470 Transferência enviada	553.062.007.004.231		664.407,73 D	
		24/02 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B				
24/02/2021	0000	00000 855 BB RF CP Aut Empresa		5	664.407,73 C	0,00 C
26/02/2021	3062	03062 870 Transferência recebida	553.062.007.004.231		664.407,73 C	
		26/02 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B				
26/02/2021	0000	00000 999 S A L D O				664.407,73 C

Valores bloqueados	
DEMAIS VALORES BLOQ.	629,52

Saldo	664.407,73 C
Juros *	0,00
Data de Debito de Juros	26/02/2021
IOF *	0,00
Data de Debito de IOF	01/03/2021

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

Serviço de Atendimento ao Consumidor - SAC 0800 729 0722

Ouvidoria BB 0800 729 5678
Para deficientes auditivos 0800 729 0088

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

EMPRESA

Extrato investimentos financeiros - mensal

G336261551678736l
26/02/2021 16:29:50

Cliente

Agência	148-1
Conta	38500-X ASSOCIACAO B BILAC
Mês/ano referência	FEVEREIRO/2021

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

Data	Histórico	Valor	Valor IR Prej. Comp.	Valor IOF	Quantidade cotas	Valor cota	Saldo cotas
29/01/2021	SALDO ANTERIOR	558.431,88			55.683,252599		
01/02/2021	RESGATE	25.686,64	1,32		2.561,424972	10,028777060	53.121,827627
	Aplicação 06/11/2020	25.686,64	1,32		2.561,424972		
03/02/2021	RESGATE	20.000,00	1,09		1.994,343080	10,028911375	51.127,484547
	Aplicação 06/11/2020	20.000,00	1,09		1.994,343080		
04/02/2021	RESGATE	69.532,80	3,19		6.933,524885	10,028952251	44.193,959662
	Aplicação 06/11/2020	1.274,08	0,07		127,046925		
	Aplicação 04/12/2020	68.258,72	3,12		6.806,477960		
05/02/2021	APLICAÇÃO	310.617,09			30.971,913222	10,028992648	75.165,872884
08/02/2021	RESGATE	568,00	0,02		56,637468	10,029050007	75.109,235416
	Aplicação 04/12/2020	568,00	0,02		56,637468		
09/02/2021	RESGATE	7.899,33	0,39		787,678707	10,029114576	74.321,556709
	Aplicação 04/12/2020	7.899,33	0,39		787,678707		
11/02/2021	RESGATE	15.413,66	0,78		1.536,957648	10,029189824	72.784,599061
	Aplicação 04/12/2020	15.413,66	0,78		1.536,957648		
12/02/2021	RESGATE	7.360,56	0,38		733,948104	10,029237707	72.050,650957
	Aplicação 04/12/2020	7.360,56	0,38		733,948104		
17/02/2021	RESGATE	8.917,44	0,47		889,187752	10,029276695	71.161,463205
	Aplicação 04/12/2020	8.917,44	0,47		889,187752		
18/02/2021	RESGATE	23.492,65	1,27		2.342,522580	10,029324881	68.818,940625
	Aplicação 04/12/2020	23.492,65	1,27		2.342,522580		
22/02/2021	RESGATE	23.204,27	1,29		2.313,752764	10,029403472	66.505,187861
	Aplicação 04/12/2020	23.204,27	1,29		2.313,752764		
23/02/2021	RESGATE	2.584,18	0,14		257,672514	10,029474867	66.247,515347
	Aplicação 04/12/2020	2.584,18	0,14		257,672514		
24/02/2021	RESGATE	664.407,73	17,46	5,93	66.247,515347	10,029525107	
	Aplicação 04/12/2020	101.361,41	5,94		10.106,894483		
	Aplicação 07/01/2021	252.421,04	9,15		25.168,707642		
	Aplicação 05/02/2021	310.625,28	2,37	5,93	30.971,913222		
26/02/2021	SALDO ATUAL	0,00					

Resumo do mês

SALDO ANTERIOR	558.431,88
APLICAÇÕES (+)	310.617,09
RESGATES (-)	869.067,26
RENDIMENTO BRUTO (+)	52,02
IMPOSTO DE RENDA (-)	27,80
IOF (-)	5,93
RENDIMENTO LÍQUIDO	18,29
SALDO ATUAL =	0,00
Disponível p/ Resg =	0,00
Carência p/ Resg =	0,00
IR Estimado =	0,00
IR complementar =	0,00
IOF estimado =	0,00

Valor da Cota

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

Rentabilidade

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

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

VALORES LÍQUIDOS PARA RESGATE

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

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

Serviço de Atendimento ao Consumidor - SAC 0800 729 0722

Ouvidoria BB 0800 729 5678
Para deficientes auditivos 0800 729 0088

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

EMPRESA

Emissão de comprovantes

G336261551678736 1
26/02/2021 16:28:52

26/02/2021 - BANCO DO BRASIL - 16:28:42
014800148 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

BANCO DO BRASIL

00190000090171153600100874133176385180000176561
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	20.101
NOSSO NUMERO	17115360000874133
CONVENIO	01711536
DATA DE VENCIMENTO	01/02/2021
DATA DO PAGAMENTO	01/02/2021
VALOR DO DOCUMENTO	1.765,61
VALOR COBRADO	1.765,61

NR.AUTENTICACAO C.CCA.15E.506.A23.E99

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 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
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. 1383731 FL 1 / 1
SÉRIE 1

CHAVE DE ACESSO
3520 1267 7291 7800 0491 5500 1001 3837 3111 9126 0760

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		135201230706735 28/12/2020 16:32:03
INSCRIÇÃO ESTADUAL	**INSCR. EST. SUBS. TRIBUTÁRIO**	**CNPJ**
395060142110		67.729.178/0004-91

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL			CNPJ / CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL			45.349.461/0001-02	28/12/2020
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
1383731/1	01/02/2021	1.765,61						

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
1.765,61	267,40	0,00	0,00	1.765,61

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	1.765,61

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

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

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
2,00	VOLUME(S)		0,02794	11,048	11,048

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
022233	ONDANSETRONA 4MG/2ML,CLORIDRATO (NOVAFAR/FRESEN) (ITEM GENERICO) L: 78PG2628 Q: 50,0000 F: 03/07/20 V: 03/07/2022	30042051	000	5102	AP	50,00	1,3265	66,33	66,33	7,96	0,00	12,00	0,00
009447	ACIDO TRANEXAMICO 250MG/5ML (NIKKHO) L: 0820.023 Q: 100,0000 F: 07/08/20 V: 31/08/2022	30049099	000	5102	AP	100,00	4,70	470,00	470,00	84,60	0,00	18,00	0,00
001909	CEFTRIAXONA 1G IV (BIOCHIMICO) L: 009117 Q: 50,0000 F: 11/11/20 V: 31/10/2023, nFCI: 26171385-619C-430E-88C5-5D1500846756	30042059	500	5102	FA	50,00	8,0021	400,11	400,11	72,02	0,00	18,00	0,00
031550	FLUCONAZOL 2MG/ML S.FECHADO (HALEX ISTAR) (ITEM GENERICO) L: 0000144700 Q: 60,0000 F: 17/11/20 V: 17/11/2022	30049069	000	5102	BO	60,00	12,8961	773,77	773,77	92,85	0,00	12,00	0,00
004238	RISPERIDONA 1MG (CRISTALIA) L: 19060025 Q: 200,0000 F: 30/06/19 V: 30/06/2021 *** Portaria 344/98 C1	30049069	000	5102	CP	200,00	0,219	43,80	43,80	7,88	0,00	18,00	0,00
028571	CARVEDILOL 3,125MG (BIOLAB SANUS) L: 1052459 Q: 60,0000 F: 07/07/20 V: 31/07/2022	30049069	000	5102	CP	60,00	0,1933	11,60	11,60	2,09	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: 46374500001328-AVENIDA EURICO GASPAR DUTRA 620 Bairro/Distrito: CENTRO Municipio: PROMISSAO CEP: 16370000 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: 1801308 Autorizacao de Compra(Pedido Cliente): 1801308 *** 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: AVENIDA EURICO GASPAR DUTRA 620 Bairro/Distrito: CENTRO Municipio: PROMISSAO CEP: 16370000 UF: SP Pais: BRASIL(Código Interno Emitente: 4768 Nome Fantasia: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL) LOCAL DE ENTREGA: AVENIDA EURICO GASPAR DUTRA 620 Bairro/Distrito: CENTRO Municipio: PROMISSAO UF: SP Pais: BRASIL

RESERVADO AO FISCO

Convênio 0004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

01/02/21

26/02/2021 - BANCO DO BRASIL - 16:28:42
014800148 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

ITAU UNIBANCO S.A.

34191090326861235293781658220009485190000073840
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	20.102
DATA DE VENCIMENTO	02/02/2021
DATA DO PAGAMENTO	01/02/2021
VALOR DO DOCUMENTO	738,40
VALOR COBRADO	738,40

NR.AUTENTICACAO C.3E2.9D1.6FF.E39.C91

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

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

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

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

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

VR - Promissão

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA

NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFS-e

RPS Nº 414138 Série C8, emitido em 22/12/2020

20210118u47866934000174

Número da Nota	25523427
Data e Hora de Emissão	23/12/2020 01:05:18
Código de Verificação	JRTW-K7YR

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 5 R$755,78
DESCONTOS CONCEDIDOS R$17,38
VALOR DA CORRETAGEM OU COMISSAO: ZERO
Ped.:23117488 Contrato:2004030057121 IE:ISENTO IM:
IRF 1,50%-IN/SRF 177/87 e 107/91
LEI 12741/12 VL.TRIB.R$ 0,00
Data de Vencimento: 02/02/2021
VALOR TOTAL: R$738,40

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 414138 Série C8, emitido em 22/12/2020.

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

NOTA DE DÉBITO

Número	Data de Emissão
414138-ND	22/12/2020

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 5 R$755,78
DESCONTOS CONCEDIDOS R$17,38
Ped.:23117488 Contrato:2004030057121 IE:ISENTO IM:

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

VALOR TOTAL: R$ 738,40

DESCRIÇÃO:

DISPONIBILIZACAO DE BENEFICIOS / CUPONS

NOTA DE DÉBITO Nº	VALOR DE NOTA DE DÉBITO	FORMA DE PAGAMENTO
414138-ND	R$ 738,40	02/02/2021

OUTRAS INFORMAÇÕES

Este(a) NOTA DE DÉBITO é relativa a RPS 414138 de 22/12/2020.

RELATÓRIO DE DETALHES DO PEDIDO

Número do Pedido Enviado: 815952
Realizado em: 22/12/2020
Valor (R$): 755,78
Método Pagamento: Faturamento

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

Ticket Restaurante Eletrônico

Unidade de Entrega: AHBB SEDE
Valor dos Benefícios (R$): 755,78
Data de Crédito:
Quantidade de Beneficiários: 5
Data de Entrega: 01/01/2021

CPF	MATRÍCULA	BENEFICIÁRIO	DEPARTAMENTO	DIAS ÚTEIS	VALOR DIA	VALOR MÊS	VALOR DO BENEFÍCIO
275.748.668-30	38	ARETUZA F C RI	AHBB PROMISSAO				R$ 158,47
307.283.138-63	2081	MARCIA A M RIBE	AHBB PROMISSAO				R$ 170,66
405.914.448-79	40591444879	MARIA LAURA MARTINS	AHBB PROMISSAO				R$ 109,71
255.373.548-02	30	SANDRA R C BALBINO	AHBB PROMISSAO				R$ 158,47
358.536.168-46	31	SHAWANA DE SOUZA	AHBB PROMISSAO				R$ 158,47

Contrato: 2004030057121

UNIDADE DE ENTREGA	DEPARTAMENTO	DATA DE CRÉDITO	DATA DE ENTREGA	QUANTIDADE BENEFICIÁRIOS	VALOR DO BENEFÍCIO
AHBB SEDE	AHBB PROMISSAO		01/01/2021	5	R$ 755,78
			TOTAL BENEFÍCIOS	5	R$ 755,78

TAXA	VALOR	BASE	SUB TOTAL
TAXA DE ADMINISTRACAO TRE (NEGATIVA)	R$ -17,38	1	-R$ 17,38
	TOTAL DE TAXAS DO PRODUTO		-R$ 17,38

RESUMO DO PRODUTO	SUB TOTAL
Total de Benefícios	R$ 755,78
Taxas	-R$ 17,38

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

Ticket®. Benefícios que multiplicam.

TOTAL	R$ 738,40

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

Ticket®. Benefícios que multiplicam.

26/02/2021 - BANCO DO BRASIL - 16:28:42
014800148 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

ITAU UNIBANCO S.A.

34191090326855187293781658220009185190001742657
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	20.103
DATA DE VENCIMENTO	02/02/2021
DATA DO PAGAMENTO	01/02/2021
VALOR DO DOCUMENTO	17.426,57
VALOR COBRADO	17.426,57

NR.AUTENTICACAO 7.25C.1ED.C05.F58.76F

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 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

VA - Promissão

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA

NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFS-e

RPS Nº 413323 Série C8, emitido em 22/12/2020

20210118u47866934000174

Número da Nota	Data e Hora de Emissão	Código de Verificação
25523447	**23/12/2020 01:05:23**	**K4CX-DDB4**

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 43 R$17.746,00
DESCONTOS CONCEDIDOS R$319,43
VALOR DA CORRETAGEM OU COMISSAO: ZERO
Ped.:23117469 Contrato:2004030048091 IE:ISENTO IM:
IRF 1,50%-IN/SRF 177/87 e 107/91
LEI 12741/12 VL.TRIB.R$ 0,00
Data de Vencimento: 02/02/2021
VALOR TOTAL: R$17.426,57
```

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 413323 Série C8, emitido em 22/12/2020;

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

NOTA DE DÉBITO

Número	Data de Emissão
413323-ND	22/12/2020

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 43 R$17.746,00
DESCONTOS CONCEDIDOS R$319,43
Ped.:23117469 Contrato:2004030048091 IE:ISENTO IM:

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

VALOR TOTAL: R$ 17.426,57

DESCRIÇÃO:

DISPONIBILIZACAO DE BENEFICIOS / CUPONS

NOTA DE DÉBITO Nº	VALOR DE NOTA DE DÉBITO	FORMA DE PAGAMENTO
413323-ND	R$ 17.426,57	02/02/2021

OUTRAS INFORMAÇÕES

Este(a) NOTA DE DÉBITO é relativa a RPS 413323 de 22/12/2020.

Ticket® uma marca Edenred

RELATÓRIO DE DETALHES DO PEDIDO

Número do Pedido Enviado: 815838 **Realizado em:** 22/12/2020

Valor (R$): 17.746,00 **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$):** 17.746,00

Data de Crédito: **Quantidade de Beneficiários:** 43

Data de Entrega: 01/01/2021

CPF	MATRÍCULA	BENEFICIÁRIO	DEPARTAMENTO	VALOR DO BENEFÍCIO
104.023.558-14	4	ADRIANA S M BAZAN	AHBB PROMISSAO	R$ 418,00
067.209.378-20	6720937820	ALESSANDRA DE MACEDO	AHBB PROMISSAO	R$ 418,00
340.698.778-86	34069877886	ANA ALICE SILVA PAZIN	AHBB PROMISSAO	R$ 380,00
300.731.678-27	3	ANDRE LUIZ DE OLIVEIRA	AHBB PROMISSAO	R$ 418,00
276.091.198-57	5	ANTONIO MARCOS ESTEVES	AHBB PROMISSAO	R$ 418,00
322.696.618-93	2426	APARECIDA C NASCIMENT	AHBB PROMISSAO	R$ 418,00
275.748.668-30	38	ARETUZA F C RI	AHBB PROMISSAO	R$ 380,00
052.195.065-10	5219506510	BEATRIZ SANTOS RAMOS	AHBB PROMISSAO	R$ 418,00
078.482.718-46	10	CLAUDINEIA COSTA SILVA	AHBB PROMISSAO	R$ 418,00
217.097.448-20	40	CRISTIANA ARANHA	AHBB PROMISSAO	R$ 418,00
219.311.998-84	16	CRISTIANE PERIN SPINOZA	AHBB PROMISSAO	R$ 418,00
308.741.158-25	12	EDUARDA L G SANDES	AHBB PROMISSAO	R$ 418,00
439.134.428-98	43913442898	EDUARDO LOPES DOS SANTOS	AHBB PROMISSAO	R$ 418,00
369.984.568-08	36998456808	ELISA D M CASTELAN	AHBB PROMISSAO	R$ 418,00
323.854.508-60	32385450860	FABIANA XAVIER SANTOS	AHBB PROMISSAO	R$ 418,00
351.009.688-69	35100968869	GISLAINE C H FRE	AHBB PROMISSAO	R$ 418,00
407.996.948-19	40799694819	GREGORY AGUIAR ALMEIDA	AHBB PROMISSAO	R$ 418,00
482.958.838-10	48295883810	GUILHERME H C SILVA	AHBB PROMISSAO	R$ 418,00

Convênio nº 0000/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Fernandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

Ticket® uma marca Edenred

Unidade de Entrega: AHBB SEDE

Valor dos Benefícios (R$): 17.746,00

Data de Crédito:

Quantidade de Beneficiários: 43

Data de Entrega: 01/01/2021

CPF	MATRÍCULA	BENEFICIÁRIO	DEPARTAMENTO	VALOR DO BENEFÍCIO
380.361.798-73	38036179873	GUILHERME T GONCALVES	AHBB PROMISSAO	R$ 418,00
145.689.928-77	2075	IZABEL C F PALHA	AHBB PROMISSAO	R$ 418,00
395.058.738-16	39505873816	JORGE LUIZ MOURA BARRETO	AHBB PROMISSAO	R$ 418,00
245.841.608-05	13	KARINA ZIMIANI DONALONSO	AHBB PROMISSAO	R$ 418,00
418.674.978-75	41867497875	LARISSA SOUZA RODRIGUES	AHBB PROMISSAO	R$ 418,00
299.351.608-66	29935160866	LEANDRO BEZERRA DA SILVA	AHBB PROMISSAO	R$ 418,00
324.444.418-00	1868	LIDIANE MERCE SILVA LEAL	AHBB PROMISSAO	R$ 418,00
365.098.118-12	14	LILIAN CARLA FERNANDES	AHBB PROMISSAO	R$ 418,00
429.971.978-64	42997197864	LUCAS MOREIRA	AHBB PROMISSAO	R$ 418,00
393.654.448-45	39365444845	LUIZ GUSTAVO DE AZEVEDO	AHBB PROMISSAO	R$ 418,00
215.502.518-13	18	LUZIA DE ALMEIDA PEREIRA	AHBB PROMISSAO	R$ 418,00
307.283.138-63	2081	MARCIA A M RIBE	AHBB PROMISSAO	R$ 380,00
145.688.698-38	24	MARCIA M B CANDIO	AHBB PROMISSAO	R$ 418,00
345.644.938-09	41	MARIA A P LAMONATO	AHBB PROMISSAO	R$ 418,00
405.914.448-79	40591444879	MARIA LAURA MARTINS	AHBB PROMISSAO	R$ 380,00
309.171.838-78	30917183878	MICHELLE G GONCALVES	AHBB PROMISSAO	R$ 418,00
029.450.008-14	2945000814	NATALICE O N BONFIM	AHBB PROMISSAO	R$ 418,00
216.869.928-31	2453	ODAIR CAMPOS PEDRO	AHBB PROMISSAO	R$ 418,00
484.857.458-76	48485745876	RAUL G C CAMILO	AHBB PROMISSAO	R$ 418,00
294.359.668-02	29435966802	RENATA FERNANDES CARLIM	AHBB PROMISSAO	R$ 418,00
147.484.228-31	26	RENATA FERREIRA	AHBB PROMISSAO	R$ 418,00
337.884.598-83	33788459883	ROGERIO T A PEREI	AHBB PROMISSAO	R$ 418,00
402.114.408-09	2160	ROGERIO VICTOR ROSADO	AHBB PROMISSAO	R$ 418,00
255.373.548-02	30	SANDRA R C BALBINO	AHBB PROMISSAO	R$ 380,00
358.536.168-46	31	SHAWANA DE SOUZA	AHBB PROMISSAO	R$ 380,00

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

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

Ticket® uma marca Edenred

Contrato: 2004030048091

UNIDADE DE ENTREGA	DEPARTAMENTO	DATA DE CRÉDITO	DATA DE ENTREGA	QUANTIDADE BENEFICIÁRIOS	VALOR DO BENEFÍCIO
AHBB SEDE	AHBB PROMISSAO		01/01/2021	43	R$ 17.746,00
			TOTAL BENEFÍCIOS	43	R$ 17.746,00

TAXA	VALOR	BASE	SUB TOTAL
TAXA DE ADMINISTRACAO TAE (NEGATIVA)	R$ -319,43	1	-R$ 319,43
	TOTAL DE TAXAS DO PRODUTO		-R$ 319,43

RESUMO DO PRODUTO	SUB TOTAL
Total de Benefícios	R$ 17.746,00
Taxas	-R$ 319,43
TOTAL	R$ 17.426,57

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

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

26/02/2021 - BANCO DO BRASIL - 16:28:42
014800148 0002

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

BANCO DO BRASIL

00190000090171153600100868388174985190000318000
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	20.104
NOSSO NUMERO	17115360000868388
CONVENIO	01711536
DATA DE VENCIMENTO	02/02/2021
DATA DO PAGAMENTO	01/02/2021
VALOR DO DOCUMENTO	3.180,00
VALOR COBRADO	3.180,00

NR.AUTENTICACAO 0.1DF.E26.3AF.E0D.1E2

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 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

Rioclarense

COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA
PC EMILIO MARCONATO 1000 - NUCLEO RESIDENCIAL DOUTOR JOAO ALDO NASSIF - JABUTICABAL - SP
CEP 13916-074 – 1935225800

DANFE
DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 – ENTRADA
1 – SAÍDA [1]

Nº. 1376930 FL 1 / 1
SÉRIE 1

CHAVE DE ACESSO
3520 1267 7291 7800 0491 5500 1001 3769 3012 7498 4824

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		135201139064711 04/12/2020 15:53:27
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	04/12/2020
ENDEREÇO	**BAIRRO / DISTRITO**	**CEP**		**DATA DA ENTRADA/SAÍDA**
AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303	JARDIM ARIANO	16400-400		04/12/2020
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
1376930/1	01/01/2021	3.180,00	1376930/2	02/02/2021	3.180,00			

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
6.360,00	763,20	0,00	0,00	6.360,00

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	6.360,00

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 226J	SAO JOSE DO RIO PRETO	SP	647598751114

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
1,00	VOLUME(S)		0,00018	7,080	7,080

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
021057	MIDAZOLAM 50MG (HIPOLABOR) (ITEM GENERICO) L: AP -323/20 Q: 400,0000 F: 14/09/20 V: 31/08/2022 *** Portaria 344/ 98 B1, nFCI: 6C7DE18F-3E75-48C4-B58A-E54E06657602	30049099	500	5102	AP	400,00	15,90	6.360,00	6.360,00	763,20	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: 46374500001328-AVENIDA EURICO GASPAR DUTRA 620 Bairro/Distrito: CENTRO Municipio: PROMISSAO CEP: 16370000 UF: SP Pais: BRASIL. PREZADO CLIENTE, FAVOR CONFERIR NO ATO DA ENTREGA - NAO ACEITAREMOS RECLAMACOES APOS 48hs DO RECEBIMENTO. UTI Promissao E#x2013; Convenio 031/2015 DATA ENTREGA: 07/12/2020 Pedido: 1786752 Autorizacao de Compra(Pedido Cliente): 1786752 *** 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 AVENIDA EURICO GASPAR DUTRA 620 Bairro/Distrito: CENTRO Municipio: PROMISSAO CEP: 16370000 UF: SP Pais: BRASIL(Código Interno Emitente: 4768 Nome Fantasia: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL) LOCAL DE ENTREGA: AVENIDA EURICO GASPAR DUTRA 620 Bairro/Distrito: CENTRO Municipio: PROMISSAO UF: SP Pais: BRASIL

RESERVADO AO FISCO

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

26/02/2021 - BANCO DO BRASIL - 16:28:42
014800148 0002

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

==========

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

03399484570130000099772117101047785190000222326
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	20.105
DATA DE VENCIMENTO	02/02/2021
DATA DO PAGAMENTO	01/02/2021
VALOR DO DOCUMENTO	2.223,26
VALOR COBRADO	2.223,26

==========

NR.AUTENTICACAO F.EC6.005.402.625.284

==========

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 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
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

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA [1]

Nº 154820
SERIE 1
FOLHA 1/3

CHAVE DE ACESSO
3520 1211 2060 9900 0441 5500 1000 1548 2010 0043 4040

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	135201217340761 22/12/2020 18:26:26

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO	CNPJ
188.070.970.117		11.206.099/0004-41

DESTINATARIO / 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 SAÍDA
LINS	1435325198	SP		

FATURA / DUPLICATA

001	19/01/2021	2.223,26	002	02/02/2021	2.223,26			

CALCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
4.373,44	746,91	0,00	0,00	4.446,52

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	4.446,52

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
15	CAIXA			69,67	69,67

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	
28685	DERMATROL AGE 200ML-TROL LT 52 (12) 09/2022 (Fornecedor: 1883, Lote: 52, Qtde: 12 ,Data Fab: 01/09/2020, Data Val: 30/09/2022)	15121919	000	5102	UND	12	3,9300	47,16	47,16	8,49		18,00	
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	
14684	LUVA P/TOQ.INDIV.TRANS.EST.C/10-0-LUPLAST LT 1010 (1) 06/2023 (Fornecedor: 1, Lote: 1010, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/06/2019, Data Val: 30/06/2023)	39262000	000	5102	PCT	1	13,4400	13,44	13,44	2,42		18,00	
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	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

#R3V13R3V2#|UTI PROMISSÃO - CONVENIO 031/2015
ITEM 21 Imposto Recolhido por Substituicao Tributaria
ITEM 21 ICMS-ST retido por operação anterior base: 62,64 valor: 6,40
Pedido: 154731
End. Entrega: AV GENERAL EURICO G.DUTRA,620 , CENTRO - 16370-000, PROMISSAO-SP -
Horario : COMERCIAL
Empresa credenciada no Regime Especial de Distribuidor Hospitalar 036035/2018 nos termos da Portaria CAT 116/2017
Setor de Cobranca: (11)4934-1669 / 4934-1673 / 4934-1671
QUALQUER INCONFORMIDADE NA ENTREGA, ENTRE IMEDIATAMENTE EM CONTATO COM NOSSO PÓS-VENDAS NO NÚMERO (11) 4934-1703
Rota....: 2 Cubagem: 0,48

RESERVADO AO FISCO

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

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

18/01/1

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 154820
SERIE 1
FOLHA 2/3

CHAVE DE ACESSO
3520 1211 2060 9900 0441 5500 1000 1548 2010 0043 4040

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
135201217340761 22/12/2020 18:26:26

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
28212	FILME TRANSP S/COMPR.06X07 PC - VITAMEDI LT 20191216 (1) 12/2022 (Fornecedor: 2300, Lote: 20191216, Qtde: 1 ,Data Fab: 30/12/-2019, Data Val: 29/12/2022)	30051090	200	5102	CX	1	87,0000	87,00	87,00	15,66		18,00	
26568	LANCETA DE SEGURANCA 28G C/100-DESCARPACK LT SLAKAA011C (2) 05/2025 (Fornecedor: 918, Lote: SLAKAA011C, Qtde: 2 ,Data Fab: 01/06/2020, Data Val: 31/05/2025)	90183999	200	5102	CX	2	18,0000	36,00	36,00	6,48		18,00	
26110	ELETRODO AD. C/ESP.C/GEL C/50-DESCARPACK LT SECDAA0017 (6) 12/2022 (Fornecedor: 918, Lote: SECDAA0017, Qtde: 6 ,Data Fab: 01/02/2020, Data Val: 31/12/-2022)	90181100	200	5102	PCT	6	13,5317	81,19	81,19	14,61		18,00	
27605	SCALP N.23 PVC C/100-DESCARPACK LT SEIAAA-009C (1) 06/2025 (Fornecedor: 918, Lote: SEIAAA009C, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/07/2020, Data Val: 30/06/2025)	90183929	700	5102	CX	1	21,0100	21,01	21,01	3,78		18,00	
16981	LUVA P/ PROCED.N.EST.G C/10-LEMGRUBER LT PR022K (1) 11/2025 (Fornecedor: 7934, Lote: PR022K, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/11/20-20, Data Val: 30/11/2025)	40151900	000	5102	CX	1	764,2900	764,29	764,29	137,57		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: 01/04/202-0, Data Val: 30/04/2023)	30059090	000	5102	CX	1	193,9000	193,90	193,90	34,90		18,00	
16790	ESCOVA C/ CLOREXIDINA C/48-VIC PHARMA LT M27329 (1) 05/2023 (Fornecedor: 7744, Lote: M27329, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/05/20-20, Data Val: 31/05/2023)	30039099	000	5102	CX	1	75,8300	75,83	75,83	13,65		18,00	
23716	LUVA P/PROCE.N.EST.VINIL P C/10-TALGE LT TLVMU005 (1) 05/2023 (Fornecedor: 1695, Lote: TLVMU005, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/05/-2018, Data Val: 31/05/2023)	39262000	200	5102	CX	1	645,0000	645,00	645,00	116,10		18,00	
21440	LUVA P/PROCE.N.EST.VINIL M C/20-DESCARPA LT SVIJAA030M (1) 06/2025 (Fornecedor: 918, Lote: SVIJAA030M, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/07/2020, Data Val: 30/06/2025)	39262000	200	5102	CX	1	1.320,0800	1.320,08	1.320,08	237,62		18,00	
13775	SERINGA DESC.10ML SLIP C/250-SR LT H713 (4) 09/2025 (Fornecedor: 1156, Lote: H713, Qtde: 4 ,Data Fab: 01/09/2020, Data Val: 30/09/2025)	90183119	200	5102	CX	4	80,2350	320,94	320,94	38,51		12,00	
28389	COL.UR.2000 ML SF C/ VALV C/05 ESPE-CIAL-DESCARPACK LT SBSAAA0007 (2) 03/2025 (Fornecedor: 918, Lote: SBSAAA0007, Qtde: 2 ,Data Fab: 01/04/2020, Data Val: 31/03/-2025)	39269030	700	5102	CX	2	16,5900	33,18	33,18	5,97		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 H903 (2) 11/2025 (Fornecedor: 1156, Lote: H903, Qtde: 2 ,Data Fab: 01/11/2020, Data Val: 30/11/2025)	90183119	200	5102	CX	2	122,7500	245,50	245,50	29,46		12,00	
21840	INFUSOR MULT.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	25,8800	51,76	51,76	9,32		18,00	
19247	CLOREX DEGERM 2% 100ML CX C/24-VICPHARMA LT M28418 (1) 11/2023 (Fornecedor: 7744, Lote: M28418, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/11/20-20, Data Val: 30/11/2023)	30039099	000	5102	CX	1	47,1400	47,14	47,14	8,49		18,00	

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
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 154820
SERIE 1
FOLHA 3/3

CHAVE DE ACESSO
3520 1211 2060 9900 0441 5500 1000 1548 2010 0043 4040

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
135201217340761 22/12/2020 18:26:26

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
29014	INDAHEX ENXAG BUCAL 0,12% 250ML-INDALAB LT 141.08/2020 (8) 08/2022 (Fornecedor: 1986, Lote: 141.08/2020, Qtde: 8 ,Data Fab: 01/-08/2020, Data Val: 31/08/2022)	33069000	060	5405	UND	8	9,1350	73,08					

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

26/02/2021 - BANCO DO BRASIL - 16:28:42
014800148 0004

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

BANCO BRADESCO S.A.

23790014039000001124810011554101685210000035280
BENEFICIARIO:
BIRIPEL EMBALAGENS LTDA
NOME FANTASIA:
BIRIPEL EMBALAGENS
CNPJ: 03.748.769/0001-80
BENEFICIARIO FINAL:
BIRIPEL EMBALAGENS LTDA
CNPJ: 03.748.769/0001-80
PAGADOR:
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE D
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	20.106
DATA DE VENCIMENTO	04/02/2021
DATA DO PAGAMENTO	01/02/2021
VALOR DO DOCUMENTO	352,80
VALOR COBRADO	352,80

NR.AUTENTICACAO 9.A0C.887.D4F.214.EA3

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 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

BIRIPEL EMBALAGENS LTDA

RUA WAGIH RAHAL, 070 CENTRO - CENTRO -
CEP:16200-242 - BIRIGUI - SP
TEL: (18)3642-4390

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA **1**

Nº 000159753 fl. 1 /1
SÉRIE 001

CHAVE DE ACESSO
3521 0103 7487 6900 0180 5500 1000 1597 5315 7445 2351

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

NATUREZA DE OPERAÇÃO	PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
VENDA	135210011070687 05/01/2021 17:14:44

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIB.	CNPJ / CPF
214073629113		03.748.769/0001-80

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL			CNPJ / CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL			45.349.461/0001-02	05/01/2021
ENDEREÇO	**BAIRRO / DISTRITO**		**CEP**	**DATA SAÍDA / ENTRADA**
RUA SETE SETEMBRO, 529	CENTRO		16210-000	05/01/2021
MUNICÍPIO	**FONE / FAX**	**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**	**HORA DA SAÍDA**
BILAC	(18)3659-1411	SP		17:13:47

FATURA

	NÚMERO	VALOR ORIGINAL	VALOR DESCONTO	VALOR LÍQUIDO
DADOS DA FATURA	159753	352,80	0,00	352,80

DUPLICATAS

Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR	Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR	Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR	Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR
001	04/02/2021	352,80									

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE CÁLC. ICMS SUBST.	VALOR DO ICMS SUBST.	VALOR APROX. DOS TRIBUTOS	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	109,53	352,80
VALOR DO FRETE	**VALOR DO SEGURO**	**DESCONTO**	**OUTRAS DESP. ACESS.**	**VALOR DO IPI**	**VALOR TOTAL DA NOTA**
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	352,80

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ / CPF
	0 - REMETENTE				

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇOS

CÓDIGO DO PROD. / SERV.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / SH	CST	CFOP	UNID.	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR DESCONTO	VALOR LÍQUIDO	BASE CÁLC. ICMS	VALOR I.C.M.S.	VALOR I.P.I.	ALÍQUOTAS ICMS	ALÍQUOTAS IPI
0000000003746	COPO PLAST. KEROCOPO 50 ML BRANCO IMETRO CX C/5000	39241000	060	5405	cx	1,000	96,80	0,00	96,80	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0000000006571	PAPEL INTERF. 100% CELULOSE 20X21 AP C/1000	48182000	060	5405	pct	20,000	12,80	0,00	256,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	RESERVADO AO FISCO
IMPOSTOS:Valor Aproximado dos Tributos R$: 46,03 Federal, 63,50 Estadual e 0,00 Municipal - Fonte: IBPT/empresometro.com.br (5DC0AE).	

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

Transmitido por DocFix

__/__/__

_____

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
26/02/2021 - AUTOATENDIMENTO - 16.28.42
0148100148 SEGUNDA VIA 0003
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE
TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL
CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
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$ 20.000,00
DEBITO EM: 03/02/2021

DOCUMENTO: 020301
AUTENTICACAO SISBB: 1.C6E.2EB.386.21D.9A9

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA

NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFS-e

20210202u34298678000114

Número da Nota **00000168**
Data e Hora de Emissão **02/02/2021 13:41:47**
Código de Verificação **MWG5-U7HJ**

PRESTADOR DE SERVIÇOS

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

TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome/Razão Social: **ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL**
CPF/CNPJ: **45.349.461/0001-02** 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 GERAL "PREFEITO MIGUEL MARTIN GUALDA DE PROMISSÃO "
COMPETÊNCIA: 01/2021
CONVÊNIO 11600/2020

VALOR TOTAL DO SERVIÇO = R$ 20.000,00

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

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

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

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

OUTRAS INFORMAÇÕES

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

03/02/
Promi

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 000186 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

04/02/2021 - BANCO DO BRASIL - 14:08:59
014800148 SEGUNDA VIA 0004
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X
==========
DATA DA TRANSFERENCIA 04/02/2021
NR. DOCUMENTO 550.148.000.005.406
VALOR TOTAL 348,36
****** TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: DROGARIA GERAL DE PROMISS
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 5.406-2
NR. DOCUMENTO 550.148.000.038.500
==========
NR.AUTENTICACAO D.E5E.A2F.D07.F8F.A8E

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

ECEBEMOS DE DROGARIA GERAL DE PROMISSAO LTDA OS PRODUTOS/SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO

TA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	Nº 000.003.213 SÉRIE: 0

DROGARIA GERAL

DROGARIA GERAL DE PROMISSAO LTDA
AVENIDA GAL EURICO GASPAR DUTRA 611
CENTRO - CEP 16370000
PROMISSAO - SP
Fone/Fax:1435411183

DANFE

Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

Saída: 1
Entrada: 0

1

Nº 000.003.213
SÉRIE: 0
Página 1 de 2

CHAVE DE ACESSO

3521 0172 9946 4300 0109 5500 0000 0032 1313 9753 2541

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
EMISSAO REF CUPOM FISCAL	135210023148504 08/01/2021 11:28:57

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTARIO	CNPJ
564008735117		72994643000109

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL			CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEF. DO BRASIL			45349461000102	08/01/2021
ENDEREÇO	**BAIRRO/DISTRITO**	**CEP**		**DATA DE SAÍDA/ENTRADA**
RUA 7 DE SETEMBRO, 529 529	CENTRO	16200000		08/01/2021
MUNICÍPIO	**FONE/FAX**	**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**	**HORA DE SAÍDA**
BILAC	1435410969	SP		11:29:23

FATURA

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CALCULO DE ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CALCULO DE ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	619,87

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	271,51	0,00	0,00	348,36

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CODIGO ANTT	PLACA DO VEICULO	UF	CNPJ/CPF
	9-Sem Ocorrência de Transporte				

ENDEREÇO	MUNICIPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE	ESPECIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LIQUIDO

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO

COD. PROD/SERVIÇO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM/SH	CST	CFOP	UNID.	QTD.	VLR. UNIT.	VLR. DESC.	VLR. TOTAL	BC ICMS	VLR. ICMS	VLR. IPI	ALIQ. ICMS	ALIQ. IPI
7896181908302	ISOSSORBIDA 20MG C/30 COMP(GEN	30049059	0500	5929	UN	1	10,09	3,09	7,00	0,00	0,00	0,00		
7896422500500	QUETIAPINA 25MG CX 30 CP REV	30049079	0500	5929	UN	1	63,00	18,00	45,00	0,00	0,00	0,00		
	Lote AKP11747 Validade 30/09/2022													
7896261018181	APRESOLINA 25MG BL 20 DRG	30049069	0500	5929	DR	1	7,67	0,77	6,90	0,00	0,00	0,00		
7897042008735	HID SKALA 500ML LAVANDA	33049910	0500	5929	UN	2	6,98	0,00	13,96	0,00	0,00	0,00		
7897042008339	HID SKALA LE DE ARROZ R ROSAS	33049910	0500	5929	UN	3	6,98	0,00	20,94	0,00	0,00	0,00		
7899095240162	OMENAX 20MG C/56	30049069	0500	5929	CA	3	34,16	78,48	24,00	0,00	0,00	0,00		
7899095240162	OMENAX 20MG C/56	30049069	0500	5929	CA	2	34,16	52,32	16,00	0,00	0,00	0,00		
7896009765148	PILHA RAYOVAC ALCAL PALITO AAA	85061019	0500	5929	UN	1	12,88	1,29	11,59	0,00	0,00	0,00		
7891317489366	ATORVASTATINA 20MG C/30 CP(GEN	30049069	0500	5929	UN	1	54,83	30,85	23,98	0,00	0,00	0,00		
7891317489366	ATORVASTATINA 20MG C/30 CP(GEN	30049069	0500	5929	UN	1	54,83	30,85	23,98	0,00	0,00	0,00		
7896026300186	ATENSINA 0,200MG C/30 COMP	30049069	0500	5929	UN	1	12,35	1,35	11,00	0,00	0,00	0,00		
7896261000223	APRESOLINA 50MG C/20 DRG	30049069	0500	5929	UN	4	10,24	4,08	36,88	0,00	0,00	0,00		
7891317427542	LOSARTANA 50MG C/30 COMP(GEN	30049069	0500	5929	UN	1	16,87	12,37	4,50	0,00	0,00	0,00		

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Número do Protocolo: 135210023148504

DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL. NAO GERA DIREITO A CREDITO FISCAL DE IPI.

ICMS RECOLHIDO POR SUBSTITUICAO TRIBUTARIA, CONFORME ARTIGO 313-W DO RICMS Ref SAT: 178495, 29325, 178334, 177318, 177311, 28451, 176763, 176132, 175002, 175001, 174586, 173989, 173892, 26150, 25717

RESERVADO AO FISCO

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

05/0

ADOS DO PRODUTO/SERVIÇO

D. PROD/SERVIÇO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM/SH	CST	CFOP	UNID.	QTD.	VLR. UNIT.	VLR. DESC.	VLR. TOTAL	BC ICMS	VLR. ICMS	VLR. IPI	ALIQ. ICMS	ALIQ. IPI
91317489366	ATORVASTATINA 20MG C/30 CP(GEN	30049069	0500	5929	UN	1	54,83	30,85	23,98	0,00	0,00	0,00		
96181908302	ISOSSORBIDA 20MG C/30 COMP(GEN	30049059	0500	5929	UN	1	10,09	3,09	7,00	0,00	0,00	0,00		
197042005215	HID SKALA AVEIA 500ML	33049910	0500	5929	UN	1	6,98	0,00	6,98	0,00	0,00	0,00		
897042005222	HID SKALA ROSAS E AMEND 500ML	33049910	0500	5929	UN	1	6,98	0,70	6,28	0,00	0,00	0,00		
897042007844	HID SKALA SUPER HIDRATANTE 500	33049910	0500	5929	UN	1	6,98	0,00	6,98	0,00	0,00	0,00		
897042007141	HID SKALA AMEND DOCES 500ML	33049910	0500	5929	UN	1	6,98	0,00	6,98	0,00	0,00	0,00		
897042008735	HID SKALA 500ML LAVANDA	33049910	0500	5929	UN	1	6,98	0,00	6,98	0,00	0,00	0,00		
897042005833	HID SKALA PROT DO LEITE 500ML	33049910	0500	5929	UN	1	6,98	0,00	6,98	0,00	0,00	0,00		
7896112401315	ISOSSORBIDA 20 MG 30 CP G BIOL	30049059	0500	5929	UN	1	9,94	0,99	8,95	0,00	0,00	0,00		
7896026300186	ATENSINA 0,200MG C/30 COMP	30049069	0500	5929	UN	1	12,35	1,23	11,12	0,00	0,00	0,00		
7896714224138	PLESONAX 5MG CX C/04 DRG	30049069	0500	5929	UN	8	1,45	1,20	10,40	0,00	0,00	0,00		

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	RESERVADO AO FISCO
Número do Protocolo: 135210023148504 DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL. NAO GERA DIREITO A CREDITO FISCAL DE IPI. ICMS RECOLHIDO POR SUBSTITUICAO TRIBUTARIA. CONFORME ARTIGO 313-W DO RICMS Ref SAT: 178495, 29325, 178334 , 177318, 177311, 28451, 176763, 176132, 175002, 175001, 174586, 173989, 173892, 26150, 25717	

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

RELAÇÃO GERAL DOS LÍQUIDOS

Código	Nome do empregado	CPF	Valor
Empregados			
4	ADRIANA SIMONE DE MORAES BAZ/	104.023.558-14	1.895,80
3025	ALESSANDRA DE MACEDO	067.209.378-20	2.212,21
2809	ANA ALICE SILVA PAZIN	340.698.778-86	1.579,97
3	ANDRE LUIZ DE OLIVEIRA	300.731.678-27	4.176,63
5	ANTONIO MARCOS ESTEVES	276.091.198-57	2.268,01
2426	APARECIDA CARDOSO DO NASCIME	322.696.618-93	2.200,02
38	ARETUZA FERNANDES DE CASTRO F	275.748.668-30	1.961,86
2339	BEATRIZ SANTOS RAMOS	052.195.065-10	1.559,41
40	CRISTIANA ARANHA	217.097.448-20	867,48
12	EDUARDA LUCIO GABILO SANDES	308.741.158-25	2.632,84
3210	EDUARDO LOPES DOS SANTOS	439.134.428-98	1.718,20
3898	ELISA DANIELE MARTINS CASTELAN	369.984.568-08	1.565,12
2340	FABIANA XAVIER DOS SANTOS	323.854.508-60	682,27
3027	GISLAINE CRISTINA HERREIRA FRE	351.009.688-69	1.559,41
3570	GREGORY AGUIAR DE ALMEIDA	407.996.948-19	1.559,41
2791	GUILHERME HENRIQUE COSTA SILV	482.958.838-10	1.559,41
2858	GUILHERME TAVARES GONÇALVES	380.361.798-73	1.206,08
2075	IZABEL CRISTINA FERREIRA PALHAI	145.689.928-77	1.221,99
3799	JORGE LUIZ DE MOURA BARRETO	395.058.738-16	1.559,41
13	KARINA ZIMIANI DONALONSO	245.841.608-05	3.847,15
2354	LARISSA DE SOUZA RODRIGUES	418.674.978-75	1.457,40
2760	LEANDRO BEZERRA DA SILVA	299.351.608-66	789,15
1868	LIDIANE MERCE DA SILVA LEAL	324.444.418-00	1.550,73
14	LILIAN CARLA FERNANDES	365.098.118-12	2.639,51
3645	LUCAS MOREIRA	429.971.978-64	1.522,79
3747	LUIZ GUSTAVO DE AZEVEDO	393.654.448-45	1.796,79
18	LUZIA DE ALMEIDA PEREIRA	215.502.518-13	2.227,70
2081	MARCIA APARECIDA MORILHAS RIB	307.283.138-63	3.576,41
24	MARCIA MARIA BARBOSA DE CANDI	145.688.698-38	842,87
41	MARIA ANGELICA PRADO LAMONAT	345.644.938-09	2.070,17
3536	MARIA LAURA MARTINS	405.914.448-79	3.547,16
2342	MICHELLE GOUVEIA GONÇALVES	309.171.838-78	1.559,41
3820	NATALICE OVERTA NOVELLI BONFI	029.450.008-14	1.659,08
2453	ODAIR CAMPOS PEDRO	216.869.928-31	1.939,02
3833	PRISCILLA CHRISTINA COSTA DINA	361.830.508-73	725,79
2343	RENATA FERNANDES CARLIM	294.359.668-02	1.559,41
26	RENATA FERREIRA	147.484.228-31	2.596,97
2975	ROGERIO TEOFILO DE ABREU PERE	337.884.598-83	1.963,86
2160	ROGERIO VICTOR ROSADO	402.114.408-09	3.742,87
30	SANDRA REGINA CORREIA BALBINC	255.373.548-02	3.982,01
31	SHAWANA DE SOUZA	358.536.168-46	3.921,46

Empregados: 41 Estagiários: 0 Contribuintes: 0 Total da Empresa: 83.503,24

(oitenta e três mil e quinhentos e três reais e vinte e quatro centavos)

PROMISSAO, 04/02/2021 Responsável: _____

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

EXTRATO MENSAL

Empr.: 4 ADRIANA SIMONE DE MORAES BAZAN Situação: Trabalhando CPF: 104.023.558-14 PIS: 125.26263.14-1
Cargo: 1 TECNICO DE ENFERMAGEM DE TERAPIA IN Vínculo: Celetista Adm: 20/11/2014 CTPS/Série: 51276/00168
CC: 1 Depto: 2 Filial: 1 Salário: 1.578,78

276	PARCELA DIFERENÇA DISSÍDIO	108,50	108,50 P	998	I.N.S.S.	8,20	169,36 D
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.578,78 P				
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	157,88 P				
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00 P				

ND: 0 Proventos: 2.065,16 Descontos: 169,36 Informativa: 165,21 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.895,80
NF: 0 Base INSS: 2.065,16 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 2.065,16 Valor FGTS: 165,21 Base IRRF: 1.895,80

Empr.: 3025 ALESSANDRA DE MACEDO Situação: Trabalhando CPF: 067.209.378-20 PIS: 190.56543.56-6
Cargo: 8 AUX. ADMINIST. Vínculo: Celetista Adm: 01/04/2020 CTPS/Série: 053622/00370
CC: 1 Depto: 2 Filial: 1 Salário: 2.000,00

8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.000,00 P	998	I.N.S.S.	8,59	207,79 D
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	200,00 P				
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00 P				

ND: 1 Proventos: 2.420,00 Descontos: 207,79 Informativa: 193,60 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 2.212,21
NF: 1 Base INSS: 2.420,00 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 2.420,00 Valor FGTS: 193,60 Base IRRF: 2.022,62

Empr.: 2809 ANA ALICE SILVA PAZIN Situação: Trabalhando CPF: 340.698.778-86 PIS: 207.14325.59-1
Cargo: 4 ENFERMEIRO (A) DE TERAPIA INTENSIVA 2 Vínculo: Celetista Adm: 06/07/2019 CTPS/Série: 011123/00298
CC: 1 Depto: 2 Filial: 1 Salário: 2.755,64

8781	DIAS NORMAIS	16,00	1.469,67 P	937	ADIANTAMENTO DE FERIAS	0,00	1.697,65 D
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	146,97 P	812	INSS FERIAS	10,75	217,68 D
8112	DIFERENCA DE 1/3 DE FERIAS	1,70	1,70 P	821	INSS DIFERENCA FERIAS	0,00	20,66 D
8192	DIFERENCA ADICIONAL FERIAS	5,13	5,13 P	998	I.N.S.S.	8,05	140,17 D
806	MEDIA HORAS FERIAS	6,75	6,75 P	942	IRRF FERIAS	22,50	109,81 D
807	VANTAGENS FERIAS	226,13	226,13 P				
931	1/3 DAS FERIAS	33,33	506,29 P				
8783	DIAS FERIAS	14,00	1.285,97 P				
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	117,33 P				

ND: 0 Proventos: 3.765,94 Descontos: 2.185,97 Informativa: 301,27 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.579,97
NF: 1 Base INSS: 3.765,94 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 3.765,94 Valor FGTS: 301,27 Base IRRF: 1.573,14
FERIAS DE 16/12/2020 - 14/01/2021

Empr.: 3 ANDRE LUIZ DE OLIVEIRA Situação: Trabalhando CPF: 300.731.678-27 PIS: 129.41766.14-8
Cargo: 6 FISIOTERAPEUTA Vínculo: Celetista Adm: 01/11/2011 CTPS/Série: 73016/298
CC: 1 Depto: 2 Filial: 1 Salário: 2.851,39

276	PARCELA DIFERENÇA DISSÍDIO	196,02	196,02 P	998	I.N.S.S.	11,11	570,75 D
8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.851,39 P	999	IMPOSTO DE RENDA	22,50	391,76 D
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	285,14 P				
250	REFLEXO EXTRAS DSR	0,00	307,08 P				
200	HORAS EXTRAS 100%	28,59	1.279,51 P				
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00 P				

ND: 0 Proventos: 5.139,14 Descontos: 962,51 Informativa: 411,13 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 4.176,63
NF: 0 Base INSS: 5.139,14 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 5.139,14 Valor FGTS: 411,13 Base IRRF: 4.568,39

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

EXTRATO MENSAL

Empr.: 5 ANTONIO MARCOS ESTEVES Situação: Trabalhando CPF: 276.091.198-57 PIS: 126.16041.17-2
Cargo: 2 TECNICO DE ENFERMAGEM DE TERAPIA IN Vínculo: Celetista Adm: 15/10/2008 CTPS/Série: 59493/221
CC: 1 Depto: 2 Filial: 1 Salário: 1.810,92

276	PARCELA DIFERENÇA DISSÍDIO	169,11	169,11 P	998	I.N.S.S.	8,69	217,32 D
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.810,92 P	999	IMPOSTO DE RENDA	7,50	14,14 D
93	QUINQUENIO	73,97	73,97 P				
94	ADIC PVDP	44,38	44,38 P				
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	181,09 P				
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00 P				

ND: 1 Proventos: 2.499,47 Descontos: 231,46 Informativa: 199,95 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 2.268,01
NF: 1 Base INSS: 2.499,47 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 2.499,47 Valor FGTS: 199,95 Base IRRF: 2.092,56

Empr.: 2426 APARECIDA CARDOSO DO NASCIMENTO Situação: Trabalhando CPF: 322.696.618-93 PIS: 126.92957.17-4
Cargo: 1 TECNICO DE ENFERMAGEM DE TERAPIA IN Vínculo: Celetista Adm: 08/06/2018 CTPS/Série: 87546/00221
CC: 1 Depto: 2 Filial: 1 Salário: 1.341,36

8781	DIAS NORMAIS	28,00	1.251,94 P	998	I.N.S.S.	8,23	177,65 D
8870	DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTE	2,00	89,42 P				
21	AUXILIO CRECHE	220,34	220,34 P				
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	125,20 P				
264	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	8,94 P				
854	REFLEXO ADIC. NOTURNO DSR	0,00	86,83 P				
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	205,33 P				
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR	20,00	14,67 P				
201	HORAS REDUZIDA	15,36	42,14 P				
205	ADICIONAL NOTURNO 45%	121,32	332,86 P				

ND: 1 Proventos: 2.377,67 Descontos: 177,65 Informativa: 172,58 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 2.200,02
NF: 1 Base INSS: 2.157,33 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 2.157,33 Valor FGTS: 172,58 Base IRRF: 1.790,09
Doença período igual ou inferior a 15 dias: 18/01/2021 a 19/01/2021

Empr.: 38 ARETUZA FERNANDES DE CASTRO RIBEIRC Situação: Trabalhando CPF: 275.748.668-30 PIS: 126.54635.18-1
Cargo: 4 ENFERMEIRO (A) DE TERAPIA INTENSIVA 2 Vínculo: Celetista Adm: 19/02/2016 CTPS/Série: 093257/00154
CC: 1 Depto: 2 Filial: 1 Salário: 2.755,64

276	PARCELA DIFERENÇA DISSÍDIO	95,68	95,68 P	937	ADIANTAMENTO DE FERIAS	0,00	4.186,85 D
8781	DIAS NORMAIS	15,00	1.377,82 P	812	INSS FERIAS	9,13	262,65 D
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	137,78 P	821	INSS DIFERENCA FERIAS	0,00	119,47 D
854	REFLEXO ADIC. NOTURNO DSR	0,00	93,93 P	998	I.N.S.S.	8,36	189,94 D
8392	13 SALARIO ADIANTADO FERIAS	12,00	1.377,82 P	942	IRRF FERIAS	7,50	53,29 D
8396	VANTAGENS 13o ADIANTADO FERIA	0,00	247,78 P				
805	MEDIA VALOR FERIAS	395,14	395,14 P				
806	MEDIA HORAS FERIAS	137,15	137,15 P				
807	VANTAGENS FERIAS	247,78	247,78 P				
931	1/3 DAS FERIAS	33,33	719,30 P				
8783	DIAS FERIAS	15,00	1.377,82 P				
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	110,00 P				
201	HORAS REDUZIDA	7,12	49,05 P				
205	ADICIONAL NOTURNO 45%	59,08	407,01 P				

ND: 0 Proventos: 6.774,06 Descontos: 4.812,20 Informativa: 541,91 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.961,86
NF: 0 Base INSS: 5.148,46 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 6.774,06 Valor FGTS: 541,91 Base IRRF: 1.961,86
FERIAS DE 17/01/2021 - 31/01/2021

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

EXTRATO MENSAL

Empr.: 2339 BEATRIZ SANTOS RAMOS Situação: Trabalhando CPF: 052.195.065-10 PIS: 160.07271.22-7
Cargo: 1 TECNICO DE ENFERMAGEM DE TERAPIA IN Vínculo: Celetista Adm: 22/01/2018 CTPS/Série: 4064571/0030
CC: 1 Depto: 2 Filial: 1 Salário: 1.341,36

8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.341,36 P	998	I.N.S.S.	8,03	136,09 D
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	134,14 P				
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00 P				

ND: 1 Proventos: 1.695,50 Descontos: 136,09 Informativa: 135,64 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.559,41
NF: 1 Base INSS: 1.695,50 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.695,50 Valor FGTS: 135,64 Base IRRF: 1.369,82

Empr.: 10 CLAUDINEIA DA COSTA SILVA Situação: Doença CPF: 078.482.718-46 PIS: 121.51910.66-2
Cargo: 1 TECNICO DE ENFERMAGEM DE TERAPIA IN Vínculo: Celetista Adm: 02/08/2012 CTPS/Série: 29306/00051
CC: 1 Depto: 2 Filial: 1 Salário: 1.578,78

8785	DIAS AFAST.INSS (P/DOENCA)	30,00	1.578,78 P	8801	DESCONTO DIAS AFASTADOS	30,00	1.798,78 D
8013	INSALUB 20% DOENCA	20,00	220,00 P				

ND: 0 Proventos: 1.798,78 Descontos: 1.798,78 Informativa: 0 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 0,00
NF: 0 Base INSS: 0,00 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 0,00 Valor FGTS: 0,00 Base IRRF: 0,00
Novo afast. mesma doença: 14/11/2020 a 11/02/2021

Empr.: 40 CRISTIANA ARANHA Situação: Trabalhando CPF: 217.097.448-20 PIS: 125.49368.01-2
Cargo: 1 TECNICO DE ENFERMAGEM DE TERAPIA IN Vínculo: Celetista Adm: 25/02/2016 CTPS/Série: 76949/00168
CC: 1 Depto: 2 Filial: 1 Salário: 1.408,43

276	PARCELA DIFERENÇA DISSÍDIO	47,47	47,47 P	937	ADIANTAMENTO DE FERIAS	0,00	1.065,04 D
8781	DIAS NORMAIS	14,00	657,27 P	812	INSS FERIAS	8,67	101,93 D
8870	DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTE	1,00	46,95 P	821	INSS DIFERENCA FERIAS	0,00	1,52 D
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	65,73 P	998	I.N.S.S.	7,50	70,45 D
264	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	4,69 P	942	IRRF FERIAS	7,50	9,16 D
8112	DIFERENCA DE 1/3 DE FERIAS	1,84	1,84 P				
8192	DIFERENCA ADICIONAL FERIAS	5,50	5,50 P				
806	MEDIA HORAS FERIAS	2,97	2,97 P				
807	VANTAGENS FERIAS	174,92	174,92 P				
931	1/3 DAS FERIAS	33,33	294,03 P				
8783	DIAS FERIAS	15,00	704,21 P				
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	102,67 P				
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR	20,00	7,33 P				

ND: 0 Proventos: 2.115,58 Descontos: 1.248,10 Informativa: 169,24 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 867,48
NF: 0 Base INSS: 2.115,58 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 2.115,58 Valor FGTS: 169,24 Base IRRF: 860,14
Doença período igual ou inferior a 15 dias: 24/01/2021 a 24/01/2021
FERIAS DE 17/12/2020 - 15/01/2021

Empr.: 16 CRISTIANE PERIN SPINOZA Situação: Outros afastamentos CPF: 219.311.998-84 PIS: 127.81030.14-9
Cargo: 1 TECNICO DE ENFERMAGEM DE TERAPIA IN Vínculo: Celetista Adm: 03/01/2011 CTPS/Série: 90910/00261
CC: 1 Depto: 2 Filial: 1 Salário: 1.690,86

8788	DIAS AFAST S/ VENCTO	30,00	1.690,86 P	8801	DESCONTO DIAS AFASTADOS	30,00	1.910,86 D
990	ESTOURO DO MES	0,00	64,65 P	991	ESTOURO MES ANTERIOR	64,65	64,65 D
8017	INSALUB 20% AFASTAMENTO	20,00	220,00 P				

ND: 1 Proventos: 1.975,51 Descontos: 1.975,51 Informativa: 0 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 0,00
NF: 0 Base INSS: 0,00 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 0,00 Valor FGTS: 0,00 Base IRRF: 0,00
Outros motivos de afastamento: 05/08/2020 a 28/02/2021

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

EXTRATO MENSAL

Empr.: 12 EDUARDA LUCIO GABILO SANDES Situação: Trabalhando CPF: 308.741.158-25 PIS: 127.24728.17-5
Cargo: 1 TECNICO DE ENFERMAGEM DE TERAPIA IN Vínculo: Celetista Adm: 03/01/2011 CTPS/Série: 57578 /00221
CC: 1 Depto: 2 Filial: 1 Salário: 1.690,86

276	PARCELA DIFERENÇA DISSÍDIO	141,72	141,72 P	998	I.N.S.S.	9,21	273,21 D
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.690,86 P	999	IMPOSTO DE RENDA	7,50	59,10 D
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	169,09 P				
854	REFLEXO ADIC. NOTURNO DSR	0,00	130,42 P				
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00 P				
201	HORAS REDUZIDA	16,48	69,66 P				
205	ADICIONAL NOTURNO 45%	128,55	543,40 P				

ND: 0 Proventos: 2.965,15 Descontos: 332,31 Informativa: 237,21 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 2.632,84
NF: 0 Base INSS: 2.965,15 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 2.965,15 Valor FGTS: 237,21 Base IRRF: 2.691,94

Empr.: 3210 EDUARDO LOPES DOS SANTOS Situação: Trabalhando CPF: 439.134.428-98 PIS: 207.85732.26-2
Cargo: 500 TEC. DE FARMACIA Vínculo: Celetista Adm: 11/05/2020 CTPS/Série:
CC: 1 Depto: 2 Filial: 1 Salário: 1.500,00

8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.500,00 P	998	I.N.S.S.	8,12	151,80 D
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	150,00 P				
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00 P				

ND: 0 Proventos: 1.870,00 Descontos: 151,80 Informativa: 149,60 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.718,20
NF: 0 Base INSS: 1.870,00 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.870,00 Valor FGTS: 149,60 Base IRRF: 1.718,20

Empr.: 3898 ELISA DANIELE MARTINS CASTELANELLI Situação: Trabalhando CPF: 369.984.568-08 PIS: 160.13156.35-3
Cargo: 71 TEC. ENFERMAGEM Vínculo: Celetista Contrato Intermitente Adm: 11/12/2020 CTPS/Série: 40036/00324
CC: 1 Depto: 2 Filial: 1 Salário: 6,10

9435	HORAS TRAB INTERMITENTE	154,00	939,40 P	825	INSS 13o SALARIO	7,50	8,56 D
9437	DSR HORISTA INTERMITENTE	0,00	276,29 P	998	I.N.S.S.	7,96	126,21 D
9442	FERIAS PROPORC TRAB INTERMITE	1,00	114,14 P				
9443	1/3 FERIAS PROPORC TRAB INTERM	33,33	38,05 P				
9441	13 SALARIO TRAB INTERMITENTE	1,00	114,14 P				
289	INSALUBRIDADE 20% INTERMITEN	20,00	154,00 P				
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR	20,00	63,87 P				

ND: 0 Proventos: 1.699,89 Descontos: 134,77 Informativa: 135,99 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.565,12
NF: 0 Base INSS: 1.699,89 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.699,89 Valor FGTS: 135,99 Base IRRF: 1.565,12
Doença período igual ou inferior a 15 dias: 18/01/2021 a 26/01/2021

Empr.: 2340 FABIANA XAVIER DOS SANTOS Situação: Trabalhando CPF: 323.854.508-60 PIS: 161.05281.67-7
Cargo: 1 TECNICO DE ENFERMAGEM DE TERAPIA IN Vínculo: Celetista Adm: 22/01/2018 CTPS/Série: 73880/324
CC: 1 Depto: 2 Filial: 1 Salário: 1.341,36

8781	DIAS NORMAIS	2,00	89,42 P	8801	DESCONTO DIAS AFASTADOS	16,00	832,72 D
8785	DIAS AFAST.INSS (P/DOENCA)	16,00	715,39 P	998	I.N.S.S.	7,50	55,31 D
8870	DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTE	12,00	536,55 P				
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	8,94 P				
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	14,67 P				
8013	INSALUB 20% DOENCA	20,00	117,33 P				
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR	20,00	88,00 P				

ND: 0 Proventos: 1.570,30 Descontos: 888,03 Informativa: 59,00 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 682,27
NF: 0 Base INSS: 737,58 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 737,58 Valor FGTS: 59,00 Base IRRF: 682,27
Doença período igual ou inferior a 15 dias: 15/09/2020 a 12/01/2021
Novo afast. mesma doença: 15/01/2021 a 15/03/2021

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

EXTRATO MENSAL

Empr.: 3027 GISLAINE CRISTINA HERREIRA FRESNEDA | Situação: Trabalhando | CPF: 351.009.688-69 | PIS: 128.46103.14-5
Cargo: 1 TECNICO DE ENFERMAGEM DE TERAPIA IN | Vínculo: Celetista | Adm: 11/04/2020 | CTPS/Série: 043872/00261
CC: 1 | Depto: 2 | Filial: 1 | Salário: 1.341,36

8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.341,36 P	998	I.N.S.S.	8,03	136,09 D
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	134,14 P				
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00 P				

ND: 0 Proventos: 1.695,50 Descontos: 136,09 Informativa: 135,64 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.559,41
NF: 0 Base INSS: 1.695,50 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.695,50 Valor FGTS: 135,64 Base IRRF: 1.559,41

Empr.: 3570 GREGORY AGUIAR DE ALMEIDA | Situação: Trabalhando | CPF: 407.996.948-19 | PIS: 207.11639.66-8
Cargo: 71 TEC. ENFERMAGEM | Vínculo: Celetista | Adm: 11/06/2020 | CTPS/Série: 44392/368
CC: 1 | Depto: 2 | Filial: 1 | Salário: 1.341,36

8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.341,36 P	998	I.N.S.S.	8,03	136,09 D
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	134,14 P				
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00 P				

ND: 0 Proventos: 1.695,50 Descontos: 136,09 Informativa: 135,64 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.559,41
NF: 0 Base INSS: 1.695,50 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.695,50 Valor FGTS: 135,64 Base IRRF: 1.559,41

Empr.: 2791 GUILHERME HENRIQUE COSTA SILVA | Situação: Trabalhando | CPF: 482.958.838-10 | PIS: 142.74601.07-9
Cargo: 1 TECNICO DE ENFERMAGEM DE TERAPIA IN | Vínculo: Celetista | Adm: 23/05/2019 | CTPS/Série: 086261/00448
CC: 1 | Depto: 2 | Filial: 1 | Salário: 1.341,36

8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.341,36 P	998	I.N.S.S.	8,03	136,09 D
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	134,14 P				
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00 P				

ND: 0 Proventos: 1.695,50 Descontos: 136,09 Informativa: 135,64 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.559,41
NF: 0 Base INSS: 1.695,50 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.695,50 Valor FGTS: 135,64 Base IRRF: 1.559,41

Empr.: 2858 GUILHERME TAVARES GONÇALVES | Situação: Trabalhando | CPF: 380.361.798-73 | PIS: 162.03939.86-3
Cargo: 1 TECNICO DE ENFERMAGEM DE TERAPIA IN | Vínculo: Celetista | Adm: 11/11/2019 | CTPS/Série: 0010329/00358
CC: 1 | Depto: 2 | Filial: 1 | Salário: 1.341,36

8781	DIAS NORMAIS	15,00	670,68 P	937	ADIANTAMENTO DE FERIAS	0,00	1.915,40 D
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	67,07 P	812	INSS FERIAS	8,49	99,92 D
854	REFLEXO ADIC. NOTURNO DSR	0,00	80,75 P	821	INSS DIFERENCA FERIAS	0,00	14,92 D
8392	13 SALARIO ADIANTADO FERIAS	12,00	670,68 P	998	I.N.S.S.	7,75	102,62 D
8396	VANTAGENS 13o ADIANTADO FERIA	0,00	177,07 P	942	IRRF FERIAS	7,50	9,38 D
806	MEDIA HORAS FERIAS	34,96	34,96 P				
807	VANTAGENS FERIAS	177,07	177,07 P				
931	1/3 DAS FERIAS	33,33	294,24 P				
8783	DIAS FERIAS	15,00	670,68 P				
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	110,00 P				
201	HORAS REDUZIDA	16,48	45,22 P				
205	ADICIONAL NOTURNO 45%	127,53	349,90 P				

ND: 0 Proventos: 3.348,32 Descontos: 2.142,24 Informativa: 267,85 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.206,08
NF: 0 Base INSS: 2.500,57 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 3.348,32 Valor FGTS: 267,85 Base IRRF: 1.206,08
FERIAS DE 17/01/2021 - 15/02/2021

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

EXTRATO MENSAL

Empr.: 2075 IZABEL CRISTINA FERREIRA PALHARINI DE — Situação: Trabalhando — CPF: 145.689.928-77 — PIS: 122.83576.08-5
Cargo: 1 TECNICO DE ENFERMAGEM DE TERAPIA IN — Vínculo: Celetista — Adm: 06/12/2016 — CTPS/Série: 38041/00009
CC: 1 — Depto: 2 — Filial: 1 — Salário: 1.341,36

276	PARCELA DIFERENÇA DISSÍDIO	24,82	24,82 P	8801	DESCONTO DIAS AFASTADOS	7,00	364,31 D
8781	DIAS NORMAIS	23,00	1.028,38 P	998	I.N.S.S.	7,75	102,72 D
8785	DIAS AFAST.INSS (P/DOENCA)	7,00	312,98 P				
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	102,84 P				
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	168,67 P				
8013	INSALUB 20% DOENCA	20,00	51,33 P				

ND: 2 Proventos: 1.689,02 Descontos: 467,03 Informativa: 105,97 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.221,99
NF: 0 Base INSS: 1.324,71 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.324,71 Valor FGTS: 105,97 Base IRRF: 842,81
Doença período superior a 15 dias: 10/10/2020 a 07/01/2021

Empr.: 3799 JORGE LUIZ DE MOURA BARRETO — Situação: Trabalhando — CPF: 395.058.738-16 — PIS: 202.10679.61-6
Cargo: 71 TEC. ENFERMAGEM — Vínculo: Celetista — Adm: 08/10/2020 — CTPS/Série: 97654/00358
CC: 1 — Depto: 2 — Filial: 1 — Salário: 1.341,36

8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.341,36 P	998	I.N.S.S.	8,03	136,09 D
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	134,14 P				
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00 P				

ND: 0 Proventos: 1.695,50 Descontos: 136,09 Informativa: 135,64 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.559,41
NF: 0 Base INSS: 1.695,50 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.695,50 Valor FGTS: 135,64 Base IRRF: 1.559,41

Empr.: 13 KARINA ZIMIANI DONALONSO — Situação: Trabalhando — CPF: 245.841.608-05 — PIS: 128.81383.15-9
Cargo: 6 FISIOTERAPEUTA — Vínculo: Celetista — Adm: 18/09/2006 — CTPS/Série: 57957 /221
CC: 1 — Depto: 2 — Filial: 1 — Salário: 3.053,84

276	PARCELA DIFERENÇA DISSÍDIO	222,72	222,72 P	937	ADIANTAMENTO DE FERIAS	0,00	4.434,38 D
8781	DIAS NORMAIS	16,00	1.628,71 P	812	INSS FERIAS	10,72	350,92 D
93	QUINQUENIO	124,74	66,53 P	998	I.N.S.S.	10,69	479,77 D
94	ADIC PVDP	65,43	34,90 P	942	IRRF FERIAS	27,50	373,97 D
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	162,87 P	999	IMPOSTO DE RENDA	22,50	241,06 D
250	REFLEXO EXTRAS DSR	0,00	455,58 P				
200	HORAS EXTRAS 100%	29,46	1.480,62 P				
8392	13 SALARIO ADIANTADO FERIAS	12,00	1.526,92 P				
8396	VANTAGENS 13o ADIANTADO FERIA	0,00	357,78 P				
805	MEDIA VALOR FERIAS	256,67	256,67 P				
806	MEDIA HORAS FERIAS	440,21	440,21 P				
807	VANTAGENS FERIAS	333,92	333,92 P				
931	1/3 DAS FERIAS	33,33	818,64 P				
8783	DIAS FERIAS	14,00	1.425,13 P				
836	INSS DIF FER DESC A MAIOR	0,00	78,72 P				
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	117,33 P				
27	ADICIONAL DE COORDENAÇÃO	600,00	320,00 P				

ND: 1 Proventos: 9.727,25 Descontos: 5.880,10 Informativa: 771,87 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 3.847,15
NF: 1 Base INSS: 6.433,57 Excedente INSS: 1.330,26 Base FGTS: 9.648,53 Valor FGTS: 771,87 Base IRRF: 3.898,62
FERIAS DE 18/01/2021 - 16/02/2021

Empr.: 2354 LARISSA DE SOUZA RODRIGUES — Situação: Licença maternidade — CPF: 418.674.978-75 — PIS: 207.85730.42-1
Cargo: 1 TECNICO DE ENFERMAGEM DE TERAPIA IN — Vínculo: Celetista — Adm: 10/02/2018 — CTPS/Série: 73769/00324
CC: 1 — Depto: 2 — Filial: 1 — Salário: 1.341,36

8784	SALARIO MATERNIDADE DIAS	30,00	1.341,36 P	998	I.N.S.S.	7,96	126,00 D
894	MEDIA LIC. MATERNIDADE	0,00	22,04 P				
8011	INSALUB 20% LIC.MATERN	20,00	220,00 P				

ND: 1 Proventos: 1.583,40 Descontos: 126,00 Informativa: 126,67 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.457,40
NF: 1 Base INSS: 1.583,40 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.583,40 Valor FGTS: 126,67 Base IRRF: 1.267,81
Licença maternidade: 21/11/2020 a 20/03/2021

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

EXTRATO MENSAL

Empr.: 2760 LEANDRO BEZERRA DA SILVA Situação: Trabalhando CPF: 299.351.608-66 PIS: 126.58431.93-9
Cargo: 1 TECNICO DE ENFERMAGEM DE TERAPIA IN Vínculo: Celetista Adm: 12/04/2019 CTPS/Série: 63150/022
CC: 1 Depto: 2 Filial: 1 Salário: 1.341,36

8781	DIAS NORMAIS	15,00	670,68 P	937	ADIANTAMENTO DE FERIAS	0,00	1.021,77 D
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	67,07 P	812	INSS FERIAS	8,51	95,58 D
8112	DIFERENCA DE 1/3 DE FERIAS	1,84	1,84 P	821	INSS DIFERENCA FERIAS	0,00	1,81 D
8192	DIFERENCA ADICIONAL FERIAS	5,50	5,50 P	998	I.N.S.S.	7,50	64,13 D
807	VANTAGENS FERIAS	171,57	171,57 P	942	IRRF FERIAS	7,50	5,65 D
931	1/3 DAS FERIAS	33,33	280,75 P				
8783	DIAS FERIAS	15,00	670,68 P				
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	110,00 P				

ND: 0 Proventos: 1.978,09 Descontos: 1.188,94 Informativa: 158,24 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 789,15
NF: 0 Base INSS: 1.978,09 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.978,09 Valor FGTS: 158,24 Base IRRF: 781,81
FERIAS DE 17/12/2020 - 15/01/2021

Empr.: 1868 LIDIANE MERCE DA SILVA LEAL Situação: Trabalhando CPF: 324.444.418-00 PIS: 136.46361.97-1
Cargo: 6 FISIOTERAPEUTA Vínculo: Celetista Adm: 01/04/2016 CTPS/Série: 73936/358
CC: 1 Depto: 2 Filial: 1 Salário: 2.523,54

276	PARCELA DIFERENÇA DISSÍDIO	100,14	100,14 P	937	ADIANTAMENTO DE FERIAS	0,00	2.058,96 D
8781	DIAS NORMAIS	16,00	1.345,89 P	812	INSS FERIAS	11,44	294,81 D
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	134,59 P	821	INSS DIFERENCA FERIAS	0,00	18,84 D
8112	DIFERENCA DE 1/3 DE FERIAS	2,17	2,17 P	998	I.N.S.S.	8,03	137,09 D
8189	DIFERENCA MEDIA HORA FERIAS	1,41	1,41 P	942	IRRF FERIAS	27,50	221,44 D
8192	DIFERENCA ADICIONAL FERIAS	5,13	5,13 P				
806	MEDIA HORAS FERIAS	538,45	538,45 P				
807	VANTAGENS FERIAS	215,30	215,30 P				
931	1/3 DAS FERIAS	33,33	643,81 P				
8783	DIAS FERIAS	14,00	1.177,65 P				
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	117,33 P				

ND: 0 Proventos: 4.281,87 Descontos: 2.731,14 Informativa: 342,54 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.550,73
NF: 0 Base INSS: 4.281,87 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 4.281,87 Valor FGTS: 342,54 Base IRRF: 1.542,02
FERIAS DE 16/12/2020 - 14/01/2021

Empr.: 14 LILIAN CARLA FERNANDES Situação: Trabalhando CPF: 365.098.118-12 PIS: 163.99947.32-5
Cargo: 1 TECNICO DE ENFERMAGEM DE TERAPIA IN Vínculo: Celetista Adm: 20/06/2011 CTPS/Série: 72656 /298
CC: 1 Depto: 2 Filial: 1 Salário: 1.690,86

276	PARCELA DIFERENÇA DISSÍDIO	178,76	178,76 P	998	I.N.S.S.	9,19	270,00 D
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.690,86 P	999	IMPOSTO DE RENDA	7,50	28,89 D
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	169,09 P				
854	REFLEXO ADIC. NOTURNO DSR	0,00	118,07 P				
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00 P				
201	HORAS REDUZIDA	16,48	69,66 P				
205	ADICIONAL NOTURNO 45%	116,38	491,96 P				

ND: 2 Proventos: 2.938,40 Descontos: 298,89 Informativa: 235,07 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 2.639,51
NF: 1 Base INSS: 2.938,40 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 2.938,40 Valor FGTS: 235,07 Base IRRF: 2.289,22

Empr.: 3645 LUCAS MOREIRA Situação: Trabalhando CPF: 429.971.978-64 PIS: 190.53085.42-7
Cargo: 71 TEC. ENFERMAGEM Vínculo: Celetista Adm: 16/07/2020 CTPS/Série: 97490/469
CC: 2 Depto: 2 Filial: 1 Salário: 1.341,36

8781	DIAS NORMAIS	21,00	938,95 P	998	I.N.S.S.	8,00	132,47 D
8870	DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTE	9,00	402,41 P				
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	93,90 P				
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	154,00 P				
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR	20,00	66,00 P				

ND: 0 Proventos: 1.655,26 Descontos: 132,47 Informativa: 132,42 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.522,79
NF: 0 Base INSS: 1.655,26 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.655,26 Valor FGTS: 132,42 Base IRRF: 1.522,79
Doença período igual ou inferior a 15 dias: 13/01/2021 a 21/01/2021

Convênio nº 0090/2021
Fonte de Recurso Estadual
Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

EXTRATO MENSAL

Empr.: 3747 LUIZ GUSTAVO DE AZEVEDO Situação: Trabalhando CPF: 393.654.448-45 PIS: 204.89227.11-7
Cargo: 71 TEC. ENFERMAGEM Vínculo: Celetista Contrato Intermitente Adm: 20/09/2020 CTPS/Série: 12455 /358
CC: 1 Depto: 2 Filial: 1 Salário: 6,10

9435	HORAS TRAB INTERMITENTE	143,00	872,30 P	825	INSS 13o SALARIO	7,50	9,83 D
9437	DSR HORISTA INTERMITENTE	0,00	209,35 P	998	I.N.S.S.	8,09	147,56 D
854	REFLEXO ADIC. NOTURNO DSR	0,00	73,79 P				
9442	FERIAS PROPORC TRAB INTERMITE	1,00	131,19 P				
9443	1/3 FERIAS PROPORC TRAB INTERM	33,33	43,73 P				
9441	13 SALARIO TRAB INTERMITENTE	1,00	131,19 P				
289	INSALUBRIDADE 20% INTERMITEN	20,00	143,00 P				
201	HORAS REDUZIDA	15,36	42,16 P				
205	ADICIONAL NOTURNO 45%	112,01	307,47 P				

ND:	0	Proventos:	1.954,18	Descontos:	157,39	Informativa:	156,32	Informativa Dedutora:	0	Líquido: 1.796,79
NF:	0	Base INSS:	1.954,18	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.954,18	Valor FGTS:	156,32	Base IRRF: 1.796,79

Empr.: 18 LUZIA DE ALMEIDA PEREIRA Situação: Trabalhando CPF: 215.502.518-13 PIS: 129.25762.18-4
Cargo: 2 TECNICO DE ENFERMAGEM DE TERAPIA IN Vínculo: Celetista Adm: 13/10/2008 CTPS/Série: 77071 /00168
CC: 1 Depto: 2 Filial: 1 Salário: 1.810,92

276	PARCELA DIFERENÇA DISSÍDIO	119,59	119,59 P	998	I.N.S.S.	8,63	211,38 D
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.810,92 P	999	IMPOSTO DE RENDA	7,50	10,87 D
93	QUINQUENIO	73,97	73,97 P				
94	ADIC PVDP	44,38	44,38 P				
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	181,09 P				
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00 P				

ND:	1	Proventos:	2.449,95	Descontos:	222,25	Informativa:	195,99	Informativa Dedutora:	0	Líquido: 2.227,70
NF:	0	Base INSS:	2.449,95	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	2.449,95	Valor FGTS:	195,99	Base IRRF: 2.048,98

Empr.: 2081 MARCIA APARECIDA MORILHAS RIBEIRO Situação: Trabalhando CPF: 307.283.138-63 PIS: 127.27417.15-4
Cargo: 4 ENFERMEIRO (A) DE TERAPIA INTENSIVA 2 Vínculo: Celetista Adm: 06/12/2016 CTPS/Série: 012952/00269
CC: 1 Depto: 2 Filial: 1 Salário: 2.720,39

276	PARCELA DIFERENÇA DISSÍDIO	24,82	24,82 P	998	I.N.S.S.	10,45	438,61 D
8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.720,39 P	999	IMPOSTO DE RENDA	15,00	180,26 D
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	272,04 P				
854	REFLEXO ADIC. NOTURNO DSR	0,00	168,88 P				
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00 P				
201	HORAS REDUZIDA	15,36	85,47 P				
205	ADICIONAL NOTURNO 45%	126,46	703,68 P				

ND:	1	Proventos:	4.195,28	Descontos:	618,87	Informativa:	335,62	Informativa Dedutora:	0	Líquido: 3.576,41
NF:	1	Base INSS:	4.195,28	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	4.195,28	Valor FGTS:	335,62	Base IRRF: 3.567,08

Empr.: 24 MARCIA MARIA BARBOSA DE CANDIO Situação: Trabalhando CPF: 145.688.698-38 PIS: 180.78748.63-4
Cargo: 1 TECNICO DE ENFERMAGEM DE TERAPIA IN Vínculo: Celetista Adm: 01/06/2012 CTPS/Série: 11419/00358
CC: 1 Depto: 2 Filial: 1 Salário: 1.578,78

276	PARCELA DIFERENÇA DISSÍDIO	69,31	69,31 P	937	ADIANTAMENTO DE FERIAS	0,00	3.784,36 D
8781	DIAS NORMAIS	13,00	684,14 P	812	INSS FERIAS	8,83	130,53 D
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	68,41 P	821	INSS DIFERENCA FERIAS	0,00	5,54 D
8392	13 SALARIO ADIANTADO FERIAS	12,00	789,39 P	998	I.N.S.S.	7,50	68,78 D
8396	VANTAGENS 13o ADIANTADO FERIA	0,00	188,94 P	942	IRRF FERIAS	7,50	20,16 D
807	VANTAGENS FERIAS	214,13	214,13 P				
931	1/3 DAS FERIAS	33,33	369,59 P				
8783	DIAS FERIAS	17,00	894,64 P				
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	95,33 P				
34	FERIAS EM DOBRO	0,57	1.108,77 P				
840	1/3 FERIAS EM DOBRO	0,00	369,59 P				

ND:	0	Proventos:	4.852,24	Descontos:	4.009,37	Informativa:	269,90	Informativa Dedutora:	0,01	Líquido: 842,87
NF:	0	Base INSS:	2.395,55	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	3.373,88	Valor FGTS:	269,89	Base IRRF: 842,87

FERIAS DE 15/01/2021 - 13/02/2021

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 000196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

EXTRATO MENSAL

Empr.: 41 MARIA ANGELICA PRADO LAMONATO SANT Situação: Trabalhando CPF: 345.644.938-09 PIS: 164.47914.92-4
Cargo: 1 TECNICO DE ENFERMAGEM DE TERAPIA IN Vínculo: Celetista Adm: 02/03/2016 CTPS/Série: 12462/00298
CC: 1 Depto: 2 Filial: 1 Salário: 1.408,43

276	PARCELA DIFERENÇA DISSÍDIO	56,55	56,55 P	998	I.N.S.S.	8,34	188,42 D
8781	DIAS NORMAIS	25,00	1.173,69 P				
8870	DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTE	5,00	234,74 P				
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	117,37 P				
264	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	23,47 P				
854	REFLEXO ADIC. NOTURNO DSR	0,00	75,10 P				
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	183,33 P				
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR	20,00	36,67 P				
201	HORAS REDUZIDA	12,00	42,25 P				
205	ADICIONAL NOTURNO 45%	89,58	315,42 P				

ND: 1 Proventos: 2.258,59 Descontos: 188,42 Informativa: 180,68 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 2.070,17
NF: 1 Base INSS: 2.258,59 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 2.258,59 Valor FGTS: 180,68 Base IRRF: 1.880,58
Doença período igual ou inferior a 15 dias: 06/01/2021 a 10/01/2021

Empr.: 3536 MARIA LAURA MARTINS Situação: Trabalhando CPF: 405.914.448-79 PIS: 207.78769.18-0
Cargo: 56 ENFERMEIRO (A) Vínculo: Celetista Adm: 22/05/2020 CTPS/Série: 71261/315
CC: 1 Depto: 2 Filial: 1 Salário: 2.648,29

8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.648,29 P	998	I.N.S.S.	10,45	438,53 D
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	264,83 P	999	IMPOSTO DE RENDA	22,50	209,01 D
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00 P				
27	ADICIONAL DE COORDENAÇÃO	1.061,58	1.061,58 P				

ND: 0 Proventos: 4.194,70 Descontos: 647,54 Informativa: 335,57 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 3.547,16
NF: 0 Base INSS: 4.194,70 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 4.194,70 Valor FGTS: 335,57 Base IRRF: 3.756,17

Empr.: 2342 MICHELLE GOUVEIA GONÇALVES Situação: Trabalhando CPF: 309.171.838-78 PIS: 126.47271.16-1
Cargo: 1 TECNICO DE ENFERMAGEM DE TERAPIA IN Vínculo: Celetista Adm: 22/01/2018 CTPS/Série: 86510/00221
CC: 1 Depto: 2 Filial: 1 Salário: 1.341,36

8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.341,36 P	998	I.N.S.S.	8,03	136,09 D
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	134,14 P				
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00 P				

ND: 1 Proventos: 1.695,50 Descontos: 136,09 Informativa: 135,64 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.559,41
NF: 0 Base INSS: 1.695,50 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.695,50 Valor FGTS: 135,64 Base IRRF: 1.369,82

Empr.: 3820 NATALICE OVERTA NOVELLI BONFIM Situação: Trabalhando CPF: 029.450.008-14 PIS: 267.03991.72-1
Cargo: 71 TEC. ENFERMAGEM Vínculo: Celetista Contrato Intermitente Adm: 01/11/2020 CTPS/Série: 084299/00437
CC: 1 Depto: 2 Filial: 1 Salário: 6,10

9435	HORAS TRAB INTERMITENTE	143,00	872,30 P	825	INSS 13o SALARIO	7,50	9,03 D
9437	DSR HORISTA INTERMITENTE	0,00	209,35 P	998	I.N.S.S.	8,02	134,93 D
854	REFLEXO ADIC. NOTURNO DSR	0,00	77,08 P				
9442	FERIAS PROPORC TRAB INTERMITE	1,00	120,42 P				
9443	1/3 FERIAS PROPORC TRAB INTERM	33,33	40,14 P				
9441	13 SALARIO TRAB INTERMITENTE	1,00	120,42 P				
201	HORAS REDUZIDA	15,36	42,16 P				
205	ADICIONAL NOTURNO 45%	117,00	321,17 P				

ND: 0 Proventos: 1.803,04 Descontos: 143,96 Informativa: 144,23 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.659,08
NF: 0 Base INSS: 1.803,04 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.803,04 Valor FGTS: 144,23 Base IRRF: 1.659,08

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

EXTRATO MENSAL

Empr.: 2453 ODAIR CAMPOS PEDRO Situação: Trabalhando CPF: 216.869.928-31 PIS: 127.44525.15-6
Cargo: 1 TECNICO DE ENFERMAGEM DE TERAPIA IN Vínculo: Celetista Adm: 21/08/2018 CTPS/Série: 033764/240
CC: 1 Depto: 2 Filial: 1 Salário: 1.341,36

8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.341,36 P	998	I.N.S.S.	8,22	173,63 D
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	134,14 P				
854	REFLEXO ADIC. NOTURNO DSR	0,00	71,99 P				
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00 P				
201	HORAS REDUZIDA	16,48	45,22 P				
205	ADICIONAL NOTURNO 45%	109,32	299,94 P				

ND: 0 Proventos: 2.112,65 Descontos: 173,63 Informativa: 169,01 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.939,02
NF: 1 Base INSS: 2.112,65 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 2.112,65 Valor FGTS: 169,01 Base IRRF: 1.939,02

Empr.: 3833 PRISCILLA CHRISTINA COSTA DINALLI Situação: Trabalhando CPF: 361.830.508-73 PIS: 129.53968.15-8
Cargo: 56 ENFERMEIRO (A) Vínculo: Celetista Contrato Intermitente Adm: 01/11/2020 CTPS/Série: 013357/00298
CC: 1 Depto: 2 Filial: 1 Salário: 12,04

9435	HORAS TRAB INTERMITENTE	44,00	529,76 P	825	INSS 13o SALARIO	7,50	4,10 D
9437	DSR HORISTA INTERMITENTE	0,00	127,14 P	998	I.N.S.S.	7,50	54,74 D
9442	FERIAS PROPORC TRAB INTERMITE	1,00	54,74 P				
9443	1/3 FERIAS PROPORC TRAB INTERM	33,33	18,25 P				
9441	13 SALARIO TRAB INTERMITENTE	1,00	54,74 P				

ND: 0 Proventos: 784,63 Descontos: 58,84 Informativa: 62,76 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 725,79
NF: 0 Base INSS: 784,63 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 784,63 Valor FGTS: 62,76 Base IRRF: 725,79

Empr.: 2343 RENATA FERNANDES CARLIM Situação: Trabalhando CPF: 294.359.668-02 PIS: 166.94020.84-9
Cargo: 1 TECNICO DE ENFERMAGEM DE TERAPIA IN Vínculo: Celetista Adm: 22/01/2018 CTPS/Série: 062437/00213
CC: 1 Depto: 2 Filial: 1 Salário: 1.341,36

8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.341,36 P	998	I.N.S.S.	8,03	136,09 D
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	134,14 P				
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00 P				

ND: 2 Proventos: 1.695,50 Descontos: 136,09 Informativa: 135,64 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.559,41
NF: 1 Base INSS: 1.695,50 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.695,50 Valor FGTS: 135,64 Base IRRF: 1.180,23

Empr.: 26 RENATA FERREIRA Situação: Trabalhando CPF: 147.484.228-31 PIS: 123.91814.49-8
Cargo: 1 TECNICO DE ENFERMAGEM DE TERAPIA IN Vínculo: Celetista Adm: 01/10/2010 CTPS/Série: 98109 /0051
CC: 1 Depto: 2 Filial: 1 Salário: 1.690,86

276	PARCELA DIFERENÇA DISSÍDIO	171,71	171,71 P	998	I.N.S.S.	9,15	265,82 D
8781	DIAS NORMAIS	25,00	1.409,05 P	999	IMPOSTO DE RENDA	7,50	40,82 D
8870	DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTE	5,00	281,81 P				
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	140,91 P				
264	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	28,18 P				
854	REFLEXO ADIC. NOTURNO DSR	0,00	113,80 P				
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	183,33 P				
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR	20,00	36,67 P				
201	HORAS REDUZIDA	14,24	60,19 P				
205	ADICIONAL NOTURNO 45%	113,07	477,96 P				

ND: 1 Proventos: 2.903,61 Descontos: 306,64 Informativa: 232,28 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 2.596,97
NF: 0 Base INSS: 2.903,61 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 2.903,61 Valor FGTS: 232,28 Base IRRF: 2.448,20
Doença período igual ou inferior a 15 dias: 27/01/2021 a 03/02/2021

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

EXTRATO MENSAL

Empr.: 2975 ROGERIO TEOFILO DE ABREU PEREIRA Situação: Trabalhando CPF: 337.884.598-83 PIS: 127.50172.16-2
Cargo: 1 TECNICO DE ENFERMAGEM DE TERAPIA IN Vínculo: Celetista Adm: 19/12/2019 CTPS/Série: 022664/00269
CC: 1 Depto: 2 Filial: 1 Salário: 1.341,36

8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.341,36 P	998	I.N.S.S.	8,23	176,09 D
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	134,14 P				
854	REFLEXO ADIC. NOTURNO DSR	0,00	77,87 P				
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00 P				
201	HORAS REDUZIDA	15,36	42,14 P				
205	ADICIONAL NOTURNO 45%	118,25	324,44 P				

ND: 0 Proventos: 2.139,95 Descontos: 176,09 Informativa: 171,19 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.963,86
NF: 0 Base INSS: 2.139,95 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 2.139,95 Valor FGTS: 171,19 Base IRRF: 1.963,86

Empr.: 2160 ROGERIO VICTOR ROSADO Situação: Trabalhando CPF: 402.114.408-09 PIS: 207.78769.96-2
Cargo: 60 FARMACEUTICO (A) Vínculo: Celetista Adm: 04/10/2017 CTPS/Série: 73957/00358
CC: 1 Depto: 2 Filial: 1 Salário: 2.548,41

8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.548,41 P	998	I.N.S.S.	10,06	379,53 D
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	254,84 P	999	IMPOSTO DE RENDA	15,00	154,26 D
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00 P				
274	ADICIONAL RT	750,00	750,00 P				
242	REEMBOLSO DESP PAGO	503,41	503,41 P				

ND: 0 Proventos: 4.276,66 Descontos: 533,79 Informativa: 301,86 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 3.742,87
NF: 0 Base INSS: 3.773,25 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 3.773,25 Valor FGTS: 301,86 Base IRRF: 3.393,72

Empr.: 30 SANDRA REGINA CORREIA BALBINO Situação: Trabalhando CPF: 255.373.548-02 PIS: 125.57824.18-8
Cargo: 3 ENFERMEIRO (A) DE TERAPIA INTENSIVA Vínculo: Celetista Adm: 03/11/2014 CTPS/Série: 99870/00232
CC: 1 Depto: 2 Filial: 1 Salário: 2.886,86

276	PARCELA DIFERENÇA DISSÍDIO	224,83	224,83 P	998	I.N.S.S.	10,89	520,91 D
8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.886,86 P	999	IMPOSTO DE RENDA	22,50	280,21 D
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	288,69 P				
854	REFLEXO ADIC. NOTURNO DSR	0,00	203,59 P				
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00 P				
201	HORAS REDUZIDA	15,36	110,86 P				
205	ADICIONAL NOTURNO 45%	117,54	848,30 P				

ND: 1 Proventos: 4.783,13 Descontos: 801,12 Informativa: 382,65 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 3.982,01
NF: 1 Base INSS: 4.783,13 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 4.783,13 Valor FGTS: 382,65 Base IRRF: 4.072,63

Empr.: 31 SHAWANA DE SOUZA Situação: Trabalhando CPF: 358.536.168-46 PIS: 190.34161.40-7
Cargo: 3 ENFERMEIRO (A) DE TERAPIA INTENSIVA Vínculo: Celetista Adm: 07/07/2014 CTPS/Série: 70964 /324
CC: 1 Depto: 2 Filial: 1 Salário: 2.886,86

276	PARCELA DIFERENÇA DISSÍDIO	157,28	157,28 P	998	I.N.S.S.	10,87	517,16 D
8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.886,86 P	999	IMPOSTO DE RENDA	22,50	317,68 D
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	288,69 P				
854	REFLEXO ADIC. NOTURNO DSR	0,00	211,47 P				
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00 P				
201	HORAS REDUZIDA	15,36	110,86 P				
205	ADICIONAL NOTURNO 45%	122,09	881,14 P				

ND: 0 Proventos: 4.756,30 Descontos: 834,84 Informativa: 380,50 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 3.921,46
NF: 0 Base INSS: 4.756,30 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 4.756,30 Valor FGTS: 380,50 Base IRRF: 4.239,14

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

EXTRATO MENSAL

Contr:	10003 MARIA ELIANE SCHIMIDTT	Situação: Trabalhando		CPF: 204.071.638-67		PIS:	126.09605.15-5
Cargo:	490 AUTONOMO	Vínculo: Autônomo		Adm: 01/03/2016		CTPS/Série:	
CC:	2	Depto: 2		Filial: 1		Salário:	1,00

204	VALOR AUTONOMO	1,00	1,00	P

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

Totais por Centro de Custos	Proventos	Descontos	Liquido
1 ENFERMAGEM UTI	119.916,41	37.935,96	81.980,45
2 AUTONOMOS UTI	1.656,26	132,47	1.523,79
Total:	121.572,67	38.068,43	83.504,24

Total Geral Proventos:	121.572,67	Total Geral Descontos:	38.068,43
		Líquido Geral:	83.504,24

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

EXTRATO MENSAL

Resumo por Rubrica

16 INSALUBRIDADE 20%	720,00	6.629,32 P	812 INSS FERIAS	76,54	1.554,02 D
21 AUXILIO CRECHE	220,34	220,34 P	821 INSS DIFERENCA FERIAS	0,00	182,76 D
27 ADICIONAL DE COORDENAÇÃO	1.661,58	1.381,58 P	825 INSS 13o SALARIO	30,00	31,52 D
34 FERIAS EM DOBRO	0,57	1.108,77 P	937 ADIANTAMENTO DE FERIAS	0,00	20.164,41 D
93 QUINQUENIO	272,68	214,47 P	942 IRRF FERIAS	115,00	802,86 D
94 ADIC PVDP	154,19	123,66 P	991 ESTOURO MES ANTERIOR	64,65	64,65 D
200 HORAS EXTRAS 100%	58,05	2.760,13 P	998 I.N.S.S.	351,00	8.433,48 D
201 HORAS REDUZIDA	206,80	857,04 P	999 IMPOSTO DE RENDA	180,00	1.928,06 D
203 ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	360,00	5.509,38 P	8801 DESCONTO DIAS AFASTADOS	83,00	4.906,67 D
204 VALOR AUTONOMO	1,00	1,00 P			
205 ADICIONAL NOTURNO 45%	1.578,18	6.604,65 P			
242 REEMBOLSO DESP PAGO	503,41	503,41 P			
250 REFLEXO EXTRAS DSR	0,00	762,66 P			
264 ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	40,00	65,28 P			
274 ADICIONAL RT	750,00	750,00 P			
276 PARCELA DIFERENÇA DISSÍDIO	2.109,03	2.109,03 P			
289 INSALUBRIDADE 20% INTERMITEN	40,00	297,00 P			
805 MEDIA VALOR FERIAS	651,81	651,81 P			
806 MEDIA HORAS FERIAS	1.160,49	1.160,49 P			
807 VANTAGENS FERIAS	1.760,82	1.760,82 P			
836 INSS DIF FER DESC A MAIOR	0,00	78,72 P			
840 1/3 FERIAS EM DOBRO	0,00	369,59 P			
854 REFLEXO ADIC. NOTURNO DSR	0,00	1.583,57 P			
894 MEDIA LIC. MATERNIDADE	0,00	22,04 P			
931 1/3 DAS FERIAS	266,64	3.926,65 P			
990 ESTOURO DO MES	0,00	64,65 P			
8011 INSALUB 20% LIC.MATERN	20,00	220,00 P			
8013 INSALUB 20% DOENCA	60,00	388,66 P			
8017 INSALUB 20% AFASTAMENTO	20,00	220,00 P			
8112 DIFERENCA DE 1/3 DE FERIAS	7,55	7,55 P			
8189 DIFERENCA MEDIA HORA FERIAS	1,41	1,41 P			
8192 DIFERENCA ADICIONAL FERIAS	21,26	21,26 P			
8392 13 SALARIO ADIANTADO FERIAS	48,00	4.364,81 P			
8396 VANTAGENS 13o ADIANTADO FERIA	0,00	971,57 P			
8781 DIAS NORMAIS	904,00	55.093,07 P			
8783 DIAS FERIAS	119,00	8.206,78 P			
8784 SALARIO MATERNIDADE DIAS	30,00	1.341,36 P			
8785 DIAS AFAST.INSS (P/DOENCA)	53,00	2.607,15 P			
8788 DIAS AFAST S/ VENCTO	30,00	1.690,86 P			
8870 DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTE	34,00	1.591,88 P			
9230 INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR	140,00	313,21 P			
9435 HORAS TRAB INTERMITENTE	484,00	3.213,76 P			
9437 DSR HORISTA INTERMITENTE	0,00	822,13 P			
9441 13 SALARIO TRAB INTERMITENTE	4,00	420,49 P			
9442 FERIAS PROPORC TRAB INTERMITE	4,00	420,49 P			
9443 1/3 FERIAS PROPORC TRAB INTERM	133,32	140,17 P			

Líquido Geral: 83.504,24

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

EXTRATO MENSAL

Situações

Número de empregados:	43	Salário contribuição empregados:	107.652,88	Base IRRF Mensal:	80.876,74
Numero de estagiários:	0	Salário contribuição contribuintes:	0,00	Valor IRRF Mensal:	1.928,06
Trabalhando:	34	Excedente:	1.331,26	Base IRRF Férias:	14.094,27
Afastado direitos integrais:	0	Base total:	108.984,14	Valor IRRF Férias:	802,86
Afastado acidente de trabalho:	0	Segurados:	10.123,06	Base IRRF Partic. Lucros:	0,00
Afastado serviço militar:	0	Empresa:	0,00	Valor IRRF Partic. Lucros:	0,00
Salário maternidade:	1	RAT:	0,00	Base IRRF Exterior:	0,00
Salário maternidade INSS:	0	Contribuintes:	0,00	Valor IRRF Exterior:	0,00
Doença:	3	Sub-Total:	10.123,06	Base IRRF 13º Salário:	388,97
Doença Profissional:	0	Retenções:	0,00	Valor IRRF 13º Salário:	0,00
Licença sem vencimento:	0	(-) Salário família/maternidade:	1.583,40	Valor Total do IRRF:	2.730,92
Demitido:	0	Compensações:	0,00	IRRF Aluguéis:	0,00
Transferido:	0	Valores pagos a Cooperativas:	0,00	IRRF contribuintes:	0,00
Férias:	4	Outras Compensações:	0,00	Base do FGTS:	114.319,52
Mandato sindical:	0	Total:	8.539,66	Valor do FGTS:	9.145,35
Aposentadoria:	0	Terceiros:	0,00	Base do FGTS Aprendiz:	0,00
Partic. curso/programa de qualificação:	0	Total INSS:	8.539,66	Valor do FGTS Aprendiz:	0,00
Ausência justificada:	0			Base FGTS - GRRF:	0,00
Outros motivos de afastamento:	1			FGTS - GRRF:	0,00
Admissões:	0			Base FGTS mes ant. - GRRF:	0,00
Número de contribuintes:	1			FGTS mes ant. - GRRF:	0,00
				Base PIS:	0,00
				Valor PIS:	0,00
				Base ISS:	0,00
				Valor ISS:	0,00
				Líquido Geral:	83.504,24

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

EMPRESA

Aviso de lançamento

G3321911228244661
19/03/2021 11:27:39

Agência 148-1
Conta corrente 38500-X ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

Data 04/02/2021 Valor R$ 1.895,80 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 259, lançado a débito* em sua conta corrente 38500-X, agência 148-1, na data acima.

Pagamento efetuado a ADRIANA SIMONE DE MORAES, na conta 113.459, agência 0148 do banco 001.

(Um mil e oitocentos e noventa e cinco reais e oitenta centavos)

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

Documento emitido por: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO em 19/03/2021 11:27:39

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36 CC: ENFERMAGEM UTI Folha Mensal
Mensalista Janeiro de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
4	ADRIANA SIMONE DE MORAES BAZAN	322210	2	1
	TECNICO DE ENFERMAGEM DE TERAPIA INTEN:	Admissão:	20/11/2014	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
276	PARCELA DIFERENÇA DISSÍDIO	108,50	108,50	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.578,78	
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	157,88	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00	
998	I.N.S.S.	8,20		169,36

Total de Vencimentos	Total de Descontos
2.065,16	169,36
Valor Liquido ⇨	1.895,80

Banco do Brasil 1
conta corrente: 13459-7 Agência: 6597 - 8

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.578,78	2.065,16	2.065,16	165,21	1.895,80	0,00

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

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36 CC: ENFERMAGEM UTI Folha Mensal
Mensalista Janeiro de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
4	ADRIANA SIMONE DE MORAES BAZAN	322210	2	1
	TECNICO DE ENFERMAGEM DE TERAPIA INTEN:	Admissão:	20/11/2014	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
276	PARCELA DIFERENÇA DISSÍDIO	108,50	108,50	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.578,78	
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	157,88	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00	
998	I.N.S.S.	8,20		169,36

Total de Vencimentos	Total de Descontos
2.065,16	169,36
Valor Liquido ⇨	1.895,80

Banco do Brasil 1
conta corrente: 13459-7 Agência: 6597 - 8

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.578,78	2.065,16	2.065,16	165,21	1.895,80	0,00

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

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

EMPRESA

Aviso de lançamento

G3321911228244661
19/03/2021 11:27:39

Agência 148-1
Conta corrente 38500-X ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

Data 04/02/2021 Valor R$ 1.579,97 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 259, lançado a débito* em sua conta corrente 38500-X, agência 148-1, na data acima.

Pagamento efetuado a ANA ALICE SILVA PAZIN, na conta 106.422, agência 0148 do banco 001.

(Um mil e quinhentos e setenta e nove reais e noventa 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 19/03/2021 11:27:39

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36 CC: ENFERMAGEM UTI Folha Mensal
Mensalista Janeiro de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2809	ANA ALICE SILVA PAZIN	223525	2	1
	ENFERMEIRO (A) DE TERAPIA INTENSIVA 2	Admissão:		06/07/2019

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	16,00	1.469,67	
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	146,97	
8112	DIFERENCA DE 1/3 DE FERIAS	1,70	1,70	
8192	DIFERENCA ADICIONAL FERIAS	5,13	5,13	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	117,33	
821	INSS DIFERENCA FERIAS	0,00		20,66
998	I.N.S.S.	8,05		140,17

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.740,80	160,83
Valor Líquido ⇨	1.579,97

BANCO DO BRASIL 1
conta corrente: 106422-3 Agência: 0148 - 1

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
2.755,64	3.765,94	3.765,94	301,27	1.579,97	0,00

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

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36 CC: ENFERMAGEM UTI Folha Mensal
Mensalista Janeiro de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2809	ANA ALICE SILVA PAZIN	223525	2	1
	ENFERMEIRO (A) DE TERAPIA INTENSIVA 2	Admissão:		06/07/2019

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	16,00	1.469,67	
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	146,97	
8112	DIFERENCA DE 1/3 DE FERIAS	1,70	1,70	
8192	DIFERENCA ADICIONAL FERIAS	5,13	5,13	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	117,33	
821	INSS DIFERENCA FERIAS	0,00		20,66
998	I.N.S.S.	8,05		140,17

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.740,80	160,83
Valor Líquido ⇨	1.579,97

BANCO DO BRASIL 1
conta corrente: 106422-3 Agência: 0148 - 1

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
2.755,64	3.765,94	3.765,94	301,27	1.579,97	0,00

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

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

EMPRESA

Aviso de lançamento

G332191122824466l
19/03/2021 11:27:39

Agência 148-1
Conta corrente 38500-X ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

Data 04/02/2021 Valor R$ 4.176,63 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 259, lançado a débito* em sua conta corrente 38500-X, agência 148-1, na data acima.

Pagamento efetuado a ANDRE LUIZ DE OLIVEIRA, na conta 6.013, agência 6885 do banco 001.

(Quatro mil e cento e setenta e seis 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 19/03/2021 11:27:39

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 000196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36 CC: ENFERMAGEM UTI Folha Mensal
Mensalista Janeiro de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
3	ANDRE LUIZ DE OLIVEIRA	223605	2	1
	FISIOTERAPEUTA	Admissão:		01/11/2011

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
276	PARCELA DIFERENÇA DISSÍDIO	196,02	196,02	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.851,39	
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	285,14	
250	REFLEXO EXTRAS DSR	0,00	307,08	
200	HORAS EXTRAS 100%	28,59	1.279,51	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00	
998	I.N.S.S.	11,11		570,75
999	IMPOSTO DE RENDA	22,50		391,76

Total de Vencimentos	Total de Descontos
5.139,14	962,51
Valor Líquido ⇨	4.176,63

Banco do Brasil 1
conta corrente: 6013-5 Agência: 6885 - 3

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
2.851,39	5.139,14	5.139,14	411,13	4.568,39	22,50

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

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36 CC: ENFERMAGEM UTI Folha Mensal
Mensalista Janeiro de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
3	ANDRE LUIZ DE OLIVEIRA	223605	2	1
	FISIOTERAPEUTA	Admissão:		01/11/2011

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
276	PARCELA DIFERENÇA DISSÍDIO	196,02	196,02	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.851,39	
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	285,14	
250	REFLEXO EXTRAS DSR	0,00	307,08	
200	HORAS EXTRAS 100%	28,59	1.279,51	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00	
998	I.N.S.S.	11,11		570,75
999	IMPOSTO DE RENDA	22,50		391,76

Total de Vencimentos	Total de Descontos
5.139,14	962,51
Valor Líquido ⇨	4.176,63

Banco do Brasil 1
conta corrente: 6013-5 Agência: 6885 - 3

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
2.851,39	5.139,14	5.139,14	411,13	4.568,39	22,50

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

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

EMPRESA

Aviso de lançamento

G332191122824466l
19/03/2021 11:27:39

Agência 148-1
Conta corrente 38500-X ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

Data 04/02/2021 Valor R$ 2.268,01 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 259, lançado a débito* em sua conta corrente 38500-X, agência 148-1, na data acima.

Pagamento efetuado a ANTONIO MARCOS ESTEVES, na conta 86.793, agência 0295 do banco 001.

(Dois mil e duzentos e sessenta e oito reais e um centavo)

* 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 19/03/2021 11:27:39

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36 CC: ENFERMAGEM UTI Folha Mensal
Mensalista Janeiro de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
5	ANTONIO MARCOS ESTEVES	322210	2	1
	TECNICO DE ENFERMAGEM DE TERAPIA INTEN:	Admissão:		15/10/2008

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
276	PARCELA DIFERENÇA DISSÍDIO	169,11	169,11	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.810,92	
93	QUINQUENIO	73,97	73,97	
94	ADIC PVDP	44,38	44,38	
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	181,09	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00	
998	I.N.S.S.	8,69		217,32
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		14,14

Total de Vencimentos	Total de Descontos
2.499,47	231,46
Valor Líquido ⇨	2.268,01

BANCO DO BRASIL 1
conta salário: 86793-4 Agência: 0295 - X

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.810,92	2.499,47	2.499,47	199,95	2.092,56	7,50

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

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36 CC: ENFERMAGEM UTI Folha Mensal
Mensalista Janeiro de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
5	ANTONIO MARCOS ESTEVES	322210	2	1
	TECNICO DE ENFERMAGEM DE TERAPIA INTEN:	Admissão:		15/10/2008

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
276	PARCELA DIFERENÇA DISSÍDIO	169,11	169,11	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.810,92	
93	QUINQUENIO	73,97	73,97	
94	ADIC PVDP	44,38	44,38	
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	181,09	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00	
998	I.N.S.S.	8,69		217,32
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		14,14

Total de Vencimentos	Total de Descontos
2.499,47	231,46
Valor Líquido ⇨	2.268,01

BANCO DO BRASIL 1
conta salário: 86793-4 Agência: 0295 - X

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.810,92	2.499,47	2.499,47	199,95	2.092,56	7,50

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

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

EMPRESA

Aviso de lançamento

G3321911228244661
19/03/2021 11:27:39

Agência 148-1
Conta corrente 38500-X ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

Data 04/02/2021 Valor R$ 2.200,02 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 259, lançado a débito* em sua conta corrente 38500-X, agência 148-1, na data acima.

Pagamento efetuado a APARECIDA CARDOSO DO NASC, na conta 86.792, agência 0295 do banco 001.

(Dois mil e duzentos reais e dois centavos)

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

Documento emitido por: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO em 19/03/2021 11:27:39

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36 CC: ENFERMAGEM UTI Folha Mensal
Mensalista Janeiro de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2426	APARECIDA CARDOSO DO NASCIMENTO	322210	2	1
	TECNICO DE ENFERMAGEM DE TERAPIA INTEN:	Admissão:	08/06/2018	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	28,00	1.251,94	
8870	DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTEGRAIS	2,00	89,42	
21	AUXILIO CRECHE	220,34	220,34	
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	125,20	
264	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	8,94	
854	REFLEXO ADIC. NOTURNO DSR	0,00	86,83	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	205,33	
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	14,67	
201	HORAS REDUZIDA	15,36	42,14	
205	ADICIONAL NOTURNO 45%	121,32	332,86	
998	I.N.S.S.	8,23		177,65

Total de Vencimentos	Total de Descontos
2.377,67	177,65
Valor Líquido ⇨	2.200,02

BANCO DO BRASIL 1
conta salário: 86792-6 Agência: 0295 - X

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.341,36	2.157,33	2.157,33	172,58	1.790,09	0,00

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

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36 CC: ENFERMAGEM UTI Folha Mensal
Mensalista Janeiro de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2426	APARECIDA CARDOSO DO NASCIMENTO	322210	2	1
	TECNICO DE ENFERMAGEM DE TERAPIA INTEN:	Admissão:	08/06/2018	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	28,00	1.251,94	
8870	DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTEGRAIS	2,00	89,42	
21	AUXILIO CRECHE	220,34	220,34	
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	125,20	
264	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	8,94	
854	REFLEXO ADIC. NOTURNO DSR	0,00	86,83	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	205,33	
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	14,67	
201	HORAS REDUZIDA	15,36	42,14	
205	ADICIONAL NOTURNO 45%	121,32	332,86	
998	I.N.S.S.	8,23		177,65

Total de Vencimentos	Total de Descontos
2.377,67	177,65
Valor Líquido ⇨	2.200,02

BANCO DO BRASIL 1
conta salário: 86792-6 Agência: 0295 - X

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.341,36	2.157,33	2.157,33	172,58	1.790,09	0,00

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

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

EMPRESA

Aviso de lançamento

G3321911228244661
19/03/2021 11:27:39

Agência 148-1
Conta corrente 38500-X ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

Data 04/02/2021 Valor R$ 1.961,86 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 259, lançado a débito* em sua conta corrente 38500-X, agência 148-1, na data acima.

Pagamento efetuado a ARETUZA FERNANDES DE CAST, na conta 86.791, agência 0295 do banco 001.

(Um mil e novecentos e sessenta e um reais e oitenta e seis centavos)

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

Documento emitido por: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO em 19/03/2021 11:27:39

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36 CC: ENFERMAGEM UTI Folha Mensal
Mensalista Janeiro de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
38	ARETUZA FERNANDES DE CASTRO RIBEIRO	223525	2	1
	ENFERMEIRO (A) DE TERAPIA INTENSIVA 2	Admissão:	19/02/2016	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
276	PARCELA DIFERENÇA DISSÍDIO	95,68	95,68	
8781	DIAS NORMAIS	15,00	1.377,82	
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	137,78	
854	REFLEXO ADIC. NOTURNO DSR	0,00	93,93	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	110,00	
201	HORAS REDUZIDA	7,12	49,05	
205	ADICIONAL NOTURNO 45%	59,08	407,01	
821	INSS DIFERENCA FERIAS	0,00		119,47
998	I.N.S.S.	8,36		189,94

Total de Vencimentos	Total de Descontos
2.271,27	309,41
Valor Líquido ⇨	1.961,86

BANCO DO BRASIL 1
conta salário: 86791-8 Agência: 0295 - X

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
2.755,64	5.148,46	6.774,06	541,91	1.961,86	7,50

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

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36 CC: ENFERMAGEM UTI Folha Mensal
Mensalista Janeiro de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
38	ARETUZA FERNANDES DE CASTRO RIBEIRO	223525	2	1
	ENFERMEIRO (A) DE TERAPIA INTENSIVA 2	Admissão:	19/02/2016	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
276	PARCELA DIFERENÇA DISSÍDIO	95,68	95,68	
8781	DIAS NORMAIS	15,00	1.377,82	
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	137,78	
854	REFLEXO ADIC. NOTURNO DSR	0,00	93,93	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	110,00	
201	HORAS REDUZIDA	7,12	49,05	
205	ADICIONAL NOTURNO 45%	59,08	407,01	
821	INSS DIFERENCA FERIAS	0,00		119,47
998	I.N.S.S.	8,36		189,94

Total de Vencimentos	Total de Descontos
2.271,27	309,41
Valor Líquido ⇨	1.961,86

BANCO DO BRASIL 1
conta salário: 86791-8 Agência: 0295 - X

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
2.755,64	5.148,46	6.774,06	541,91	1.961,86	7,50

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

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

EMPRESA

Aviso de lançamento

G3321911228244661
19/03/2021 11:27:39

Agência 148-1
Conta corrente 38500-X ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

Data 04/02/2021 Valor R$ 1.559,41 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 259, lançado a débito* em sua conta corrente 38500-X, agência 148-1, na data acima.

Pagamento efetuado a BEATRIZ SANTOS RAMOS, na conta 27.184, agência 0148 do banco 001.

(Um mil e quinhentos e cinqüenta e nove 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 19/03/2021 11:27:39

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0005-36 CC: ENFERMAGEM UTI Folha Mensal

Mensalista Janeiro de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2339	BEATRIZ SANTOS RAMOS	322210	2	1
	TECNICO DE ENFERMAGEM DE TERAPIA INTEN:	Admissão:		22/01/2018

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.341,36	
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	134,14	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00	
998	I.N.S.S.	8,03		136,09

	Total de Vencimentos	Total de Descontos
	1.695,50	136,09
Banco do Brasil 1 conta corrente: 27184-5 Agência: 0148 - 1	Valor Líquido ⇨	1.559,41

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.341,36	1.695,50	1.695,50	135,64	1.369,82	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0005-36 CC: ENFERMAGEM UTI Folha Mensal

Mensalista Janeiro de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2339	BEATRIZ SANTOS RAMOS	322210	2	1
	TECNICO DE ENFERMAGEM DE TERAPIA INTEN:	Admissão:		22/01/2018

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.341,36	
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	134,14	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00	
998	I.N.S.S.	8,03		136,09

	Total de Vencimentos	Total de Descontos
	1.695,50	136,09
Banco do Brasil 1 conta corrente: 27184-5 Agência: 0148 - 1	Valor Líquido ⇨	1.559,41

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.341,36	1.695,50	1.695,50	135,64	1.369,82	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

EMPRESA

Aviso de lançamento

G3321911228244661
19/03/2021 11:27:39

Agência 148-1
Conta corrente 38500-X ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

Data 04/02/2021 Valor R$ 867,48 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 259, lançado a débito* em sua conta corrente 38500-X, agência 148-1, na data acima.

Pagamento efetuado a CRISTIANA ARANHA, na conta 86.789, agência 0295 do banco 001.

(Oitocentos e sessenta e sete reais e quarenta e oito centavos)

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

Documento emitido por: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO em 19/03/2021 11:27:39

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0005-36 CC: ENFERMAGEM UTI Mensalista

Folha Mensal
Janeiro de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
40	CRISTIANA ARANHA	322210	2	1
	TECNICO DE ENFERMAGEM DE TERAPIA INTEN:	Admissão:	25/02/2016	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
276	PARCELA DIFERENÇA DISSÍDIO	47,47	47,47	
8781	DIAS NORMAIS	14,00	657,27	
8870	DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTEGRAIS	1,00	46,95	
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	65,73	
264	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	4,69	
8112	DIFERENCA DE 1/3 DE FERIAS	1,84	1,84	
8192	DIFERENCA ADICIONAL FERIAS	5,50	5,50	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	102,67	
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	7,33	
821	INSS DIFERENCA FERIAS	0,00		1,52
998	I.N.S.S.	7,50		70,45

Total de Vencimentos	Total de Descontos
939,45	71,97
Valor Líquido ⇨	867,48

BANCO DO BRASIL 1
conta salário: 86789-6 Agência: 0295 - X

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.408,43	2.115,58	2.115,58	169,24	867,48	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

__/__/__ Data

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0005-36 CC: ENFERMAGEM UTI Mensalista

Folha Mensal
Janeiro de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
40	CRISTIANA ARANHA	322210	2	1
	TECNICO DE ENFERMAGEM DE TERAPIA INTEN:	Admissão:	25/02/2016	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
276	PARCELA DIFERENÇA DISSÍDIO	47,47	47,47	
8781	DIAS NORMAIS	14,00	657,27	
8870	DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTEGRAIS	1,00	46,95	
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	65,73	
264	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	4,69	
8112	DIFERENCA DE 1/3 DE FERIAS	1,84	1,84	
8192	DIFERENCA ADICIONAL FERIAS	5,50	5,50	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	102,67	
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	7,33	
821	INSS DIFERENCA FERIAS	0,00		1,52
998	I.N.S.S.	7,50		70,45

Total de Vencimentos	Total de Descontos
939,45	71,97
Valor Líquido ⇨	867,48

BANCO DO BRASIL 1
conta salário: 86789-6 Agência: 0295 - X

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.408,43	2.115,58	2.115,58	169,24	867,48	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

__/__/__ Data

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

EMPRESA

Aviso de lançamento

G332191122824466 1
19/03/2021 11:27:39

Agência 148-1
Conta corrente 38500-X ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

Data 04/02/2021 Valor R$ 2.632,84 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 259, lançado a débito* em sua conta corrente 38500-X, agência 148-1, na data acima.

Pagamento efetuado a EDUARDA LUCIO GABILO SAND, na conta 26.569, agência 0148 do banco 001.

(Dois mil e seiscentos e trinta e dois 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 19/03/2021 11:27:39

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0005-36 | CC: ENFERMAGEM UTI Mensalista | Folha Mensal Janeiro de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
12	EDUARDA LUCIO GABILO SANDES	322210	2	1
	TECNICO DE ENFERMAGEM DE TERAPIA INTEN:	Admissão:		03/01/2011

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
276	PARCELA DIFERENÇA DISSÍDIO	141,72	141,72	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.690,86	
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	169,09	
854	REFLEXO ADIC. NOTURNO DSR	0,00	130,42	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00	
201	HORAS REDUZIDA	16,48	69,66	
205	ADICIONAL NOTURNO 45%	128,55	543,40	
998	I.N.S.S.	9,21		273,21
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		59,10

Total de Vencimentos	Total de Descontos
2.965,15	332,31
Valor Líquido ⇨	2.632,84

Banco do Brasil 1
conta corrente: 26569-1 Agência: 0148 - 1

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.690,86	2.965,15	2.965,15	237,21	2.691,94	7,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0005-36 | CC: ENFERMAGEM UTI Mensalista | Folha Mensal Janeiro de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
12	EDUARDA LUCIO GABILO SANDES	322210	2	1
	TECNICO DE ENFERMAGEM DE TERAPIA INTEN:	Admissão:		03/01/2011

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
276	PARCELA DIFERENÇA DISSÍDIO	141,72	141,72	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.690,86	
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	169,09	
854	REFLEXO ADIC. NOTURNO DSR	0,00	130,42	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00	
201	HORAS REDUZIDA	16,48	69,66	
205	ADICIONAL NOTURNO 45%	128,55	543,40	
998	I.N.S.S.	9,21		273,21
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		59,10

Total de Vencimentos	Total de Descontos
2.965,15	332,31
Valor Líquido ⇨	2.632,84

Banco do Brasil 1
conta corrente: 26569-1 Agência: 0148 - 1

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.690,86	2.965,15	2.965,15	237,21	2.691,94	7,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

EMPRESA

Aviso de lançamento

G3321911228244661
19/03/2021 11:27:39

Agência 148-1
Conta corrente 38500-X ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

Data 04/02/2021 Valor R$ 682.27 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 259, lançado a débito* em sua conta corrente 38500-X, agência 148-1, na data acima.

Pagamento efetuado a FABIANA XAVIER DOS SANTOS, na conta 27.191, agência 0148 do banco 001.

(Seiscentos e oitenta e dois 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 19/03/2021 11:27:39

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36 CC: ENFERMAGEM UTI Folha Mensal
Mensalista Janeiro de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2340	FABIANA XAVIER DOS SANTOS	322210	2	1
	TECNICO DE ENFERMAGEM DE TERAPIA INTEN:	Admissão:	22/01/2018	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	2,00	89,42	
8785	DIAS AFAST.INSS (P/DOENCA)	16,00	715,39	
8870	DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTEGRAIS	12,00	536,55	
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	8,94	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	14,67	
8013	INSALUB 20% DOENCA	20,00	117,33	
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	88,00	
8801	DESCONTO DIAS AFASTADOS	16,00		832,72
998	I.N.S.S.	7,50		55,31

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.570,30	888,03
Valor Líquido ⇨	682,27

Banco do Brasil 1
conta corrente: 27191-8 Agência: 0148 - 1

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.341,36	737,58	737,58	59,00	682,27	0,00

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

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36 CC: ENFERMAGEM UTI Folha Mensal
Mensalista Janeiro de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2340	FABIANA XAVIER DOS SANTOS	322210	2	1
	TECNICO DE ENFERMAGEM DE TERAPIA INTEN:	Admissão:	22/01/2018	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	2,00	89,42	
8785	DIAS AFAST.INSS (P/DOENCA)	16,00	715,39	
8870	DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTEGRAIS	12,00	536,55	
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	8,94	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	14,67	
8013	INSALUB 20% DOENCA	20,00	117,33	
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	88,00	
8801	DESCONTO DIAS AFASTADOS	16,00		832,72
998	I.N.S.S.	7,50		55,31

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.570,30	888,03
Valor Líquido ⇨	682,27

Banco do Brasil 1
conta corrente: 27191-8 Agência: 0148 - 1

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.341,36	737,58	737,58	59,00	682,27	0,00

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

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

EMPRESA

Aviso de lançamento

G3321911228244661
19/03/2021 11:27:39

Agência 148-1
Conta corrente 38500-X ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

Data 04/02/2021 Valor R$ 1.559,41 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 259, lançado a débito* em sua conta corrente 38500-X, agência 148-1, na data acima.

Pagamento efetuado a GISLAINE CRISTINA HERREIR, na conta 15.254, agência 6600 do banco 001.

(Um mil e quinhentos e cinqüenta e nove 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 19/03/2021 11:27:39

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36 CC: ENFERMAGEM UTI Folha Mensal
Mensalista Janeiro de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
3027	GISLAINE CRISTINA HERREIRA FRESNEDA FRI	322210	2	1
	TECNICO DE ENFERMAGEM DE TERAPIA INTEN:	Admissão:		11/04/2020

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.341,36	
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	134,14	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00	
998	I.N.S.S.	8,03		136,09

	Total de Vencimentos	Total de Descontos
	1.695,50	136,09
Banco do Brasil 1 conta: 15254-4 Agência: 6600 - 1	Valor Líquido ⇨	1.559,41

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.341,36	1.695,50	1.695,50	135,64	1.559,41	0,00

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

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36 CC: ENFERMAGEM UTI Folha Mensal
Mensalista Janeiro de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
3027	GISLAINE CRISTINA HERREIRA FRESNEDA FRI	322210	2	1
	TECNICO DE ENFERMAGEM DE TERAPIA INTEN:	Admissão:		11/04/2020

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.341,36	
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	134,14	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00	
998	I.N.S.S.	8,03		136,09

	Total de Vencimentos	Total de Descontos
	1.695,50	136,09
Banco do Brasil 1 conta: 15254-4 Agência: 6600 - 1	Valor Líquido ⇨	1.559,41

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.341,36	1.695,50	1.695,50	135,64	1.559,41	0,00

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

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

EMPRESA

G3321911228244661
19/03/2021 11:27:39

Aviso de lançamento

Agência 148-1
Conta corrente 38500-X ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

Data 04/02/2021 Valor R$ 1.559,41 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 259, lançado a débito* em sua conta corrente 38500-X, agência 148-1, na data acima.

Pagamento efetuado a GUILHERME HENRIQUE COSTA, na conta 26.860, agência 0148 do banco 001.

(Um mil e quinhentos e cinqüenta e nove 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 19/03/2021 11:27:39

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36 CC: ENFERMAGEM UTI Folha Mensal
Mensalista Janeiro de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2791	GUILHERME HENRIQUE COSTA SILVA	322210	2	1
	TECNICO DE ENFERMAGEM DE TERAPIA INTEN:	Admissão:		23/05/2019

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.341,36	
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	134,14	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00	
998	I.N.S.S.	8,03		136,09

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.695,50	136,09
Valor Líquido ⇨	1.559,41

BANCO DO BRASIL 1
conta poupança: 26860-7 Agência: 0148 - 1

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.341,36	1.695,50	1.695,50	135,64	1.559,41	0,00

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

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36 CC: ENFERMAGEM UTI Folha Mensal
Mensalista Janeiro de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2791	GUILHERME HENRIQUE COSTA SILVA	322210	2	1
	TECNICO DE ENFERMAGEM DE TERAPIA INTEN:	Admissão:		23/05/2019

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.341,36	
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	134,14	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00	
998	I.N.S.S.	8,03		136,09

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.695,50	136,09
Valor Líquido ⇨	1.559,41

BANCO DO BRASIL 1
conta poupança: 26860-7 Agência: 0148 - 1

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.341,36	1.695,50	1.695,50	135,64	1.559,41	0,00

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

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

EMPRESA

Aviso de lançamento

G3321911228244661
19/03/2021 11:27:39

Agência 148-1
Conta corrente 38500-X ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

Data 04/02/2021 Valor R$ 1.206,08 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 259, lançado a débito* em sua conta corrente 38500-X, agência 148-1, na data acima.

Pagamento efetuado a GUILHERME TAVARES GONÇALV, na conta 21.300, agência 0148 do banco 001.

(Um mil e duzentos e seis reais e oito centavos)

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

Documento emitido por: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO em 19/03/2021 11:27:39

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0005-36 CC: ENFERMAGEM UTI Folha Mensal

Mensalista Janeiro de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2858	GUILHERME TAVARES GONÇALVES	322210	2	1
	TECNICO DE ENFERMAGEM DE TERAPIA INTEN:	Admissão:		11/11/2019

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	15,00	670,68	
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	67,07	
854	REFLEXO ADIC. NOTURNO DSR	0,00	80,75	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	110,00	
201	HORAS REDUZIDA	16,48	45,22	
205	ADICIONAL NOTURNO 45%	127,53	349,90	
821	INSS DIFERENCA FERIAS	0,00		14,92
998	I.N.S.S.	7,75		102,62

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.323,62	117,54

Banco do Brasil 1

conta corrente: 21300-4 Agência: 0148 - 1

Valor Líquido ⇨ 1.206,08

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.341,36	2.500,57	3.348,32	267,85	1.206,08	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0005-36 CC: ENFERMAGEM UTI Folha Mensal

Mensalista Janeiro de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2858	GUILHERME TAVARES GONÇALVES	322210	2	1
	TECNICO DE ENFERMAGEM DE TERAPIA INTEN:	Admissão:		11/11/2019

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	15,00	670,68	
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	67,07	
854	REFLEXO ADIC. NOTURNO DSR	0,00	80,75	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	110,00	
201	HORAS REDUZIDA	16,48	45,22	
205	ADICIONAL NOTURNO 45%	127,53	349,90	
821	INSS DIFERENCA FERIAS	0,00		14,92
998	I.N.S.S.	7,75		102,62

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.323,62	117,54

Banco do Brasil 1

conta corrente: 21300-4 Agência: 0148 - 1

Valor Líquido ⇨ 1.206,08

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.341,36	2.500,57	3.348,32	267,85	1.206,08	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

EMPRESA

Aviso de lançamento

G3321911228244661
19/03/2021 11:27:39

Agência 148-1
Conta corrente 38500-X ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

Data 04/02/2021 Valor R$ 1.221,99 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 259, lançado a débito* em sua conta corrente 38500-X, agência 148-1, na data acima.

Pagamento efetuado a IZABEL CRISTINA FERREIRA, na conta 86.786, agência 0295 do banco 001.

(Um mil e duzentos e vinte e um reais e noventa e nove centavos)

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

Documento emitido por: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO em 19/03/2021 11:27:39

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0005-36 | CC: ENFERMAGEM UTI Mensalista | Folha Mensal Janeiro de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2075	IZABEL CRISTINA FERREIRA PALHARINI DE (	322210	2	1
	TECNICO DE ENFERMAGEM DE TERAPIA INTEN:	Admissão:	06/12/2016	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
276	PARCELA DIFERENÇA DISSÍDIO	24,82	24,82	
8781	DIAS NORMAIS	23,00	1.028,38	
8785	DIAS AFAST.INSS (P/DOENCA)	7,00	312,98	
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	102,84	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	168,67	
8013	INSALUB 20% DOENCA	20,00	51,33	
8801	DESCONTO DIAS AFASTADOS	7,00		364,31
998	I.N.S.S.	7,75		102,72

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.689,02	467,03
Valor Líquido ⇨	1.221,99

BANCO DO BRASIL 1
conta salário: 86786-1 Agência: 0295 - X

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.341,36	1.324,71	1.324,71	105,97	842,81	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0005-36 | CC: ENFERMAGEM UTI Mensalista | Folha Mensal Janeiro de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2075	IZABEL CRISTINA FERREIRA PALHARINI DE (	322210	2	1
	TECNICO DE ENFERMAGEM DE TERAPIA INTEN:	Admissão:	06/12/2016	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
276	PARCELA DIFERENÇA DISSÍDIO	24,82	24,82	
8781	DIAS NORMAIS	23,00	1.028,38	
8785	DIAS AFAST.INSS (P/DOENCA)	7,00	312,98	
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	102,84	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	168,67	
8013	INSALUB 20% DOENCA	20,00	51,33	
8801	DESCONTO DIAS AFASTADOS	7,00		364,31
998	I.N.S.S.	7,75		102,72

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.689,02	467,03
Valor Líquido ⇨	1.221,99

BANCO DO BRASIL 1
conta salário: 86786-1 Agência: 0295 - X

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.341,36	1.324,71	1.324,71	105,97	842,81	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

G3321911228244661
19/03/2021 11:27:39

Aviso de lançamento

Agência 148-1
Conta corrente 38500-X ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

Data 04/02/2021 Valor R$ 3.847,15 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 259, lançado a débito* em sua conta corrente 38500-X, agência 148-1, na data acima.

Pagamento efetuado a KARINA ZIMIANI DONALONSO, na conta 86.784, agência 0295 do banco 001.

(Três mil e oitocentos e quarenta e sete 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 19/03/2021 11:27:39

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36 CC: ENFERMAGEM UTI Folha Mensal
Mensalista Janeiro de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
13	KARINA ZIMIANI DONALONSO	223605	2	1
	FISIOTERAPEUTA	Admissão:		18/09/2006

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
276	PARCELA DIFERENÇA DISSÍDIO	222,72	222,72	
8781	DIAS NORMAIS	16,00	1.628,71	
93	QUINQUENIO	124,74	66,53	
94	ADIC PVDP	65,43	34,90	
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	162,87	
250	REFLEXO EXTRAS DSR	0,00	455,58	
200	HORAS EXTRAS 100%	29,46	1.480,62	
836	INSS DIF FER DESC A MAIOR	0,00	78,72	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	117,33	
27	ADICIONAL DE COORDENAÇÃO	600,00	320,00	
998	I.N.S.S.	10,69		479,77
999	IMPOSTO DE RENDA	22,50		241,06

Total de Vencimentos	Total de Descontos
4.567,98	720,83
Valor Líquido ⇨	3.847,15

BANCO DO BRASIL 1
conta salário: 86784-5 Agência: 0295 - X

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
3.053,84	6.433,57	9.648,53	771,87	3.898,62	22,50

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

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36 CC: ENFERMAGEM UTI Folha Mensal
Mensalista Janeiro de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
13	KARINA ZIMIANI DONALONSO	223605	2	1
	FISIOTERAPEUTA	Admissão:		18/09/2006

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
276	PARCELA DIFERENÇA DISSÍDIO	222,72	222,72	
8781	DIAS NORMAIS	16,00	1.628,71	
93	QUINQUENIO	124,74	66,53	
94	ADIC PVDP	65,43	34,90	
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	162,87	
250	REFLEXO EXTRAS DSR	0,00	455,58	
200	HORAS EXTRAS 100%	29,46	1.480,62	
836	INSS DIF FER DESC A MAIOR	0,00	78,72	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	117,33	
27	ADICIONAL DE COORDENAÇÃO	600,00	320,00	
998	I.N.S.S.	10,69		479,77
999	IMPOSTO DE RENDA	22,50		241,06

Total de Vencimentos	Total de Descontos
4.567,98	720,83
Valor Líquido ⇨	3.847,15

BANCO DO BRASIL 1
conta salário: 86784-5 Agência: 0295 - X

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
3.053,84	6.433,57	9.648,53	771,87	3.898,62	22,50

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

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

EMPRESA

Aviso de lançamento

G3321911228244661
19/03/2021 11:27:39

Agência 148-1
Conta corrente 38500-X ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

Data 04/02/2021 Valor R$ 1.457,40 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 259, lançado a débito* em sua conta corrente 38500-X, agência 148-1, na data acima.

Pagamento efetuado a LARISSA DE SOUZA RODRIGUE, na conta 27.422, agência 0148 do banco 001.

(Um mil e quatrocentos 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 19/03/2021 11:27:39

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36 CC: ENFERMAGEM UTI Folha Mensal
Mensalista Janeiro de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2354	LARISSA DE SOUZA RODRIGUES	322210	2	1
	TECNICO DE ENFERMAGEM DE TERAPIA INTEN:	Admissão:		10/02/2018

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8784	SALARIO MATERNIDADE DIAS	30,00	1.341,36	
894	MEDIA LIC. MATERNIDADE	0,00	22,04	
8011	INSALUB 20% LIC.MATERN	20,00	220,00	
998	I.N.S.S.	7,96		126,00

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.583,40	126,00
Valor Líquido ⇨	1.457,40

Banco do Brasil 1
conta corrente: 27422-4 Agência: 0148 - 1

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.341,36	1.583,40	1.583,40	126,67	1.267,81	0,00

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

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36 CC: ENFERMAGEM UTI Folha Mensal
Mensalista Janeiro de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2354	LARISSA DE SOUZA RODRIGUES	322210	2	1
	TECNICO DE ENFERMAGEM DE TERAPIA INTEN:	Admissão:		10/02/2018

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8784	SALARIO MATERNIDADE DIAS	30,00	1.341,36	
894	MEDIA LIC. MATERNIDADE	0,00	22,04	
8011	INSALUB 20% LIC.MATERN	20,00	220,00	
998	I.N.S.S.	7,96		126,00

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.583,40	126,00
Valor Líquido ⇨	1.457,40

Banco do Brasil 1
conta corrente: 27422-4 Agência: 0148 - 1

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.341,36	1.583,40	1.583,40	126,67	1.267,81	0,00

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

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

EMPRESA

Aviso de lançamento

G3321911228244661
19/03/2021 11:27:39

Agência 148-1
Conta corrente 38500-X ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

Data 04/02/2021 Valor R$ 789,15 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 259, lançado a débito* em sua conta corrente 38500-X, agência 148-1, na data acima.

Pagamento efetuado a LEANDRO BEZERRA DA SILVA, na conta 45.670, agência 0347 do banco 001.

(Setecentos e oitenta e nove 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 19/03/2021 11:27:39

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36 CC: ENFERMAGEM UTI Folha Mensal
Mensalista Janeiro de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2760	LEANDRO BEZERRA DA SILVA	322210	2	1
	TECNICO DE ENFERMAGEM DE TERAPIA INTEN:	Admissão:	12/04/2019	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	15,00	670,68	
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	67,07	
8112	DIFERENCA DE 1/3 DE FERIAS	1,84	1,84	
8192	DIFERENCA ADICIONAL FERIAS	5,50	5,50	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	110,00	
821	INSS DIFERENCA FERIAS	0,00		1,81
998	I.N.S.S.	7,50		64,13

Total de Vencimentos	Total de Descontos
855,09	65,94

BANCO DO BRASIL 1
conta corrente: 45670-5 Agência: 0347 - 6

Valor Líquido ⇨ 789,15

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.341,36	1.978,09	1.978,09	158,24	789,15	0,00

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

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36 CC: ENFERMAGEM UTI Folha Mensal
Mensalista Janeiro de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2760	LEANDRO BEZERRA DA SILVA	322210	2	1
	TECNICO DE ENFERMAGEM DE TERAPIA INTEN:	Admissão:	12/04/2019	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	15,00	670,68	
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	67,07	
8112	DIFERENCA DE 1/3 DE FERIAS	1,84	1,84	
8192	DIFERENCA ADICIONAL FERIAS	5,50	5,50	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	110,00	
821	INSS DIFERENCA FERIAS	0,00		1,81
998	I.N.S.S.	7,50		64,13

Total de Vencimentos	Total de Descontos
855,09	65,94

BANCO DO BRASIL 1
conta corrente: 45670-5 Agência: 0347 - 6

Valor Líquido ⇨ 789,15

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.341,36	1.978,09	1.978,09	158,24	789,15	0,00

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

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

EMPRESA

Aviso de lançamento

G3321911228244661
19/03/2021 11:27:39

Agência 148-1
Conta corrente 38500-X ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

Data 04/02/2021 Valor R$ 1.550,73 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 259, lançado a débito* em sua conta corrente 38500-X, agência 148-1, na data acima.

Pagamento efetuado a LIDIANE MERCE DA SILVA LE, na conta 76.106, agência 0058 do banco 001.

(Um mil e quinhentos e cinqüenta reais e setenta 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 19/03/2021 11:27:39

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36 CC: ENFERMAGEM UTI Folha Mensal
Mensalista Janeiro de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
1868	LIDIANE MERCE DA SILVA LEAL	223605	2	1
	FISIOTERAPEUTA	Admissão:		01/04/2016

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
276	PARCELA DIFERENÇA DISSÍDIO	100,14	100,14	
8781	DIAS NORMAIS	16,00	1.345,89	
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	134,59	
8112	DIFERENCA DE 1/3 DE FERIAS	2,17	2,17	
8189	DIFERENCA MEDIA HORA FERIAS	1,41	1,41	
8192	DIFERENCA ADICIONAL FERIAS	5,13	5,13	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	117,33	
821	INSS DIFERENCA FERIAS	0,00		18,84
998	I.N.S.S.	8,03		137,09

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.706,66	155,93
Valor Líquido ⇨	1.550,73

Banco do brasil 1
conta corrente: 76106-0 Agência: 0058 - 2

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
2.523,54	4.281,87	4.281,87	342,54	1.550,73	0,00

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

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36 CC: ENFERMAGEM UTI Folha Mensal
Mensalista Janeiro de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
1868	LIDIANE MERCE DA SILVA LEAL	223605	2	1
	FISIOTERAPEUTA	Admissão:		01/04/2016

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
276	PARCELA DIFERENÇA DISSÍDIO	100,14	100,14	
8781	DIAS NORMAIS	16,00	1.345,89	
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	134,59	
8112	DIFERENCA DE 1/3 DE FERIAS	2,17	2,17	
8189	DIFERENCA MEDIA HORA FERIAS	1,41	1,41	
8192	DIFERENCA ADICIONAL FERIAS	5,13	5,13	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	117,33	
821	INSS DIFERENCA FERIAS	0,00		18,84
998	I.N.S.S.	8,03		137,09

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.706,66	155,93
Valor Líquido ⇨	1.550,73

Banco do brasil 1
conta corrente: 76106-0 Agência: 0058 - 2

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
2.523,54	4.281,87	4.281,87	342,54	1.550,73	0,00

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

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

EMPRESA

Aviso de lançamento

G3321911228244661
19/03/2021 11:27:39

Agência 148-1
Conta corrente 38500-X ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

Data 04/02/2021 Valor R$ 2.639,51 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 259, lançado a débito* em sua conta corrente 38500-X, agência 148-1, na data acima.

Pagamento efetuado a LILIAN CARLA FERNANDES, na conta 105.551, agência 2080 do banco 001.

(Dois mil e seiscentos e trinta e nove reais e cinqüenta e um centavos)

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

Documento emitido por: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO em 19/03/2021 11:27:39

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36 CC: ENFERMAGEM UTI Folha Mensal
Mensalista Janeiro de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
14	LILIAN CARLA FERNANDES	322210	2	1
	TECNICO DE ENFERMAGEM DE TERAPIA INTEN:	Admissão:		20/06/2011

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
276	PARCELA DIFERENÇA DISSÍDIO	178,76	178,76	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.690,86	
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	169,09	
854	REFLEXO ADIC. NOTURNO DSR	0,00	118,07	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00	
201	HORAS REDUZIDA	16,48	69,66	
205	ADICIONAL NOTURNO 45%	116,38	491,96	
998	I.N.S.S.	9,19		270,00
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		28,89

	Total de Vencimentos	Total de Descontos
	2.938,40	298,89
Banco do Brasil 1 conta corrente: 105551-8 Agência: 2080 - X	Valor Líquido ⇨	2.639,51

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.690,86	2.938,40	2.938,40	235,07	2.289,22	7,50

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

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36 CC: ENFERMAGEM UTI Folha Mensal
Mensalista Janeiro de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
14	LILIAN CARLA FERNANDES	322210	2	1
	TECNICO DE ENFERMAGEM DE TERAPIA INTEN:	Admissão:		20/06/2011

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
276	PARCELA DIFERENÇA DISSÍDIO	178,76	178,76	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.690,86	
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	169,09	
854	REFLEXO ADIC. NOTURNO DSR	0,00	118,07	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00	
201	HORAS REDUZIDA	16,48	69,66	
205	ADICIONAL NOTURNO 45%	116,38	491,96	
998	I.N.S.S.	9,19		270,00
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		28,89

	Total de Vencimentos	Total de Descontos
	2.938,40	298,89
Banco do Brasil 1 conta corrente: 105551-8 Agência: 2080 - X	Valor Líquido ⇨	2.639,51

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.690,86	2.938,40	2.938,40	235,07	2.289,22	7,50

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

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

EMPRESA

G3321911228244661
19/03/2021 11:27:39

Aviso de lançamento

Agência 148-1
Conta corrente 38500-X ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

Data 04/02/2021 Valor R$ 2.227,70 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 259, lançado a débito* em sua conta corrente 38500-X, agência 148-1, na data acima.

Pagamento efetuado a LUZIA DE ALMEIDA PEREIRA, na conta 5.826, agência 6885 do banco 001.

(Dois mil e duzentos e vinte e sete 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 19/03/2021 11:27:39

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36 CC: ENFERMAGEM UTI Folha Mensal
Mensalista Janeiro de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
18	LUZIA DE ALMEIDA PEREIRA	322210	2	1
	TECNICO DE ENFERMAGEM DE TERAPIA INTEN:	Admissão:		13/10/2008

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
276	PARCELA DIFERENÇA DISSÍDIO	119,59	119,59	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.810,92	
93	QUINQUENIO	73,97	73,97	
94	ADIC PVDP	44,38	44,38	
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	181,09	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00	
998	I.N.S.S.	8,63		211,38
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		10,87

	Total de Vencimentos	Total de Descontos
	2.449,95	222,25
Banco do Brasil 1 conta corrente: 5826-2 Agência: 6885 - 3	Valor Líquido ⇨	2.227,70

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.810,92	2.449,95	2.449,95	195,99	2.048,98	7,50

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

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36 CC: ENFERMAGEM UTI Folha Mensal
Mensalista Janeiro de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
18	LUZIA DE ALMEIDA PEREIRA	322210	2	1
	TECNICO DE ENFERMAGEM DE TERAPIA INTEN:	Admissão:		13/10/2008

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
276	PARCELA DIFERENÇA DISSÍDIO	119,59	119,59	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.810,92	
93	QUINQUENIO	73,97	73,97	
94	ADIC PVDP	44,38	44,38	
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	181,09	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00	
998	I.N.S.S.	8,63		211,38
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		10,87

	Total de Vencimentos	Total de Descontos
	2.449,95	222,25
Banco do Brasil 1 conta corrente: 5826-2 Agência: 6885 - 3	Valor Líquido ⇨	2.227,70

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.810,92	2.449,95	2.449,95	195,99	2.048,98	7,50

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

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

EMPRESA

G3321911228244661
19/03/2021 11:27:39

Aviso de lançamento

Agência 148-1
Conta corrente 38500-X ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

Data 04/02/2021 Valor R$ 3.576,41 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 259, lançado a débito* em sua conta corrente 38500-X, agência 148-1, na data acima.

Pagamento efetuado a MARCIA APARECIDA MORILHAS, na conta 86.783, agência 0295 do banco 001.

(Três mil e quinhentos e setenta e seis reais e quarenta e um centavos)

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

Documento emitido por: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO em 19/03/2021 11:27:39

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36 CC: ENFERMAGEM UTI Folha Mensal
Mensalista Janeiro de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2081	MARCIA APARECIDA MORILHAS RIBEIRO	223525	2	1
	ENFERMEIRO (A) DE TERAPIA INTENSIVA 2	Admissão:	06/12/2016	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
276	PARCELA DIFERENÇA DISSÍDIO	24,82	24,82	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.720,39	
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	272,04	
854	REFLEXO ADIC. NOTURNO DSR	0,00	168,88	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00	
201	HORAS REDUZIDA	15,36	85,47	
205	ADICIONAL NOTURNO 45%	126,46	703,68	
998	I.N.S.S.	10,45		438,61
999	IMPOSTO DE RENDA	15,00		180,26

Total de Vencimentos	Total de Descontos
4.195,28	618,87
Valor Líquido ⇨	3.576,41

BANCO DO BRASIL 1
conta salário: 86783-7 Agência: 0295 - X

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
2.720,39	4.195,28	4.195,28	335,62	3.567,08	15,00

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

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36 CC: ENFERMAGEM UTI Folha Mensal
Mensalista Janeiro de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2081	MARCIA APARECIDA MORILHAS RIBEIRO	223525	2	1
	ENFERMEIRO (A) DE TERAPIA INTENSIVA 2	Admissão:	06/12/2016	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
276	PARCELA DIFERENÇA DISSÍDIO	24,82	24,82	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.720,39	
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	272,04	
854	REFLEXO ADIC. NOTURNO DSR	0,00	168,88	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00	
201	HORAS REDUZIDA	15,36	85,47	
205	ADICIONAL NOTURNO 45%	126,46	703,68	
998	I.N.S.S.	10,45		438,61
999	IMPOSTO DE RENDA	15,00		180,26

Total de Vencimentos	Total de Descontos
4.195,28	618,87
Valor Líquido ⇨	3.576,41

BANCO DO BRASIL 1
conta salário: 86783-7 Agência: 0295 - X

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
2.720,39	4.195,28	4.195,28	335,62	3.567,08	15,00

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

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

EMPRESA

Aviso de lançamento

G3321911228244661
19/03/2021 11:27:39

Agência 148-1
Conta corrente 38500-X ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

Data 04/02/2021 Valor R$ 842,87 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 259, lançado a débito* em sua conta corrente 38500-X, agência 148-1, na data acima.

Pagamento efetuado a MARCIA MARIA BARBOSA DE C, na conta 86.782, agência 0295 do banco 001.

(Oitocentos e quarenta e dois reais e oitenta e sete centavos)

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

Documento emitido por: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO em 19/03/2021 11:27:39

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36 CC: ENFERMAGEM UTI Folha Mensal
Mensalista Janeiro de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
24	MARCIA MARIA BARBOSA DE CANDIO	322210	2	1
	TECNICO DE ENFERMAGEM DE TERAPIA INTEN:	Admissão:		01/06/2012

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
276	PARCELA DIFERENÇA DISSÍDIO	69,31	69,31	
8781	DIAS NORMAIS	13,00	684,14	
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	68,41	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	95,33	
821	INSS DIFERENCA FERIAS	0,00		5,54
998	I.N.S.S.	7,50		68,78

Total de Vencimentos	Total de Descontos
917,19	74,32

BANCO DO BRASIL 1
conta salário: 86782-9 Agência: 0295 - X

Valor Líquido ⇨ 842,87

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.578,78	2.395,55	3.373,88	269,89	842,87	0,00

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

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36 CC: ENFERMAGEM UTI Folha Mensal
Mensalista Janeiro de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
24	MARCIA MARIA BARBOSA DE CANDIO	322210	2	1
	TECNICO DE ENFERMAGEM DE TERAPIA INTEN:	Admissão:		01/06/2012

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
276	PARCELA DIFERENÇA DISSÍDIO	69,31	69,31	
8781	DIAS NORMAIS	13,00	684,14	
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	68,41	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	95,33	
821	INSS DIFERENCA FERIAS	0,00		5,54
998	I.N.S.S.	7,50		68,78

Total de Vencimentos	Total de Descontos
917,19	74,32

BANCO DO BRASIL 1
conta salário: 86782-9 Agência: 0295 - X

Valor Líquido ⇨ 842,87

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.578,78	2.395,55	3.373,88	269,89	842,87	0,00

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

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

EMPRESA

Aviso de lançamento

G3321911228244661
19/03/2021 11:27:39

Agência 148-1
Conta corrente 38500-X ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

Data 04/02/2021 Valor R$ 2.070,17 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 259, lançado a débito* em sua conta corrente 38500-X, agência 148-1, na data acima.

Pagamento efetuado a MARIA ANGELICA PRADO LAMO, na conta 107.124, agência 0148 do banco 001.

(Dois mil e setenta 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 19/03/2021 11:27:39

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0005-36 | CC: ENFERMAGEM UTI Mensalista | Folha Mensal Janeiro de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
41	MARIA ANGELICA PRADO LAMONATO SANTANA	322210	2	1
	TECNICO DE ENFERMAGEM DE TERAPIA INTEN:	Admissão:	02/03/2016	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
276	PARCELA DIFERENÇA DISSÍDIO	56,55	56,55	
8781	DIAS NORMAIS	25,00	1.173,69	
8870	DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTEGRAIS	5,00	234,74	
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	117,37	
264	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	23,47	
854	REFLEXO ADIC. NOTURNO DSR	0,00	75,10	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	183,33	
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	36,67	
201	HORAS REDUZIDA	12,00	42,25	
205	ADICIONAL NOTURNO 45%	89,58	315,42	
998	I.N.S.S.	8,34		188,42

Total de Vencimentos	Total de Descontos
2.258,59	188,42
Valor Líquido ⇨	2.070,17

Banco do Brasil 1
conta corrente: 7124-2 Agência: 6597 - 8

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.408,43	2.258,59	2.258,59	180,68	1.880,58	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0005-36 | CC: ENFERMAGEM UTI Mensalista | Folha Mensal Janeiro de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
41	MARIA ANGELICA PRADO LAMONATO SANTANA	322210	2	1
	TECNICO DE ENFERMAGEM DE TERAPIA INTEN:	Admissão:	02/03/2016	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
276	PARCELA DIFERENÇA DISSÍDIO	56,55	56,55	
8781	DIAS NORMAIS	25,00	1.173,69	
8870	DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTEGRAIS	5,00	234,74	
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	117,37	
264	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	23,47	
854	REFLEXO ADIC. NOTURNO DSR	0,00	75,10	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	183,33	
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	36,67	
201	HORAS REDUZIDA	12,00	42,25	
205	ADICIONAL NOTURNO 45%	89,58	315,42	
998	I.N.S.S.	8,34		188,42

Total de Vencimentos	Total de Descontos
2.258,59	188,42
Valor Líquido ⇨	2.070,17

Banco do Brasil 1
conta corrente: 7124-2 Agência: 6597 - 8

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.408,43	2.258,59	2.258,59	180,68	1.880,58	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

EMPRESA

G3321911228244661
19/03/2021 11:27:39

Aviso de lançamento

Agência 148-1
Conta corrente 38500-X ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

Data 04/02/2021 Valor R$ 3.547,16 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 259, lançado a débito* em sua conta corrente 38500-X, agência 148-1, na data acima.

Pagamento efetuado a MARIA LAURA MARTINS, na conta 106.291, agência 0148 do banco 001.

(Três mil e quinhentos e quarenta e sete reais e dezesseis 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 19/03/2021 11:27:39

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 000196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36 CC: ENFERMAGEM UTI Folha Mensal
Mensalista Janeiro de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
3536	MARIA LAURA MARTINS	223505	2	1
	ENFERMEIRO (A)	Admissão:		22/05/2020

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.648,29	
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	264,83	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00	
27	ADICIONAL DE COORDENAÇÃO	1.061,58	1.061,58	
998	I.N.S.S.	10,45		438,53
999	IMPOSTO DE RENDA	22,50		209,01

Total de Vencimentos	Total de Descontos
4.194,70	647,54
Valor Líquido ⇨	3.547,16

BANCO DO BRASIL 1
conta: 106291-3 Agência: 0148 - 1

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
2.648,29	4.194,70	4.194,70	335,57	3.756,17	22,50

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

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36 CC: ENFERMAGEM UTI Folha Mensal
Mensalista Janeiro de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
3536	MARIA LAURA MARTINS	223505	2	1
	ENFERMEIRO (A)	Admissão:		22/05/2020

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.648,29	
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	264,83	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00	
27	ADICIONAL DE COORDENAÇÃO	1.061,58	1.061,58	
998	I.N.S.S.	10,45		438,53
999	IMPOSTO DE RENDA	22,50		209,01

Total de Vencimentos	Total de Descontos
4.194,70	647,54
Valor Líquido ⇨	3.547,16

BANCO DO BRASIL 1
conta: 106291-3 Agência: 0148 - 1

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
2.648,29	4.194,70	4.194,70	335,57	3.756,17	22,50

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

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

EMPRESA

Aviso de lançamento

G3321911228244661
19/03/2021 11:27:39

Agência 148-1
Conta corrente 38500-X ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

Data 04/02/2021 Valor R$ 1.559,41 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 259, lançado a débito* em sua conta corrente 38500-X, agência 148-1, na data acima.

Pagamento efetuado a MICHELLE GOUVEIA GONÇALVE, na conta 27.375, agência 0148 do banco 001.

(Um mil e quinhentos e cinqüenta e nove 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 19/03/2021 11:27:39

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36 CC: ENFERMAGEM UTI Folha Mensal
Mensalista Janeiro de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2342	MICHELLE GOUVEIA GONÇALVES	322210	2	1
	TECNICO DE ENFERMAGEM DE TERAPIA INTEN:	Admissão:		22/01/2018

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.341,36	
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	134,14	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00	
998	I.N.S.S.	8,03		136,09

	Total de Vencimentos	Total de Descontos
	1.695,50	136,09
Banco do Brasil 1 conta corrente: 27375-9 Agência: 0148 - 1	Valor Líquido ⇨	1.559,41

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.341,36	1.695,50	1.695,50	135,64	1.369,82	0,00

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

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36 CC: ENFERMAGEM UTI Folha Mensal
Mensalista Janeiro de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2342	MICHELLE GOUVEIA GONÇALVES	322210	2	1
	TECNICO DE ENFERMAGEM DE TERAPIA INTEN:	Admissão:		22/01/2018

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.341,36	
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	134,14	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00	
998	I.N.S.S.	8,03		136,09

	Total de Vencimentos	Total de Descontos
	1.695,50	136,09
Banco do Brasil 1 conta corrente: 27375-9 Agência: 0148 - 1	Valor Líquido ⇨	1.559,41

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.341,36	1.695,50	1.695,50	135,64	1.369,82	0,00

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

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

EMPRESA

Aviso de lançamento

G3321911228244661
19/03/2021 11:27:39

Agência 148-1
Conta corrente 38500-X ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

Data 04/02/2021 Valor R$ 1.939,02 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 259, lançado a débito* em sua conta corrente 38500-X, agência 148-1, na data acima.

Pagamento efetuado a ODAIR CAMPOS PEDRO, na conta 62.636, agência 0348 do banco 001.

(Um mil e novecentos e trinta e nove reais e dois centavos)

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

Documento emitido por: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO em 19/03/2021 11:27:39

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36 CC: ENFERMAGEM UTI Mensalista

Folha Mensal
Janeiro de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2453	ODAIR CAMPOS PEDRO	322210	2	1
	TECNICO DE ENFERMAGEM DE TERAPIA INTEN:	Admissão:		21/08/2018

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.341,36	
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	134,14	
854	REFLEXO ADIC. NOTURNO DSR	0,00	71,99	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00	
201	HORAS REDUZIDA	16,48	45,22	
205	ADICIONAL NOTURNO 45%	109,32	299,94	
998	I.N.S.S.	8,22		173,63

Total de Vencimentos	Total de Descontos
2.112,65	173,63

Banco do Brasil 1
conta corrente: 62636-8 Agência: 0348 - 4

Valor Líquido ⇨ 1.939,02

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.341,36	2.112,65	2.112,65	169,01	1.939,02	7,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

__/__/__ Data

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

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36 CC: ENFERMAGEM UTI Mensalista

Folha Mensal
Janeiro de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2453	ODAIR CAMPOS PEDRO	322210	2	1
	TECNICO DE ENFERMAGEM DE TERAPIA INTEN:	Admissão:		21/08/2018

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.341,36	
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	134,14	
854	REFLEXO ADIC. NOTURNO DSR	0,00	71,99	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00	
201	HORAS REDUZIDA	16,48	45,22	
205	ADICIONAL NOTURNO 45%	109,32	299,94	
998	I.N.S.S.	8,22		173,63

Total de Vencimentos	Total de Descontos
2.112,65	173,63

Banco do Brasil 1
conta corrente: 62636-8 Agência: 0348 - 4

Valor Líquido ⇨ 1.939,02

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.341,36	2.112,65	2.112,65	169,01	1.939,02	7,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

__/__/__ Data

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

Convênio nº 000047/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

EMPRESA

Aviso de lançamento

G3321911228244661
19/03/2021 11:27:39

Agência 148-1
Conta corrente 38500-X ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

Data 04/02/2021 Valor R$ 1.559,41 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 259, lançado a débito* em sua conta corrente 38500-X, agência 148-1, na data acima.

Pagamento efetuado a RENATA FERNANDES CARLIM, na conta 25.979, agência 0148 do banco 001.

(Um mil e quinhentos e cinqüenta e nove 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 19/03/2021 11:27:39

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36 CC: ENFERMAGEM UTI Folha Mensal
Mensalista Janeiro de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2343	RENATA FERNANDES CARLIM	322210	2	1
	TECNICO DE ENFERMAGEM DE TERAPIA INTEN:	Admissão:		22/01/2018

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.341,36	
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	134,14	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00	
998	I.N.S.S.	8,03		136,09

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.695,50	136,09

Banco do Brasil 1
conta corrente: 25979-9 Agência: 0148 - 1

Valor Líquido ⇨ 1.559,41

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.341,36	1.695,50	1.695,50	135,64	1.180,23	0,00

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

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36 CC: ENFERMAGEM UTI Folha Mensal
Mensalista Janeiro de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2343	RENATA FERNANDES CARLIM	322210	2	1
	TECNICO DE ENFERMAGEM DE TERAPIA INTEN:	Admissão:		22/01/2018

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.341,36	
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	134,14	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00	
998	I.N.S.S.	8,03		136,09

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.695,50	136,09

Banco do Brasil 1
conta corrente: 25979-9 Agência: 0148 - 1

Valor Líquido ⇨ 1.559,41

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.341,36	1.695,50	1.695,50	135,64	1.180,23	0,00

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

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

EMPRESA

Aviso de lançamento

G3321911228244661
19/03/2021 11:27:39

Agência 148-1
Conta corrente 38500-X ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

Data 04/02/2021 Valor R$ 2.596,97 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 259, lançado a débito* em sua conta corrente 38500-X, agência 148-1, na data acima.

Pagamento efetuado a RENATA FERREIRA, na conta 77.329, agência 0058 do banco 001.

(Dois mil e quinhentos e noventa e seis reais e noventa 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 19/03/2021 11:27:39

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36 CC: ENFERMAGEM UTI Folha Mensal
Mensalista Janeiro de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
26	RENATA FERREIRA	322210	2	1
	TECNICO DE ENFERMAGEM DE TERAPIA INTEN:	Admissão:		01/10/2010

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
276	PARCELA DIFERENÇA DISSÍDIO	171,71	171,71	
8781	DIAS NORMAIS	25,00	1.409,05	
8870	DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTEGRAIS	5,00	281,81	
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	140,91	
264	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	28,18	
854	REFLEXO ADIC. NOTURNO DSR	0,00	113,80	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	183,33	
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	36,67	
201	HORAS REDUZIDA	14,24	60,19	
205	ADICIONAL NOTURNO 45%	113,07	477,96	
998	I.N.S.S.	9,15		265,82
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		40,82

Total de Vencimentos	Total de Descontos
2.903,61	306,64
Valor Líquido ⇨	2.596,97

Banco do brasil 1
conta poupança: 77329-8 Agência: 0058 - 2

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.690,86	2.903,61	2.903,61	232,28	2.448,20	7,50

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

*** PARABÉNS PELO SEU ANIVERSÁRIO NO DIA 03 DE FEVEREIRO ***

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36 CC: ENFERMAGEM UTI Folha Mensal
Mensalista Janeiro de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
26	RENATA FERREIRA	322210	2	1
	TECNICO DE ENFERMAGEM DE TERAPIA INTEN:	Admissão:		01/10/2010

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
276	PARCELA DIFERENÇA DISSÍDIO	171,71	171,71	
8781	DIAS NORMAIS	25,00	1.409,05	
8870	DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTEGRAIS	5,00	281,81	
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	140,91	
264	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	28,18	
854	REFLEXO ADIC. NOTURNO DSR	0,00	113,80	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	183,33	
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	36,67	
201	HORAS REDUZIDA	14,24	60,19	
205	ADICIONAL NOTURNO 45%	113,07	477,96	
998	I.N.S.S.	9,15		265,82
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		40,82

Total de Vencimentos	Total de Descontos
2.903,61	306,64
Valor Líquido ⇨	2.596,97

Banco do brasil 1
conta poupança: 77329-8 Agência: 0058 - 2

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.690,86	2.903,61	2.903,61	232,28	2.448,20	7,50

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

*** PARABÉNS PELO SEU ANIVERSÁRIO NO DIA 03 DE FEVEREIRO ***

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

EMPRESA

Aviso de lançamento

G3321911228244661
19/03/2021 11:27:39

Agência 148-1
Conta corrente 38500-X ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

Data 04/02/2021 Valor R$ 1.963,86 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 259, lançado a débito* em sua conta corrente 38500-X, agência 148-1, na data acima.

Pagamento efetuado a ROGERIO TEOFILO DE ABREU, na conta 88.945, agência 0295 do banco 001.

(Um mil e novecentos e sessenta e três reais e oitenta e seis centavos)

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

Documento emitido por: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO em 19/03/2021 11:27:39

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36 CC: ENFERMAGEM UTI Folha Mensal
Mensalista Janeiro de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2975	ROGERIO TEOFILO DE ABREU PEREIRA	322210	2	1
	TECNICO DE ENFERMAGEM DE TERAPIA INTEN:	Admissão:		19/12/2019

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.341,36	
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	134,14	
854	REFLEXO ADIC. NOTURNO DSR	0,00	77,87	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00	
201	HORAS REDUZIDA	15,36	42,14	
205	ADICIONAL NOTURNO 45%	118,25	324,44	
998	I.N.S.S.	8,23		176,09

Total de Vencimentos	Total de Descontos
2.139,95	176,09

BANCO DO BRASIL 1
conta salário: 88945-8 Agência: 0295 - X

Valor Líquido ⇨ 1.963,86

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.341,36	2.139,95	2.139,95	171,19	1.963,86	7,50

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

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36 CC: ENFERMAGEM UTI Folha Mensal
Mensalista Janeiro de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2975	ROGERIO TEOFILO DE ABREU PEREIRA	322210	2	1
	TECNICO DE ENFERMAGEM DE TERAPIA INTEN:	Admissão:		19/12/2019

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.341,36	
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	134,14	
854	REFLEXO ADIC. NOTURNO DSR	0,00	77,87	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00	
201	HORAS REDUZIDA	15,36	42,14	
205	ADICIONAL NOTURNO 45%	118,25	324,44	
998	I.N.S.S.	8,23		176,09

Total de Vencimentos	Total de Descontos
2.139,95	176,09

BANCO DO BRASIL 1
conta salário: 88945-8 Agência: 0295 - X

Valor Líquido ⇨ 1.963,86

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.341,36	2.139,95	2.139,95	171,19	1.963,86	7,50

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

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

EMPRESA

Aviso de lançamento

G3321911228244661
19/03/2021 11:27:39

Agência 148-1
Conta corrente 38500-X ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

Data 04/02/2021 Valor R$ 3.742,87 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 259, lançado a débito* em sua conta corrente 38500-X, agência 148-1, na data acima.

Pagamento efetuado a ROGERIO VICTOR ROSADO, na conta 20.724, agência 0148 do banco 001.

(Três mil e setecentos e quarenta e dois reais e oitenta e sete centavos)

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

Documento emitido por: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO em 19/03/2021 11:27:39

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0005-36 | CC: ENFERMAGEM UTI Mensalista | Folha Mensal Janeiro de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2160	ROGERIO VICTOR ROSADO	223405	2	1
	FARMACEUTICO (A)	Admissão:		04/10/2017

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.548,41	
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	254,84	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00	
274	ADICIONAL RT	750,00	750,00	
242	REEMBOLSO DESP PAGO	503,41	503,41	
998	I.N.S.S.	10,06		379,53
999	IMPOSTO DE RENDA	15,00		154,26

Total de Vencimentos	Total de Descontos
4.276,66	533,79
Valor Líquido ⇨	3.742,87

BANCO DO BRASIL 1
conta corrente: 20724-1 Agência: 148 - 1

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
2.548,41	3.773,25	3.773,25	301,86	3.393,72	15,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

__/__/__ Data

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0005-36 | CC: ENFERMAGEM UTI Mensalista | Folha Mensal Janeiro de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2160	ROGERIO VICTOR ROSADO	223405	2	1
	FARMACEUTICO (A)	Admissão:		04/10/2017

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.548,41	
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	254,84	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00	
274	ADICIONAL RT	750,00	750,00	
242	REEMBOLSO DESP PAGO	503,41	503,41	
998	I.N.S.S.	10,06		379,53
999	IMPOSTO DE RENDA	15,00		154,26

Total de Vencimentos	Total de Descontos
4.276,66	533,79
Valor Líquido ⇨	3.742,87

BANCO DO BRASIL 1
conta corrente: 20724-1 Agência: 148 - 1

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
2.548,41	3.773,25	3.773,25	301,86	3.393,72	15,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

__/__/__ Data

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

EMPRESA

Aviso de lançamento

G3321911228244661
19/03/2021 11:27:39

Agência 148-1
Conta corrente 38500-X ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

Data 04/02/2021 Valor R$ 3.982,01 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 259, lançado a débito* em sua conta corrente 38500-X, agência 148-1, na data acima.

Pagamento efetuado a SANDRA REGINA CORREIA BAL, na conta 8.883, agência 2080 do banco 001.

(Três mil e novecentos e oitenta e dois reais e um centavo)

* 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 19/03/2021 11:27:39

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36 CC: ENFERMAGEM UTI Folha Mensal
Mensalista Janeiro de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
30	SANDRA REGINA CORREIA BALBINO	223525	2	1
	ENFERMEIRO (A) DE TERAPIA INTENSIVA	Admissão:	03/11/2014	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
276	PARCELA DIFERENÇA DISSÍDIO	224,83	224,83	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.886,86	
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	288,69	
854	REFLEXO ADIC. NOTURNO DSR	0,00	203,59	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00	
201	HORAS REDUZIDA	15,36	110,86	
205	ADICIONAL NOTURNO 45%	117,54	848,30	
998	I.N.S.S.	10,89		520,91
999	IMPOSTO DE RENDA	22,50		280,21

Total de Vencimentos	Total de Descontos
4.783,13	801,12
Valor Líquido ⇨	3.982,01

Banco do Brasil 1
conta corrente: 8883-8 Agência: 2080 - X

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
2.886,86	4.783,13	4.783,13	382,65	4.072,63	22,50

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

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36 CC: ENFERMAGEM UTI Folha Mensal
Mensalista Janeiro de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
30	SANDRA REGINA CORREIA BALBINO	223525	2	1
	ENFERMEIRO (A) DE TERAPIA INTENSIVA	Admissão:	03/11/2014	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
276	PARCELA DIFERENÇA DISSÍDIO	224,83	224,83	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.886,86	
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	288,69	
854	REFLEXO ADIC. NOTURNO DSR	0,00	203,59	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00	
201	HORAS REDUZIDA	15,36	110,86	
205	ADICIONAL NOTURNO 45%	117,54	848,30	
998	I.N.S.S.	10,89		520,91
999	IMPOSTO DE RENDA	22,50		280,21

Total de Vencimentos	Total de Descontos
4.783,13	801,12
Valor Líquido ⇨	3.982,01

Banco do Brasil 1
conta corrente: 8883-8 Agência: 2080 - X

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
2.886,86	4.783,13	4.783,13	382,65	4.072,63	22,50

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

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

EMPRESA

Aviso de lançamento

G3321911228244661
19/03/2021 11:27:39

Agência 148-1
Conta corrente 38500-X ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

Data 04/02/2021 Valor R$ 3.921,46 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 259, lançado a débito* em sua conta corrente 38500-X, agência 148-1, na data acima.

Pagamento efetuado a SHAWANA DE SOUZA, na conta 26.573, agência 0148 do banco 001.

(Três mil e novecentos e vinte e um reais e quarenta e seis centavos)

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

Documento emitido por: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO em 19/03/2021 11:27:39

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36 CC: ENFERMAGEM UTI Mensalista Folha Mensal Janeiro de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
31	SHAWANA DE SOUZA	223525	2	1
	ENFERMEIRO (A) DE TERAPIA INTENSIVA	Admissão:	07/07/2014	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
276	PARCELA DIFERENÇA DISSÍDIO	157,28	157,28	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.886,86	
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	288,69	
854	REFLEXO ADIC. NOTURNO DSR	0,00	211,47	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00	
201	HORAS REDUZIDA	15,36	110,86	
205	ADICIONAL NOTURNO 45%	122,09	881,14	
998	I.N.S.S.	10,87		517,16
999	IMPOSTO DE RENDA	22,50		317,68

Total de Vencimentos	Total de Descontos
4.756,30	834,84
Valor Líquido ⇨	3.921,46

Banco do Brasil 1
conta corrente: 26573-X Agência: 0148 - 1

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
2.886,86	4.756,30	4.756,30	380,50	4.239,14	22,50

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

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36 CC: ENFERMAGEM UTI Mensalista Folha Mensal Janeiro de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
31	SHAWANA DE SOUZA	223525	2	1
	ENFERMEIRO (A) DE TERAPIA INTENSIVA	Admissão:	07/07/2014	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
276	PARCELA DIFERENÇA DISSÍDIO	157,28	157,28	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.886,86	
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	288,69	
854	REFLEXO ADIC. NOTURNO DSR	0,00	211,47	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00	
201	HORAS REDUZIDA	15,36	110,86	
205	ADICIONAL NOTURNO 45%	122,09	881,14	
998	I.N.S.S.	10,87		517,16
999	IMPOSTO DE RENDA	22,50		317,68

Total de Vencimentos	Total de Descontos
4.756,30	834,84
Valor Líquido ⇨	3.921,46

Banco do Brasil 1
conta corrente: 26573-X Agência: 0148 - 1

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
2.886,86	4.756,30	4.756,30	380,50	4.239,14	22,50

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

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36 CC: ENFERMAGEM UTI Folha Mensal
Mensalista Janeiro de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
10	CLAUDINEIA DA COSTA SILVA	322210	2	1
	TECNICO DE ENFERMAGEM DE TERAPIA INTEN:	Admissão:	02/08/2012	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8785	DIAS AFAST.INSS (P/DOENCA)	30,00	1.578,78	
8013	INSALUB 20% DOENCA	20,00	220,00	
8801	DESCONTO DIAS AFASTADOS	30,00		1.798,78

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.798,78	1.798,78

BANCO DO BRASIL 1
conta salário: 86790-X Agência: 0295 - X

Valor Líquido ⇨ 0,00

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.578,78	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

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

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36 CC: ENFERMAGEM UTI Folha Mensal
Mensalista Janeiro de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
10	CLAUDINEIA DA COSTA SILVA	322210	2	1
	TECNICO DE ENFERMAGEM DE TERAPIA INTEN:	Admissão:	02/08/2012	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8785	DIAS AFAST.INSS (P/DOENCA)	30,00	1.578,78	
8013	INSALUB 20% DOENCA	20,00	220,00	
8801	DESCONTO DIAS AFASTADOS	30,00		1.798,78

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.798,78	1.798,78

BANCO DO BRASIL 1
conta salário: 86790-X Agência: 0295 - X

Valor Líquido ⇨ 0,00

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.578,78	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 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0005-36 CC: ENFERMAGEM UTI Mensalista

Folha Mensal
Janeiro de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
16	CRISTIANE PERIN SPINOZA	322210	2	1
	TECNICO DE ENFERMAGEM DE TERAPIA INTEN:	Admissão:	03/01/2011	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8788	DIAS AFAST S/ VENCTO	30,00	1.690,86	
990	ESTOURO DO MES	0,00	64,65	
8017	INSALUB 20% AFASTAMENTO	20,00	220,00	
8801	DESCONTO DIAS AFASTADOS	30,00		1.910,86
991	ESTOURO MES ANTERIOR	64,65		64,65

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.975,51	1.975,51
Valor Líquido ⇨	0,00

Banco do Brasil 1
conta corrente: 18365-2 Agência: 0148 - 1

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.690,86	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0005-36 CC: ENFERMAGEM UTI Mensalista

Folha Mensal
Janeiro de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
16	CRISTIANE PERIN SPINOZA	322210	2	1
	TECNICO DE ENFERMAGEM DE TERAPIA INTEN:	Admissão:	03/01/2011	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8788	DIAS AFAST S/ VENCTO	30,00	1.690,86	
990	ESTOURO DO MES	0,00	64,65	
8017	INSALUB 20% AFASTAMENTO	20,00	220,00	
8801	DESCONTO DIAS AFASTADOS	30,00		1.910,86
991	ESTOURO MES ANTERIOR	64,65		64,65

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.975,51	1.975,51
Valor Líquido ⇨	0,00

Banco do Brasil 1
conta corrente: 18365-2 Agência: 0148 - 1

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.690,86	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 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

05/02/2021 - BANCO DO BRASIL - 13:04:34
014800148 SEGUNDA VIA 0003
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X
==========
DATA DA TRANSFERENCIA 05/02/2021
NR. DOCUMENTO 550.058.000.067.966
VALOR TOTAL 1.522,79
****** TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: LUCAS MOREIRA
AGENCIA: 0058-2 CONTA: 67.966-6
NR. DOCUMENTO 550.148.000.038.500
==========
NR.AUTENTICACAO 3.483.EA1.44E.238.B9E

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36 CC: AUTONOMOS UTI Folha Mensal
Mensalista Janeiro de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
3645	LUCAS MOREIRA	322205	2	1
	TEC. ENFERMAGEM	Admissão:		16/07/2020

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	21,00	938,95	
8870	DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTEGRAIS	9,00	402,41	
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	93,90	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	154,00	
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	66,00	
998	I.N.S.S.	8,00		132,47

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.655,26	132,47
Valor Líquido ⇨	1.522,79

Banco do brasil 1
conta corrente: 67966-6 Agência: 0058 - 2

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.341,36	1.655,26	1.655,26	132,42	1.522,79	0,00

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

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36 CC: AUTONOMOS UTI Folha Mensal
Mensalista Janeiro de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
3645	LUCAS MOREIRA	322205	2	1
	TEC. ENFERMAGEM	Admissão:		16/07/2020

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	21,00	938,95	
8870	DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTEGRAIS	9,00	402,41	
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	93,90	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	154,00	
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	66,00	
998	I.N.S.S.	8,00		132,47

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.655,26	132,47
Valor Líquido ⇨	1.522,79

Banco do brasil 1
conta corrente: 67966-6 Agência: 0058 - 2

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.341,36	1.655,26	1.655,26	132,42	1.522,79	0,00

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

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

05/02/2021 - BANCO DO BRASIL - 13:04:34
014800148 SEGUNDA VIA 0003
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X
==========
DATA DA TRANSFERENCIA 05/02/2021
NR. DOCUMENTO 550.148.000.026.572
VALOR TOTAL 1.796,79
****** TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: LUIZ GUSTAVO DE AZEVEDO
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 26.572-1
NR. DOCUMENTO 550.148.000.038.500
==========
NR.AUTENTICACAO 3.428.B5E.3A3.8E7.09E

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0005-36 | CC: ENFERMAGEM UTI Horista | Folha Mensal Janeiro de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
3747	LUIZ GUSTAVO DE AZEVEDO	322205	2	1
	TEC. ENFERMAGEM	Admissão:	20/09/2020	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
9435	HORAS TRAB INTERMITENTE	143,00	872,30	
9437	DSR HORISTA INTERMITENTE	0,00	209,35	
854	REFLEXO ADIC. NOTURNO DSR	0,00	73,79	
9442	FERIAS PROPORC TRAB INTERMITENTE	1,00	131,19	
9443	1/3 FERIAS PROPORC TRAB INTERMITENTE	33,33	43,73	
9441	13 SALARIO TRAB INTERMITENTE	1,00	131,19	
289	INSALUBRIDADE 20% INTERMITENTE	20,00	143,00	
201	HORAS REDUZIDA	15,36	42,16	
205	ADICIONAL NOTURNO 45%	112,01	307,47	
825	INSS 13o SALARIO	7,50		9,83
998	I.N.S.S.	8,09		147,56

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.954,18	157,39
Valor Líquido ⇨	1.796,79

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
6,10	1.954,18	1.954,18	156,32	1.796,79	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0005-36 | CC: ENFERMAGEM UTI Horista | Folha Mensal Janeiro de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
3747	LUIZ GUSTAVO DE AZEVEDO	322205	2	1
	TEC. ENFERMAGEM	Admissão:	20/09/2020	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
9435	HORAS TRAB INTERMITENTE	143,00	872,30	
9437	DSR HORISTA INTERMITENTE	0,00	209,35	
854	REFLEXO ADIC. NOTURNO DSR	0,00	73,79	
9442	FERIAS PROPORC TRAB INTERMITENTE	1,00	131,19	
9443	1/3 FERIAS PROPORC TRAB INTERMITENTE	33,33	43,73	
9441	13 SALARIO TRAB INTERMITENTE	1,00	131,19	
289	INSALUBRIDADE 20% INTERMITENTE	20,00	143,00	
201	HORAS REDUZIDA	15,36	42,16	
205	ADICIONAL NOTURNO 45%	112,01	307,47	
825	INSS 13o SALARIO	7,50		9,83
998	I.N.S.S.	8,09		147,56

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.954,18	157,39
Valor Líquido ⇨	1.796,79

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
6,10	1.954,18	1.954,18	156,32	1.796,79	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

05/02/2021 - BANCO DO BRASIL - 13:04:34
014800148 SEGUNDA VIA 0002
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X
==========
DATA DA TRANSFERENCIA 05/02/2021
NR. DOCUMENTO 550.148.000.107.117
VALOR TOTAL 1.718,20
****** TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: EDUARDO LOPES DOS SANTOS
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 107.117-3
NR. DOCUMENTO 550.148.000.038.500
==========
NR.AUTENTICACAO B.4E2.09A.940.B8A.B8E

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36 CC: ENFERMAGEM UTI Folha Mensal
Mensalista Janeiro de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
3210	EDUARDO LOPES DOS SANTOS	325110	2	1
	TEC. DE FARMACIA	Admissão:	11/05/2020	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.500,00	
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	150,00	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00	
998	I.N.S.S.	8,12		151,80

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.870,00	151,80
Valor Líquido ⇨	1.718,20

BANCO DO BRASIL 1
conta: 90885-1 Agência: 0295 - X

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.500,00	1.870,00	1.870,00	149,60	1.718,20	0,00

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

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36 CC: ENFERMAGEM UTI Folha Mensal
Mensalista Janeiro de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
3210	EDUARDO LOPES DOS SANTOS	325110	2	1
	TEC. DE FARMACIA	Admissão:	11/05/2020	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.500,00	
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	150,00	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00	
998	I.N.S.S.	8,12		151,80

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.870,00	151,80
Valor Líquido ⇨	1.718,20

BANCO DO BRASIL 1
conta: 90885-1 Agência: 0295 - X

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.500,00	1.870,00	1.870,00	149,60	1.718,20	0,00

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

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
26/02/2021 - AUTOATENDIMENTO - 16.28.42
0148100148 SEGUNDA VIA 0002
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE
TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL
CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
BANCO: 341 - ITAU UNIBANCO S.A.
AGENCIA: 0218-6 - LINS SP
CONTA: 16.499-4

FAVORECIDO: GREGORY AGUIAR DE ALMEIDA
CPF/CNPJ: 407.996.948-19
VALOR: R$ 1.559,41
DEBITO EM: 05/02/2021

DOCUMENTO: 020501
AUTENTICACAO SISBB: 8.0E1.528.997.702.C3D

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36 CC: ENFERMAGEM UTI Mensalista

Folha Mensal
Janeiro de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
3570	GREGORY AGUIAR DE ALMEIDA	322205	2	1
	TEC. ENFERMAGEM	Admissão:		11/06/2020

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.341,36	
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	134,14	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00	
998	I.N.S.S.	8,03		136,09

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.695,50	136,09
Valor Líquido ⇨	1.559,41

BANCO DO BRASIL 1
conta: 90882-7 Agência: 0295 - X

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.341,36	1.695,50	1.695,50	135,64	1.559,41	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

__/__/__ Data

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36 CC: ENFERMAGEM UTI Mensalista

Folha Mensal
Janeiro de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
3570	GREGORY AGUIAR DE ALMEIDA	322205	2	1
	TEC. ENFERMAGEM	Admissão:		11/06/2020

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.341,36	
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	134,14	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00	
998	I.N.S.S.	8,03		136,09

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.695,50	136,09
Valor Líquido ⇨	1.559,41

BANCO DO BRASIL 1
conta: 90882-7 Agência: 0295 - X

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.341,36	1.695,50	1.695,50	135,64	1.559,41	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

__/__/__ Data

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
26/02/2021 - AUTOATENDIMENTO - 16.28.42
0148100148 SEGUNDA VIA 0002
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE
TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL
CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
BANCO: 033 - BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.
AGENCIA: 0046-9 - LINS
CONTA: 1.026.571-6

FAVORECIDO: PRISCILLA CHRISTINA COSTA DINALLI
CPF/CNPJ: 361.830.508-73
VALOR: R$ 725,79
DEBITO EM: 05/02/2021

DOCUMENTO: 020502
AUTENTICACAO SISBB: 0.D07.828.91A.421.F90

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36 CC: ENFERMAGEM UTI Horista

Folha Mensal
Janeiro de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
3833	PRISCILLA CHRISTINA COSTA DINALLI	223505	2	1
	ENFERMEIRO (A)	Admissão:		01/11/2020

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
9435	HORAS TRAB INTERMITENTE	44,00	529,76	
9437	DSR HORISTA INTERMITENTE	0,00	127,14	
9442	FERIAS PROPORC TRAB INTERMITENTE	1,00	54,74	
9443	1/3 FERIAS PROPORC TRAB INTERMITENTE	33,33	18,25	
9441	13 SALARIO TRAB INTERMITENTE	1,00	54,74	
825	INSS 13o SALARIO	7,50		4,10
998	I.N.S.S.	7,50		54,74

Total de Vencimentos	Total de Descontos
784,63	58,84
Valor Líquido ⇨	725,79

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
12,04	784,63	784,63	62,76	725,79	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36 CC: ENFERMAGEM UTI Horista

Folha Mensal
Janeiro de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
3833	PRISCILLA CHRISTINA COSTA DINALLI	223505	2	1
	ENFERMEIRO (A)	Admissão:		01/11/2020

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
9435	HORAS TRAB INTERMITENTE	44,00	529,76	
9437	DSR HORISTA INTERMITENTE	0,00	127,14	
9442	FERIAS PROPORC TRAB INTERMITENTE	1,00	54,74	
9443	1/3 FERIAS PROPORC TRAB INTERMITENTE	33,33	18,25	
9441	13 SALARIO TRAB INTERMITENTE	1,00	54,74	
825	INSS 13o SALARIO	7,50		4,10
998	I.N.S.S.	7,50		54,74

Total de Vencimentos	Total de Descontos
784,63	58,84
Valor Líquido ⇨	725,79

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
12,04	784,63	784,63	62,76	725,79	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
26/02/2021 - AUTOATENDIMENTO - 16.28.43
0148100148 SEGUNDA VIA 0001
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE
TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL
CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
BANCO: 341 - ITAU UNIBANCO S.A.
AGENCIA: 6413-0 - GUARULHOS/VILA ZAIRA
CONTA: 8.768-2

FAVORECIDO: ALESSANDRA DE MACEDO
CPF/CNPJ: 067.209.378-20
VALOR: R$ 2.212,21
DEBITO EM: 05/02/2021

DOCUMENTO: 020503
AUTENTICACAO SISBB: B.D1E.3C1.913.DB0.544

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36 CC: ENFERMAGEM UTI Folha Mensal
Mensalista Janeiro de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
3025	ALESSANDRA DE MACEDO	411005	2	1
	AUX. ADMINIST.	Admissão:		01/04/2020

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.000,00	
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	200,00	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00	
998	I.N.S.S.	8,59		207,79

Total de Vencimentos	Total de Descontos
2.420,00	207,79
Valor Líquido ⇨	2.212,21

BANCO DO BRASIL 1
conta: 90886-0 Agência: 0295 - X

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
2.000,00	2.420,00	2.420,00	193,60	2.022,62	7,50

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

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36 CC: ENFERMAGEM UTI Folha Mensal
Mensalista Janeiro de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
3025	ALESSANDRA DE MACEDO	411005	2	1
	AUX. ADMINIST.	Admissão:		01/04/2020

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.000,00	
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	200,00	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00	
998	I.N.S.S.	8,59		207,79

Total de Vencimentos	Total de Descontos
2.420,00	207,79
Valor Líquido ⇨	2.212,21

BANCO DO BRASIL 1
conta: 90886-0 Agência: 0295 - X

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
2.000,00	2.420,00	2.420,00	193,60	2.022,62	7,50

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

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
26/02/2021 - AUTOATENDIMENTO - 16.28.43
0148100148 SEGUNDA VIA 0001
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE
TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL
CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
BANCO: 341 - ITAU UNIBANCO S.A.
AGENCIA: 0460-X - PROMISSAO SP
CONTA: 17.436-0

FAVORECIDO: JORGE LUIZ DE MOURA BARRETO
CPF/CNPJ: 395.058.738-16
VALOR: R$ 1.559,41
DEBITO EM: 05/02/2021

DOCUMENTO: 020504
AUTENTICACAO SISBB: 0.817.326.150.AA8.13E

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36 CC: ENFERMAGEM UTI Folha Mensal
Mensalista Janeiro de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
3799	JORGE LUIZ DE MOURA BARRETO	322205	2	1
	TEC. ENFERMAGEM	Admissão:	08/10/2020	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.341,36	
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	134,14	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00	
998	I.N.S.S.	8,03		136,09

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.695,50	136,09
Valor Líquido ⇨	1.559,41

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.341,36	1.695,50	1.695,50	135,64	1.559,41	0,00

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

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36 CC: ENFERMAGEM UTI Folha Mensal
Mensalista Janeiro de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
3799	JORGE LUIZ DE MOURA BARRETO	322205	2	1
	TEC. ENFERMAGEM	Admissão:	08/10/2020	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.341,36	
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	134,14	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00	
998	I.N.S.S.	8,03		136,09

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.695,50	136,09
Valor Líquido ⇨	1.559,41

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.341,36	1.695,50	1.695,50	135,64	1.559,41	0,00

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

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 000196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
26/02/2021 - AUTOATENDIMENTO - 16.28.43
0148100148 SEGUNDA VIA 0001
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE
TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL
CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
BANCO: 033 - BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.
AGENCIA: 0629-7 - PROMISSAO
CONTA: 1.016.804-3

FAVORECIDO: NATALICE OVERTA NOVELLI BONFIM
CPF/CNPJ: 029.450.008-14
VALOR: R$ 1.659,08
DEBITO EM: 05/02/2021

DOCUMENTO: 020505
AUTENTICACAO SISBB: 5.DCF.486.43D.172.217

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36 CC: ENFERMAGEM UTI Horista Folha Mensal Janeiro de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
3820	NATALICE OVERTA NOVELLI BONFIM	322205	2	1
	TEC. ENFERMAGEM	Admissão:	01/11/2020	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
9435	HORAS TRAB INTERMITENTE	143,00	872,30	
9437	DSR HORISTA INTERMITENTE	0,00	209,35	
854	REFLEXO ADIC. NOTURNO DSR	0,00	77,08	
9442	FERIAS PROPORC TRAB INTERMITENTE	1,00	120,42	
9443	1/3 FERIAS PROPORC TRAB INTERMITENTE	33,33	40,14	
9441	13 SALARIO TRAB INTERMITENTE	1,00	120,42	
201	HORAS REDUZIDA	15,36	42,16	
205	ADICIONAL NOTURNO 45%	117,00	321,17	
825	INSS 13o SALARIO	7,50		9,03
998	I.N.S.S.	8,02		134,93

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.803,04	143,96
Valor Líquido ⇨	1.659,08

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
6,10	1.803,04	1.803,04	144,23	1.659,08	0,00

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

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36 CC: ENFERMAGEM UTI Horista Folha Mensal Janeiro de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
3820	NATALICE OVERTA NOVELLI BONFIM	322205	2	1
	TEC. ENFERMAGEM	Admissão:	01/11/2020	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
9435	HORAS TRAB INTERMITENTE	143,00	872,30	
9437	DSR HORISTA INTERMITENTE	0,00	209,35	
854	REFLEXO ADIC. NOTURNO DSR	0,00	77,08	
9442	FERIAS PROPORC TRAB INTERMITENTE	1,00	120,42	
9443	1/3 FERIAS PROPORC TRAB INTERMITENTE	33,33	40,14	
9441	13 SALARIO TRAB INTERMITENTE	1,00	120,42	
201	HORAS REDUZIDA	15,36	42,16	
205	ADICIONAL NOTURNO 45%	117,00	321,17	
825	INSS 13o SALARIO	7,50		9,03
998	I.N.S.S.	8,02		134,93

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.803,04	143,96
Valor Líquido ⇨	1.659,08

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
6,10	1.803,04	1.803,04	144,23	1.659,08	0,00

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

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
26/02/2021 - AUTOATENDIMENTO - 16.28.43
0148100148 SEGUNDA VIA 0004

COMPROVANTE DE PAGAMENTO

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

Convenio	FGTS ARRECADACAO GRF	
Codigo de Barras	85880000091-1	45560179210-9
	20764905084-3	53494610005-1
Data do pagamento		05/02/2021
CNPJ/CEI/CPF		45349461/0005-36
COMPETENCIA		01/2021
CODIGO RECOLHIMENTO		115
VENCIMENTO		07/02/2021
VALOR DEPOSITO		9.145,56
Valor Total		9.145,56

DOCUMENTO: 020506
AUTENTICACAO SISBB: E.FDD.93F.FBD.0E9.7C7

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

FGTS
FUNDO DE GARANTIA DO TEMPO DE SERVIÇO

GRF - GUIA DE RECOLHIMENTO DO FGTS
GERADA EM 04/02/2021 - 14:36:01

GFIP - SEFIP 8.40

01-RAZÃO SOCIAL/NOME				02-DDD/TELEFONE
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL				(0014)35325198
03-FPAS	04-SIMPLES	05-REMUNERAÇÃO	06-QTDE TRABALHADORES	07-ALÍQUOTA FGTS
639	1	114.319,52	41	8
08-CÓD RECOLHIMENTO	09-ID RECOLHIMENTO	10-INSCRIÇÃO/TIPO (8)	11-COMPETÊNCIA	12-DATA DE VALIDADE
115	017980-9	45.349.461/0005-36	01/2021	07/02/2021

13-DEPÓSITO + CONTRIB SOCIAL	14-ENCARGOS	15-TOTAL A RECOLHER
9.145,56	0,00	9.145,56

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

858800000911 455601792109 207649050843 534946100051

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

FGTS
FUNDO DE GARANTIA DO TEMPO DE SERVIÇO

GRF - GUIA DE RECOLHIMENTO DO FGTS
GERADA EM 04/02/2021 - 14:36:01

GFIP - SEFIP 8.40

01-RAZÃO SOCIAL/NOME				02-DDD/TELEFONE
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL				(0014)35325198
03-FPAS	04-SIMPLES	05-REMUNERAÇÃO	06-QTDE TRABALHADORES	07-ALÍQUOTA FGTS
639	1	114.319,52	41	8
08-CÓD RECOLHIMENTO	09-ID RECOLHIMENTO	10-INSCRIÇÃO/TIPO (8)	11-COMPETÊNCIA	12-DATA DE VALIDADE
115	017980-9	45.349.461/0005-36	01/2021	07/02/2021

13-DEPÓSITO + CONTRIB SOCIAL	14-ENCARGOS	15-TOTAL A RECOLHER
9.145,56	0,00	9.145,56

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

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

858800000911 455601792109 207649050843 534946100051

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO - MTE — MINISTÉRIO DA FAZENDA - MF — DATA: 04/02/2021
GFIP - SEFIP 8.40 (29/03/2020) TABELAS 42.0 (15/01/2021) — HORA: 14:36:01
PÁG : 0001/0008

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

858800000911 455601792109 207649050843 534946100051

EMPRESA: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL — INSCRIÇÃO: 45.349.461/0005-36
COMP: 01/2021 COD REC: 115 COD GPS: 2305 FPAS: 639 OUTRAS ENT: SIMPLES: 1 RAT: 2,0 FAP: 0,50 RAT AJUSTADO: 1,00
TOMADOR/OBRA: INSCRIÇÃO:

NOME TRABALHADOR	PIS/PASEP/CI	ADMISSÃO	CAT	OCOR	DATA/COD MOVIMENTAÇÃO		CBO
REM SEM 13° SAL / REM 13°SAL	BASE CÁL 13°SAL PREV SOC / BASE CÁL PREV SOCIAL	CONTRIB SEG DEVIDA			DEPÓSITO		JAM
IZABEL CRISTINA FERREIRA PALHARINI DE CA	122.83576.08-5	06/12/2016	01		24/10/2020	P1	03222
1.324,71 / 0,00	0,00	102,72			105,98		0,00
IZABEL CRISTINA FERREIRA PALHARINI DE CA	122.83576.08-5	06/12/2016	01		07/01/2021	Z5	03222
FABIANA XAVIER DOS SANTOS	161.05281.67-7	22/01/2018	01		14/01/2021	P2	03222
737,58 / 0,00	0,00	55,31			59,00		0,00
LARISSA DE SOUZA RODRIGUES	207.85730.42-1	10/02/2018	01	05	20/11/2020	Q1	03222
1.583,40 / 0,00	0,00	126,00			126,67		0,00
ADRIANA SIMONE DE MORAES BAZAN	125.26263.14-1	20/11/2014	01	03			03222
2.065,16 / 0,00	0,00	169,36			165,22		0,00
ALESSANDRA DE MACEDO	190.56543.56-6	01/04/2020	01				04110
2.420,00 / 0,00	0,00	207,79			193,60		0,00
ANA ALICE SILVA PAZIN	207.14325.59-1	06/07/2019	01				02235
3.765,94 / 0,00	0,00	378,51			301,27		0,00
ANDRE LUIZ DE OLIVEIRA	129.41766.14-8	01/11/2011	01	03			02236
5.139,14 / 0,00	0,00	570,75			411,13		0,00
ANTONIO MARCOS ESTEVES	126.16041.17-2	15/10/2008	01	03			03222
2.499,47 / 0,00	0,00	217,32			199,96		0,00
APARECIDA CARDOSO DO NASCIMENTO	126.92957.17-4	08/06/2018	01				03222
2.157,33 / 0,00	0,00	177,65			172,59		0,00
ARETUZA FERNANDES DE CASTRO RIBEIRO	126.54635.18-1	19/02/2016	01	03			02235
5.148,46 / 1.625,60	0,00	572,06			541,93		0,00
BEATRIZ SANTOS RAMOS	160.07271.22-7	22/01/2018	01				03222
1.695,50 / 0,00	0,00	136,09			135,64		0,00
CRISTIANA ARANHA	125.49368.01-2	25/02/2016	01	03			03222
2.115,58 / 0,00	0,00	173,90			169,25		0,00
EDUARDA LUCIO GABILO SANDES	127.24728.17-5	03/01/2011	01	03			03222
2.965,15 / 0,00	0,00	273,21			237,22		0,00
EDUARDO LOPES DOS SANTOS	207.85732.26-2	11/05/2020	01				03251
1.870,00 / 0,00	0,00	151,80			149,60		0,00

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

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

858800000911 455601792109 207649050843 534946100051

EMPRESA: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL — INSCRIÇÃO: 45.349.461/0005-36
COMP: 01/2021 COD REC: 115 COD GPS: 2305 FPAS: 639 OUTRAS ENT: SIMPLES: 1 RAT: 2.0 FAP: 0.50 RAT AJUSTADO: 1.00
TOMADOR/OBRA: INSCRIÇÃO:

NOME TRABALHADOR	PIS/PASEP/CI	ADMISSÃO	CAT	OCOR	DATA/COD MOVIMENTAÇÃO	CBO
REM SEM 13° SAL / REM 13°SAL	BASE CÁL 13°SAL PREV SOC / BASE CÁL PREV SOCIAL	CONTRIB SEG DEVIDA			DEPÓSITO	JAM
GISLAINE CRISTINA HERREIRA FRESNEDA FRES	128.46103.14-5	11/04/2020	01			03222
1.695,50 / 0,00	0,00	136,09			135,64	0,00
GREGORY AGUIAR DE ALMEIDA	207.11639.66-8	11/06/2020	01			03222
1.695,50 / 0,00	0,00	136,09			135,64	0,00
GUILHERME HENRIQUE COSTA SILVA	142.74601.07-9	23/05/2019	01			03222
1.695,50 / 0,00	0,00	136,09			135,64	0,00
GUILHERME TAVARES GONCALVES	162.03939.86-3	11/11/2019	01			03222
2.500,57 / 847,75	0,00	217,46			267,86	0,00
JORGE LUIZ DE MOURA BARRETO	202.10679.61-6	08/10/2020	01			03222
1.695,50 / 0,00	0,00	136,09			135,64	0,00
KARINA ZIMIANI DONALONSO	128.81383.15-9	18/09/2006	01	03		02236
7.763,83 / 1.884,70	0,00	751,97			771,88	0,00
LEANDRO BEZERRA DA SILVA	126.58431.93-9	12/04/2019	01			03222
1.978,09 / 0,00	0,00	161,52			158,25	0,00
LIDIANE MERCE DA SILVA LEAL	136.46361.97-1	01/04/2016	01			02236
4.281,87 / 0,00	0,00	450,74			342,54	0,00
LILIAN CARLA FERNANDES	163.99947.32-5	20/06/2011	01	03		03222
2.938,40 / 0,00	0,00	270,00			235,07	0,00
LUCAS MOREIRA	190.53085.42-7	16/07/2020	01			03222
1.655,26 / 0,00	0,00	132,47			132,42	0,00
LUZIA DE ALMEIDA PEREIRA	129.25762.18-4	13/10/2008	01	03		03222
2.449,95 / 0,00	0,00	211,38			195,99	0,00
MARCIA APARECIDA MORILHAS RIBEIRO	127.27417.15-4	06/12/2016	01			02235
4.195,28 / 0,00	0,00	438,61			335,63	0,00
MARCIA MARIA BARBOSA DE CANDIO	180.78748.63-4	01/06/2012	01	03		03222
2.395,55 / 978,33	0,00	204,85			269,91	0,00
MARIA ANGELICA PRADO LAMONATO SANTANA	164.47914.92-4	02/03/2016	01	03		03222
2.258,59 / 0,00	0,00	188,42			180,68	0,00
MARIA LAURA MARTINS	207.78769.18-0	22/05/2020	01			02235
4.194,70 / 0,00	0,00	438,53			335,57	0,00

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

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

858800000911 455601792109 207649050843 534946100051

EMPRESA: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL
COMP: 01/2021 COD REC: 115 COD GPS: 2305 FPAS: 639 OUTRAS ENT: SIMPLES: 1 RAT: 2.0 INSCRIÇÃO: 45.349.461/0005-36
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
MICHELLE GOUVEIA GONCALVES		126.47271.16-1	22/01/2018	01				03222
1.695,50	0,00	0,00	136,09			135,65		0,00
ODAIR CAMPOS PEDRO		127.44525.15-6	21/08/2018	01				03222
2.112,65	0,00	0,00	173,63			169,02		0,00
RENATA FERNANDES CARLIM		166.94020.84-9	22/01/2018	01				03222
1.695,50	0,00	0,00	136,09			135,64		0,00
RENATA FERREIRA		123.91814.49-8	01/10/2010	01	03			03222
2.903,61	0,00	0,00	265,82			232,29		0,00
ROGERIO TEOFILO DE ABREU PEREIRA		127.50172.16-2	19/12/2019	01				03222
2.139,95	0,00	0,00	176,09			171,19		0,00
ROGERIO VICTOR ROSADO		207.78769.96-2	04/10/2017	01				02234
3.773,25	0,00	0,00	379,53			301,86		0,00
SANDRA REGINA CORREIA BALBINO		125.57824.18-8	03/11/2014	01	03			02235
4.783,13	0,00	0,00	520,91			382,66		0,00
SHAWANA DE SOUZA		190.34161.40-7	07/07/2014	01	03			02235
4.756,30	0,00	0,00	517,16			380,50		0,00
PRISCILLA CHRISTINA COSTA DINALLI		129.53968.15-8	01/11/2020	04		01/01/2021	T1	02235
729,89	54,74	54,74	58,84			62,77		0,00
PRISCILLA CHRISTINA COSTA DINALLI		129.53968.15-8	01/11/2020	04		31/01/2021	T2	02235
ELISA DANIELE MARTINS CASTELANELLI		160.13156.35-3	11/12/2020	04		01/01/2021	T1	03222
1.585,75	114,14	114,14	134,77			135,99		0,00
ELISA DANIELE MARTINS CASTELANELLI		160.13156.35-3	11/12/2020	04		31/01/2021	T2	03222
LUIZ GUSTAVO DE AZEVEDO		204.89227.11-7	20/09/2020	04		01/01/2021	T1	03222
1.822,99	131,19	131,19	157,39			156,33		0,00
LUIZ GUSTAVO DE AZEVEDO		204.89227.11-7	20/09/2020	04		31/01/2021	T2	03222
NATALICE OVERTA NOVELLI BONFIM		267.03991.72-1	01/11/2020	04		01/01/2021	T1	03222
1.682,62	120,42	120,42	143,96			144,24		0,00

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

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

858800000911 455601792109 207649050843 534946100051

EMPRESA: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL — INSCRIÇÃO: 45.349.461/0005-36
COMP: 01/2021 COD REC: 115 COD GPS: 2305 FPAS: 639 OUTRAS ENT: SIMPLES: 1 RAT: 2.0 FAP: 0.50 RAT AJUSTADO: 1.00
TOMADOR/OBRA: — INSCRIÇÃO:

NOME TRABALHADOR	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				
NATALICE OVERTA NOVELLI BONFIM	267.03991.72-1	01/11/2020	04		31/01/2021 T2	03222

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

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

858800000911 455601792109 207649050843 534946100051

EMPRESA: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL
COMP: 01/2021 COD REC: 115 COD GPS: 2305 FPAS: 639 OUTRAS ENT: SIMPLES: 1 RAT: 2.0 INSCRIÇÃO: 45.349.461/0005-36
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				
MARIA ELIANE SCHIMIDTT	126.09605.15-5		13			07823
1,00	0,00	0,00	0,20		0,00	0,00

TOTAIS DA EMPRESA/TOMADOR					
108.563,65	5.756,87	420,49	10.123,26	9.145,56	0,00

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 000196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO - MTE
GFIP - SEFIP 8.40 (29/03/2020) TABELAS 42.0 (15/01/2021)

MINISTÉRIO DA FAZENDA - MF

DATA: 04/02/2021
HORA: 14:36:01
PÁG : 0006/0008

RELAÇÃO DOS TRABALHADORES CONSTANTES NO ARQUIVO SEFIP
RESUMO DO FECHAMENTO - EMPRESA
MODALIDADE : "BRANCO"-RECOLHIMENTO AO FGTS E DECLARAÇÃO À PREVIDÊNCIA
858800000911 455601792109 207649050843 534946100051

EMPRESA: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL
N° DE CONTROLE: Hms8AC30GYf0000-0
N° ARQUIVO: BgfrE0F6tv10000-0
INSCRIÇÃO: 45.349.461/0005-36
COMP: 01/2021 COD REC: 115 COD GPS: 2305 FPAS: 639 OUTRAS ENT: SIMPLES: 1 RAT: 2.0
FAP: 0.50 RAT AJUSTADO: 1.00
TOMADOR/OBRA:
INSCRIÇÃO:

LOGRADOURO: AVENIDA GENERAL EURICO GASPAR DUTRA 620 SALA 1 BAIRRO: CENTRO
CNAE PREPONDERANTE: 8610101
CIDADE: PROMISSAO UF: SP CEP: 16370-000
CNAE: 8610101

CAT	QUANT	REMUNERAÇÃO SEM 13°	REMUNERAÇÃO 13°	BASE CÁL PREV SOC	BASE CÁL 13° PREV SOC
01	37	102.741,40	5.336,38	102.741,40	0,00
04	4	5.821,25	420,49	5.821,25	420,49
13	1	1,00	0,00	1,00	0,00
TOTAIS:	42	108.563,65	5.756,87	108.563,65	420,49

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

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

858800000911 455601792109 207649050843 534946100051

EMPRESA: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL
N° DE CONTROLE: Hms8AC30GYf0000-0
N° ARQUIVO: BgfrE0F6tv10000-0
INSCRIÇÃO: 45.349.461/0005-36
COMP: 01/2021 COD REC: 115 COD GPS: 2305 FPAS: 639 OUTRAS ENT: SIMPLES: 1 RAT: 2.0
FAP: 0.50 RAT AJUSTADO: 1.00
TOMADOR/OBRA:
INSCRIÇÃO:

LOGRADOURO: AVENIDA GENERAL EURICO GASPAR DUTRA 620 SALA 1 BAIRRO: CENTRO
CNAE PREPONDERANTE: 8610101
CIDADE: PROMISSAO UF: SP CEP: 16370-000
CNAE: 8610101

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

	FGTS - 8%
REMUNERAÇÃO SEM 13° SALÁRIO	108.562,65
REMUNERAÇÃO 13° SALARIO	5.756,87
QUANTIDADE TRABALHADORES	41

VALORES DO FGTS
DATA DE RECOLHIMENTO ATÉ 07/02/2021

DEPÓSITO FGTS	ENCARGOS FGTS	CONTRIB SOCIAL	ENCARGOS CONTRIB SOCIAL	TOTAL RECOLHER
9.145,56	0,00	0,00	0,00	9.145,56

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO - MTE — MINISTÉRIO DA FAZENDA - MF — DATA: 04/02/2021
GFIP - SEFIP 8.40 (29/03/2020) TABELAS 42.0 (15/01/2021) — HORA: 14:36:01
PÁG : 0008/0008

RESUMO DAS INFORMAÇÕES À PREVIDÊNCIA SOCIAL CONSTANTES NO ARQUIVO SEFIP
EMPRESA

EMPRESA: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL — Nº DE CONTROLE: Hms8AC30GYf0000-0 — Nº ARQUIVO: BgfrE0F6tv10000-0
INSCRIÇÃO: 45.349.461/0005-36
COMP: 01/2021 COD REC: 115 COD GPS: 2305 FPAS: 639 OUTRAS ENT: SIMPLES: 1 RAT: 2.0 FAP: 0.50 RAT AJUSTADO: 1.00
TOMADOR/OBRA: INSCRIÇÃO:

LOGRADOURO: AVENIDA GENERAL EURICO GASPAR DUTRA 620 SALA 1 BAIRRO: CENTRO CNAE PREPONDERANTE: 8610101
CIDADE: PROMISSAO UF: SP CEP: 16370-000 TELEFONE: 0014 3532 5198 CNAE: 8610101

VALOR DEV PREV SOC CALCULADO SEFIP:	8.539.86	CONTRIB SEGURADOS - DEVIDA:	10.123.26
SALÁRIO FAMÍLIA:	0.00	RECEITA EVENTO DESP/PATROCÍNIO:	0.00
SALÁRIO MATERNIDADE:	1.583.40	PERC DE ISENÇÃO DE FILANTROPIA:	100.00
VALORES PAGOS COOP TRABALHO - SEM ADICIONAL:	0.00	13º SALÁRIO MATERNIDADE:	0.00
VALORES PAGOS COOP TRABALHO - ADIC. 15 ANOS:	0.00	COM PRODUÇÃO PJ:	0.00
VALORES PAGOS COOP TRABALHO - ADIC. 20 ANOS:	0.00	COM PRODUÇÃO PF:	0.00
VALORES PAGOS COOP TRABALHO - ADIC. 25 ANOS:	0.00	VALOR DAS FATURAS EMITIDAS PARA O TOMADOR:	0.00

COMPENSAÇÃO
PERÍODO INICIAL: PERÍODO FINAL: VALOR SOLICITADO: 0.00
VALOR ABATIDO: 0.00 VALOR A COMPENSAR: 0.00 VALOR EXCEDENTE AO LIMITE DOS 30%: 0.00

RETENÇÃO (LEI 9.711/98)
VALOR INFORMADO: 0.00 VALOR ABATIDO PELO SEFIP: 0.00 VALOR A COMPENSAR/RESTITUIR: 0.00

BASE DE CÁLCULO APOSENTADORIA ESPECIAL/OCORRÊNCIA

15 ANOS:	20 ANOS:	25 ANOS:
0.00	50.182.32	0.00
QUANTIDADE: 0	QUANTIDADE: 14	QUANTIDADE: 0

QUANTIDADE DE MOVIMENTAÇÕES / CÓDIGOS

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

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
26/02/2021 - AUTOATENDIMENTO - 16.28.43
0148100148 SEGUNDA VIA 0002

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE
TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

==========

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
BANCO: 033 - BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.
AGENCIA: 0046-9 - LINS
CONTA: 1.021.312-8

FAVORECIDO: ELISA DANIELE MARTINS CASTELANELLI
CPF/CNPJ: 369.984.568-08
VALOR: R$ 1.565,12
DEBITO EM: 05/02/2021

==========

DOCUMENTO: 020507
AUTENTICACAO SISBB: A.603.385.8BC.CBF.9FB

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36 CC: ENFERMAGEM UTI Folha Mensal
Horista Janeiro de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
3898	ELISA DANIELE MARTINS CASTELANELLI	322205	2	1
	TEC. ENFERMAGEM	Admissão:		11/12/2020

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
9435	HORAS TRAB INTERMITENTE	154,00	939,40	
9437	DSR HORISTA INTERMITENTE	0,00	276,29	
9442	FERIAS PROPORC TRAB INTERMITENTE	1,00	114,14	
9443	1/3 FERIAS PROPORC TRAB INTERMITENTE	33,33	38,05	
9441	13 SALARIO TRAB INTERMITENTE	1,00	114,14	
289	INSALUBRIDADE 20% INTERMITENTE	20,00	154,00	
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	63,87	
825	INSS 13o SALARIO	7,50		8,56
998	I.N.S.S.	7,96		126,21

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.699,89	134,77
Valor Líquido ⇨	1.565,12

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
6,10	1.699,89	1.699,89	135,99	1.565,12	0,00

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

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36 CC: ENFERMAGEM UTI Folha Mensal
Horista Janeiro de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
3898	ELISA DANIELE MARTINS CASTELANELLI	322205	2	1
	TEC. ENFERMAGEM	Admissão:		11/12/2020

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
9435	HORAS TRAB INTERMITENTE	154,00	939,40	
9437	DSR HORISTA INTERMITENTE	0,00	276,29	
9442	FERIAS PROPORC TRAB INTERMITENTE	1,00	114,14	
9443	1/3 FERIAS PROPORC TRAB INTERMITENTE	33,33	38,05	
9441	13 SALARIO TRAB INTERMITENTE	1,00	114,14	
289	INSALUBRIDADE 20% INTERMITENTE	20,00	154,00	
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	63,87	
825	INSS 13o SALARIO	7,50		8,56
998	I.N.S.S.	7,96		126,21

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.699,89	134,77
Valor Líquido ⇨	1.565,12

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
6,10	1.699,89	1.699,89	135,99	1.565,12	0,00

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

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 000196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
26/02/2021 - AUTOATENDIMENTO - 16.28.43
0148100148 SEGUNDA VIA 0001
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE
TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL
CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
BANCO: 104 - CAIXA ECONOMICA FEDERAL
AGENCIA: 2949-1 - AVENIDA DOM PEDRO I
CONTA: 2.085-0

FAVORECIDO: PROMEDIRP MATERIAIS, PRODUTOS E SER
CPF/CNPJ: 21.403.138/0001-01
VALOR: R$ 568,00
DEBITO EM: 08/02/2021

DOCUMENTO: 020801
AUTENTICACAO SISBB: A.C45.658.3F6.8D1.821

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

RECEBEMOS DE Promedirp Materiais, Produtos e Serviços LTDA OS PRODUTOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO		NF-e Nº 002044 Série 1
Data de recebimento	Identificação e assinatura do recebedor	

Promedirp Materiais, Produtos e Serviços LTDA
Rua Soares Castilho, 105, Alto da Boa Vista
14.025-309 - Ribeirão Preto - SP
Fone (16) 3443-8021 - promedirp@gmail.com

DANFE

Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica
0-Entrada
1-Saída [1]

Nº 002044
SERIE: 1
Página: 1 de 1

Controle do Fisco

Chave de acesso
3521 0121 4031 3800 0101 5500 1000 0020 4416 4382 8451

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 mercadorias	135210032448083 11/01/2021 15:48:33	
Inscrição Estadual	**Inscr.est. do subst.trib.**	**CNPJ**
797092268110		21.403.138/0001-01

Destinatário/Remetente

Nome / Razão Social	CNPJ/CPF	Inscrição Estadual	Data emissão
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL	45.349.461/0001-02	ISENTO	11/01/2021
Endereço	**Bairro**	**CEP**	**Data saída**
Avenida Jose Ariano Rodrigues, 303 - Sala 03	Jardim Ariano	16.400-400	11/01/2021
Município	**Fone/Fax**	**UF**	**Hora saída**
Lins	(14) 3532-5198	SP	15:47:21

Faturas

Número	Vencimento	Valor	Número	Vencimento	Valor	Número	Vencimento	Valor
001	08/02/2021	568,00						

Cálculo do imposto

Base de cálculo do ICMS	Valor do ICMS	Base de cálculo do ICMS Subst.	Valor do ICMS Subst.	Valor do FCP ST	Valor total dos produtos
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	568,00

Valor do frete	Valor do seguro	Desconto	Outras despesas acessórias	Valor do IPI	Valor total da nota
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	568,00

Transportador/Volumes transportados

Nome	Frete por conta 0 - Contratação do Frete por conta do Remetente (CIF)	Código ANTT	Placa do veículo	UF	CNPJ/CPF

Endereço	Município	UF	Inscrição Estadual

Quantidade	Espécie	Marca	Numeração	Peso bruto	Peso líquido
1	CAIXA			0,300	0,250

Itens da nota fiscal

Código	Descrição do produto/serviço	NCM/SH	CSOSN	CFOP	UN	Qtde	Preço un	Preço total	BC ICMS	Vlr.ICMS	Vlr.IPI	%ICMS	%IPI
CFOP5102	KIT CPAP ADULTO	90192010	0102	5.102	KIT	2,00	284,00	568,00	0,00	0,00	0,00	0,0000	0,00

Cálculo do ISSQN

Inscrição Municipal	Valor total dos serviços	Base de cálculo do ISSQN	Valor do ISSQN
20025966	0,00	0,00	0,00

Dados adicionais

Observações	Reservado ao fisco
Promedirp, empresa optante pelo simples nacional. DEPÓSITO EM CONTA. BANCO: CAIXA ECONÔMICA FEDERAL OP.: 003, AG: 2949, C/C: 2085-0. Total aproximado de tributos: R$ 49,13 (8,65%) . A/C SR. ROGÉRIO UTI. Endereço de entrega: Eurico Gaspar Dutra 620 - Promissão-SP, CEP: 16370-000.	

11/01/2021 15:48:51

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 000196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

08/021

26/02/2021 - BANCO DO BRASIL - 16:28:43
014800148 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

BANCO BRADESCO S.A.

23790002079000000279188011955007385260000029800
BENEFICIARIO:
CIRURGICA PAULISTA COMERCIO DE MATE
NOME FANTASIA:
CIRURGICA PAULISTA
CNPJ: 05.768.154/0001-41
BENEFICIARIO FINAL:
CIRURGICA PAULISTA COMERCIO DE MATE
CNPJ: 05.768.154/0001-41
PAGADOR:
ASSOCIACAO BENEFICENTE DE BILAC - S
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	20.901
DATA DE VENCIMENTO	09/02/2021
DATA DO PAGAMENTO	09/02/2021
VALOR DO DOCUMENTO	298,00
VALOR COBRADO	298,00

NR.AUTENTICACAO 8.384.AA5.B9A.4D5.0E4

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 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

Cirúrgica Paulista

CIRURGICA PAUL.COM MAT MED HOSP LTDA
AV. TIRADENTES, 1309
FRAGATA

17519-000 - MARILIA (SP)
FONE: 14-3413-9949 FAX: 14-3413-9949
EMAIL: vendas@cirurgicapaulista.med.br
www.cirurgicapaulista.com.br

DANFE

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

Nº: 000125770
SÉRIE: 1
Folha: 1/1

CHAVE DE ACESSO
35-2101-05.768.154/0001-41-55-001-000.125.770-127.147.721-2

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

NATUREZA DE OPERAÇÃO	PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
VENDA	135.210.036.928.177 12/01/2021 13:58:13

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST TRIBUTÁRIO	CNPJ
438.210.594.110		05.768.154/0001-41

DESTINATARIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL	CNPJ / CPF	DATA DA EMISSÃO
8690-ASSOCIAÇAO BENEFICENTE DE BILAC - S.P	45.349.461/0001-02	12/01/2021

ENDEREÇO	BAIRRO/DISTRITO	CEP	DATA DA ENTRADA/SAÍDA
RUA 07 DE SETEMBRO, 529	CENTRO	16210-000	12/01/2021

MUNICIPIO	FONE/FAX	UF	IE / RG	HORA DA SAIDA
BILAC	18-3659-1243	SP		13:55:04

LOCAL DE ENTREGA

FATURA/DUPLICATA

000125770-1 - CARTEIRA - 09/02/21 - R$ 298,00

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
298,00	53,64	0,00	0,00	298,00

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTOS	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA FISCAL
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	298,00

TRANSPORTADOR/VOLUME TRANSPORTADO

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA 1 - DESTINATÁRIO	CODIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CPF / CNPJ

ENDEREÇO	MUNICIPIO	UF	IE

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
1				0,000	0,000

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO

CÓDIGO	(MSG) DESCRIÇÃO	NCM/SH	CST	CFOP	UNID	QUANTIDADE	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	BASE CALC ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALIQUOTA ICMS	ALIQUOTA IPI
1789	CADARCO SARJADO P/FIXACAO SONDA 08MMX10M - SAO JOSE Val Aprox Tributos R$ 12,52 Fed R$ 53,64 Est R$ 0,00 Mun FONTE:	58081000	000	5102	UN	100	2,9800	298,00	298,00	53,64	0,00	18	

CALCULO DO ISSQN

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

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
DANFE PARA TODAS AS OPERAÇÕES.
BANCO DO BRASIL AG: 6605-2 C/C: 1791-4
CAIXA FEDERAL AG: 4113 OP. 003 C/C: 926-1
Valor Aprox Tributos R$ 12,52 - Fed, R$ 53,64 - Est, R$ 0,00 - Mun FONTE:

RESERVADO AO FISCO

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE 000136 Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio
09/02/21

26/02/2021 - BANCO DO BRASIL - 16:28:43
014800148 0005

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

BANCO DO BRASIL

00190000090313995500352712636175985270000017990
BENEFICIARIO:
FIT TELECOM LTDA
NOME FANTASIA:
FIT TELECOM LTDA.
CNPJ: 10.310.323/0001-35
PAGADOR:
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE D
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	20.902
NOSSO NUMERO	31399550052712636
CONVENIO	03139955
DATA DE VENCIMENTO	10/02/2021
DATA DO PAGAMENTO	09/02/2021
VALOR DO DOCUMENTO	179,90
VALOR COBRADO	179,90

NR.AUTENTICACAO 3.AA4.DC4.7A5.101.842

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 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

FIT TELECOM LTDA
BRASILIA, 2121 SALA 1905
JARDIM NOVA YORQUE, ARACATUBA, SP
CEP: 16018-000
INS. EST.:
CNPJ: 10.310.323/0001-35

R$ 179,90

VENCIMENTO
10/02/2021

EMISSÃO: 28/01/2021

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

DADOS DE FATURAMENTO:
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303
JARDIM ARIANO, LINS, SP
CEP: 16400400
CNPJ: 45.349.461/0001-02

DADOS DE INSTALAÇÃO:
R EURICO GASPAR DUTRA, 620
CENTRO, PROMISSAO, SP
CEP: 16370000

REFERÊNCIA: 2/2021
CNPJ: 45.349.461/0001-02
CONTRATO: 267056

FATURA UNIFICADA: 52712636

IMPORTANTE PARA SUA EMPRESA

A sua conta está de cara nova, mais completa, com novo layout e facilidades para deixar seu dia a dia muito mais prático. Com um novo visual onde a nota fiscal e a fatura estão separadas. Na nota fiscal você encontra somente informações dos serviços telecom contratados. E na fatura da sua empresa continuam sendo apresentados todos os serviços contratados, além dos valores excedentes. Em virtude das informações a serem encontradas na nota fiscal e na fatura, essas poderão apresentar valores diferentes.

Central de Relacionamento: 0800 771 92 10 | WhatsApp (18) 3638-4001 | www.fittelecom.com.br

VEJA O RESUMO DA SUA CONTA

ITEM	SERVIÇOS	CONTRATO	NF	ICMS	ISS	PIS/COFINS		VALOR
01	FIT | FIT NEGOCIOS 100MB	267056					R$	179,90
	TOTAL						**R$**	**179,90**

Retenções na fonte: IRRF: R$ 0,00 / PIS: R$ 0,00 / Cofins: R$ 0,00 / Csll: R$ 0,00 - Total de Retenções: R$ 0,00

CONTA DIGITAL: BAIXE O APP - FIT TELECOM

- Baixar e imprimir 2ª via de conta | - Baixar termo de quitação anual | - Visualizar todas as faturas do mesmo grupo econômico | - Visualizar contas dos útilmos meses

Em atendimento à Lei 12.741/2012. As contribuições ao FUST (1%) FUNTTEL (0,5%) não são repassadas às tarifas.

FORMA DE PAGAMENTO: BOLETO

BANCO DO BRASIL

00190000090313995500352712636175985270000017990

Local de Pagamento **Qualquer agência bancária, internet bank ou lotérica.**					Vencimento **10/02/2021**
Beneficiário **FIT TELECOM LTDA 10.310.323/0001-35**					Agência/Código Beneficiário **0348 / 86117-0**
Data Documento **28/01/2021**	Número do Documento **52712636**	Espécie Doc. **DM**	Aceite **N**	Data Processamento	Nosso Número **31399550052712636**
Uso do Banco	Carteira **001**	Espécie Moeda **RS**	Qtde moeda	(x) Valor	(=) Valor do Documento **179,90**
Instruções (texto de responsabilidade do beneficiário) **APOS VENCIMENTO, MULTA DE R$ 10,00 MAIS JUROS DE 1% AO MES**					(-) Desconto (-) Outras Deduções/Abatimento (+) Mora/Multa/Juros (+) Outros Acréscimos (=) Valor Cobrado
Pagador **ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL CNPJ: 45.349.461/0001-02** **AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303** **JARDIM ARIANO, LINS, SP - CEP: 16400400**					CNPJ: 45.349.461/0001-02 Ficha de Compensação

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

26/02/2021 - BANCO DO BRASIL - 16:28:43
014800148 0004

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

BANCO CITIBANK S.A.

74593180151154701700100757918206485270000233980
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	20.903
DATA DE VENCIMENTO	10/02/2021
DATA DO PAGAMENTO	09/02/2021
VALOR DO DOCUMENTO	2.339,80
VALOR COBRADO	2.339,80

NR.AUTENTICACAO 2.300.F3C.937.B88.9E3

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 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

Prorrogado

PREFEITURA MUNICIPAL DE CRICIÚMA
SECRETARIA DO SISTEMA ECONÔMICO
NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇO - NFS-e

Número do RPS	Número da nota
1377768	**1436748**

Data da emissão da nota: **16/01/2021 23:23:55**

Data do fato gerador: **14/01/2021 20:42:27**

Código de verificação: **JUGK-MIWY3**

PRESTADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ: **00910509001305** Inscrição Municipal: **48.563** Telefone: **((**0x) x11)-5047**
Nome/Razão Social: **THOMSON REUTERS BRASIL CONTEUDC** Inscrição Estadual:
Endereço: **Av. Centenário** Número: **7405** Bairro: **Nª Sra. da Salete** CEP: **88813325**
Município: **CRICIUMA** UF: **SC**
E-mail: **faturamento@dominiosistemas.com.br** Site: **www.dominiosistemas.com.br**

TOMADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ: **45.349.461/0001-02** Inscrição Municipal: Inscrição Estadual:
Nome/Razão Social: **ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL**
Endereço: **Avenida José Ariano Rodrigues,** Número: **303** Bairro: **Jardim Ariano** CEP: **16400-400**
Município: **LINS** País: UF: **SP**
E-mail: **financeiro@ahbb.org.br** Telefone: **(1**43) 5325-198**

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

	Valor Unitário	Qtd	Valor Serviço	Base de cálculo	(%)	ISS
Domínio Empresarial conf. contrato(s): 129336 comp.: 1/2021.	2.493,13	1	2.493,13	2.493,13 x	2,00 =	49,86

VENCIMENTOS: (10/02/2021 - 2.493,13) OBSERVAÇÃO: (Valor dos tributos incidentes (Lei nº 12.741/2012) R$0,00.)

RETENÇÕES FEDERAIS

PIS/PASEP	COFINS	INSS	IR	CSLL
R$ 16,21	R$ 74,79	R$ 0,00	R$ 37,40	R$ 24,93
	VALOR BRUTO DA NOTA = R$ 2.493,13		**VALOR LÍQUIDO DA NOTA = R$ 2.339,80**	

Código do serviço:
0107 / Suporte técnico em informática inclusive instalação, configuração e manutenção de programas de computação e bancos de dados.

Valor das Deduções(R$)	Base de Cálculo(R$)	Alíquota(%)	Valor ISS(R$)	
0,00	**2.493,13**	**2,00**	**49,86**	

OUTRAS INFORMAÇÕES

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

26/02/2021 - BANCO DO BRASIL - 16:28:43
014800148 0002

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

==========

BANCO DO BRASIL

00190000090313995500357532416179485270000002040
BENEFICIARIO:
FIT TELECOM LTDA
NOME FANTASIA:
FIT TELECOM LTDA.
CNPJ: 10.310.323/0001-35
PAGADOR:
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE D
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	20.904
NOSSO NUMERO	31399550057532416
CONVENIO	03139955
DATA DE VENCIMENTO	10/02/2021
DATA DO PAGAMENTO	09/02/2021
VALOR DO DOCUMENTO	20,40
VALOR COBRADO	20,40

==========

NR.AUTENTICACAO 2.11C.ACC.E18.57B.73E

==========

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 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

FIT TELECOM LTDA
BRASILIA, 2121 SALA 1905
JARDIM NOVA YORQUE, ARACATUBA, SP
CEP: 16018-000
INS. EST.:
CNPJ: 10.310.323/0001-35

R$ 20,40

VENCIMENTO
10/02/2021

EMISSÃO: 10/02/2021

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL PROMISSAO

DADOS DE FATURAMENTO:
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303
JARDIM ARIANO, LINS, SP
CEP: 16400400
CNPJ: 45.349.461/0001-02

DADOS DE INSTALAÇÃO:
R EURICO GASPAR DUTRA, 620
CENTRO, PROMISSAO, SP
CEP: 16370000

REFERÊNCIA: 9/2020
CNPJ: 45.349.461/0001-02
CONTRATO: 267056

FATURA UNIFICADA: 57532416

IMPORTANTE PARA SUA EMPRESA

A sua conta está de cara nova, mais completa, com novo layout e facilidades para deixar seu dia a dia muito mais prático. Com um novo visual onde a nota fiscal e a fatura estão separadas. Na nota fiscal você encontra somente informações dos serviços telecom contratados. E na fatura da sua empresa continuam sendo apresentados todos os serviços contratados, além dos valores excedentes. Em virtude das informaçõesa serem encontradas na nota fiscal e na fatura, essas poderão apresentar valores diferentes.

Central de Relacionamento: 0800 771 92 10 | WhatsApp (18) 3638-4001 | www.fittelecom.com.br

VEJA O RESUMO DA SUA CONTA

ITEM	SERVIÇOS	CONTRATO	NF	ICMS	ISS	PIS/COFINS		VALOR
01	FIT | FIT NEGOCIOS 100MB	267056					R$	20,40
	TOTAL						**R$**	**20,40**

Retenções na fonte: IRRF: R$ 0,00 / PIS: R$ 0,00 / Cofins: R$ 0,00 / Csll: R$ 0,00 - Total de Retenções: R$ 0,00

CONTA DIGITAL: BAIXE O APP - FIT TELECOM

- Baixar e imprimir 2º via de conta | - Baixar termo de quitação anual | - Visualizar todas as faturas do mesmo grupo econômico | - Visualizar contas dos útilmos meses

Em atendimento à Lei 12.741/2012. As contribuições ao FUST (1%) FUNTTEL (0,5%) não são repassadas às tarifas.

FORMA DE PAGAMENTO: BOLETO

BANCO DO BRASIL

00190000090313995500357532416179485270000002040

Local de Pagamento **Qualquer agência bancária, internet bank ou lotérica.**					Vencimento **10/02/2021**
Beneficiário **FIT TELECOM LTDA 10.310.323/0001-35**					Agência/Código Beneficiário **0348 / 86117-0**
Data Documento **14/09/2020**	Número do Documento **57532416**	Espécie Doc. **DM**	Aceite **N**	Data Processamento	Nosso Número **31399550057532416**
Uso do Banco	Carteira **001**	Espécie Moeda **R$**	Qtde moeda	(x) Valor	(=) Valor do Documento **20,40**
Instruções (texto de responsabilidade do beneficiário) **APOS VENCIMENTO, MULTA DE R$ 10,00 MAIS JUROS DE 1% AO MES**					(-) Desconto (-) Outras Deduções/Abatimento (+) Mora/Multa/Juros (+) Outros Acréscimos (=) Valor Cobrado
Pagador **ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL PROMISSAO CNPJ: 45.349.461/0001-02** **AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303** **JARDIM ARIANO, LINS, SP - CEP: 16400400**					CNPJ: 45.349.461/0001-02

Ficha de Compensação

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

26/02/2021 - BANCO DO BRASIL - 16:28:44
014800148 0002

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

==========

BANCO DO BRASIL

00190000090313995500357532427176685270000001000
BENEFICIARIO:
FIT TELECOM LTDA
NOME FANTASIA:
FIT TELECOM LTDA.
CNPJ: 10.310.323/0001-35
PAGADOR:
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE D
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	20.905
NOSSO NUMERO	31399550057532427
CONVENIO	03139955
DATA DE VENCIMENTO	10/02/2021
DATA DO PAGAMENTO	09/02/2021
VALOR DO DOCUMENTO	10,00
VALOR COBRADO	10,00

==========

NR.AUTENTICACAO F.D89.EDD.94C.7D0.EF5

==========

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 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

FIT TELECOM LTDA
BRASILIA, 2121 SALA 1905
JARDIM NOVA YORQUE, ARACATUBA, SP
CEP: 16018-000
INS. EST.:
CNPJ: 10.310.323/0001-35

R$ 10,00

VENCIMENTO
10/02/2021

EMISSÃO: 10/02/2021

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL PROMISSAO

DADOS DE FATURAMENTO:
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303
JARDIM ARIANO, LINS, SP
CEP: 16400400
CNPJ: 45.349.461/0001-02

DADOS DE INSTALAÇÃO:
R EURICO GASPAR DUTRA, 620
CENTRO, PROMISSAO, SP
CEP: 16370000

REFERÊNCIA: 9/2020
CNPJ: 45.349.461/0001-02
CONTRATO: 267056

FATURA UNIFICADA: 57532427

IMPORTANTE PARA SUA EMPRESA

A sua conta está de cara nova, mais completa, com novo layout e facilidades para deixar seu dia a dia muito mais prático. Com um novo visual onde a nota fiscal e a fatura estão separadas. Na nota fiscal você encontra somente informações dos serviços telecom contratados. E na fatura da sua empresa continuam sendo apresentados todos os serviços contratados, além dos valores excedentes. Em virtude das informaçõesa serem encontradas na nota fiscal e na fatura, essas poderão apresentar valores diferentes.

Central de Relacionamento: 0800 771 92 10 | WhatsApp (18) 3638-4001 | www.fittelecom.com.br

VEJA O RESUMO DA SUA CONTA

ITEM	SERVIÇOS	CONTRATO	NF	ICMS	ISS	PIS/COFINS		VALOR
01	FIT | FIT NEGOCIOS 100MB	267056					R$	10,00
	TOTAL						**R$**	**10,00**

Retenções na fonte: IRRF: R$ 0,00 / PIS: R$ 0,00 / Cofins: R$ 0,00 / Csll: R$ 0,00 - Total de Retenções: R$ 0,00

CONTA DIGITAL: BAIXE O APP - FIT TELECOM

- Baixar e imprimir 2º via de conta | - Baixar termo de quitação anual | - Visualizar todas as faturas do mesmo grupo econômico | - Visualizar contas dos útilmos meses

Em atendimento à Lei 12.741/2012. As contribuições ao FUST (1%) FUNTTEL (0,5%) não são repassadas às tarifas.

FORMA DE PAGAMENTO: BOLETO

BANCO DO BRASIL

00190000090313995500357532427176685270000001000

Local de Pagamento **Qualquer agência bancária, internet bank ou lotérica.**					Vencimento **10/02/2021**
Beneficiário **FIT TELECOM LTDA 10.310.323/0001-35**					Agência/Código Beneficiário **0348 / 86117-0**
Data Documento **14/09/2020**	Número do Documento **57532427**	Espécie Doc. **DM**	Aceite **N**	Data Processamento	Nosso Número **31399550057532427**
Uso do Banco	Carteira **001**	Espécie Moeda **R$**	Qtde moeda	(x) Valor	(=) Valor do Documento **10,00**
Instruções (texto de responsabilidade do beneficiário) **APOS VENCIMENTO, MULTA DE R$ 10,00 MAIS JUROS DE 1% AO MES**					(-) Desconto (-) Outras Deduções/Abatimento (+) Mora/Multa/Juros (+) Outros Acréscimos (=) Valor Cobrado
Pagador **ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL PROMISSAO CNPJ: 45.349.461/0001-02** **AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303** **JARDIM ARIANO, LINS, SP - CEP: 16400400**					CNPJ: 45.349.461/0001-02 Ficha de Compensação

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 000196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

26/02/2021 - BANCO DO BRASIL - 16:28:44
014800148 0004

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

==========

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

03399484570130000000504745701047885270000316880
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	20.906
DATA DE VENCIMENTO	10/02/2021
DATA DO PAGAMENTO	09/02/2021
VALOR DO DOCUMENTO	3.168,80
VALOR COBRADO	3.168,80

==========

NR.AUTENTICACAO 9.BC1.5C9.20D.F11.C04

==========

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 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
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

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA [1]

N° 157776
SERIE 1
FOLHA 1/2

CHAVE DE ACESSO
3521 0111 2060 9900 0441 5500 1000 1577 7610 0111 4161

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
135210015206062 06/01/2021 15:42:32

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	06/01/2021

ENDEREÇO	BAIRRO/DISTRITO	CEP	DATA ENTRADA/SAÍDA
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03	JARDIM ARIANO	16400-400	06 JAN. 2021

MUNICÍPIO	FONE/FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DA SAÍDA
LINS	1435325198	SP		

FATURA / DUPLICATA

001 10/02/2021 3.168,80

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
3.090,90	503,21	0,00	0,00	3.168,80

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	3.168,80

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
12	CAIXA			45,67	45,67

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
29642	APARELHO BARBEAR DESC. 01L C/24-BIC LT M1 (1) 11/2025 (Fornecedor: 1787, Lote: M1, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/11/2020, Data Val: 30/11/2025)	82121020	460	5405	PCT	1	12,3500	12,35					
28685	DERMATROL AGE 200ML-TROL LT 52 (12) 09/20-22 (Fornecedor: 1883, Lote: 52, Qtde: 12 ,Data Fab: 01/09/2020, Data Val: 30/09/20-22)	15121919	000	5102	UND	12	3,9300	47,16	47,16	8,49		18,00	
21899	AG.DESC.40 X 12 C/100-SR LT 4962N4 (12) 12/2025 (Fornecedor: 7737, Lote: 4962N4, Qtde: 12 ,Data Fab: 01/12/2020, Data Val: 30/12/2025)	90183219	400	5102	CX	12	11,2517	135,02	135,02	16,20		12,00	
14684	LUVA P/TOQ.INDIV.TRANS.EST.C/10-0-LUPLAST LT 1010 (1) 06/2023 (Fornecedor: 1, Lote: 1010, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/06/2-019, Data Val: 30/06/2023)	39262000	000	5102	PCT	1	14,1100	14,11	14,11	2,54		18,00	
24049	EQ.MAC.FL.IL.P/A+P 1,5MT C/25-VEMA0-6-TKL LT HGEMA06-200602 (5) 06/2025 (Fornecedor: 2598, Lote: HGEMA06-200602, Qtde: 5 ,Data Fab: 01/06/2020, Data Val: 30/06/2025)	90189010	200	5102	CX	5	23,5240	117,62	117,62	21,17		18,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

#R3V3R4V9||PEDIDO 7677 UTI PROMISSÃI - CONVENIO 031/2015
ITEM 11 Isento de ICMS conf. Conv. 1 de 02/03/99, prorrogado ate 30/09/2019
ITEM 1 SUBST. TRIBUTARIA ITEM 69, ANEXO XI, PORTARIA CAT 68/2019
*ITEM 18 Imposto Recolhido por Substituicao Tributaria
ITEM 1 ICMS-ST retido por operação anterior base: 12,25 valor: 1,23
ITEM 18 ICMS-ST retido por operação anterior base: 23,49 valor: 2,40
Pedido: 157538
End. Entrega: AV GENERAL EURICO G.DUTRA,620 , CENTRO - 16370-000, PROMISSAO-SP -
Horario : COMERCIAL
Empresa credenciada no Regime Especial de Distribuidor Hospitalar 036035/2018 nos termos da Portaria CAT 116/2017
Setor de Cobranca: (11)4934-1669 / 4934-1673 / 4934-1671
QUALQUER INCONFORMIDADE NA ENTREGA, ENTRE IMEDIATAMENTE EM CONTATO COM NOSSO PÓS-VENDAS NO NÚMERO (11) 4934-1703
Rota.....: 2 Cubagem: 0,35

RESERVADO AO FISCO

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 000196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

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

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

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAÍDA [1]

Nº 157776
SERIE 1
FOLHA 2/2

CHAVE DE ACESSO
3521 0111 2060 9900 0441 5500 1000 1577 7610 0111 4161

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
135210015206062 06/01/2021 15:42:32

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
26568	LANCETA DE SEGURANCA 28G C/100-DESCARPACK LT SLAKAA011C (3) 05/2025 (Fornecedor: 918, Lote: SLAKAA011C, Qtde: 3 ,Data Fab: 01/06/2020, Data Val: 31/05/2025)	90183999	200	5102	CX	3	18,0000	54,00	54,00	9,72		18,00	
26110	ELETRODO AD. C/ESP.C/GEL C/5-0-DESCARPACK LT SECDAA0017 (8) 12/2022 (Fornecedor: 918, Lote: SECDAA0017, Qtde: 8 ,Data Fab: 01/02/2020, Data Val: 31/12/-2022)	90181100	200	5102	PCT	8	13,5313	108,25	108,25	19,48		18,00	
24177	FITA MICROPORE 25MMX90CM C/12-MISSNER LT OAM24901 (1) 10/2022 (Fornecedor: 187, Lote: OAM24901, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/10/-2020, Data Val: 31/10/2022)	30051090	000	5102	PCT	1	15,6000	15,60	15,60	2,81		18,00	
27049	TURBANTE DESC.ELAST.C/100-HNDESC LT 12011-20002 (10) 11/2023 (Fornecedor: 1125, Lote: 1201120002, Qtde: 10 ,Data Fab: 23/11/2020, Data Val: 23/11/2023)	63079010	000	5102	PCT	10	14,9950	149,95	149,95	26,99		18,00	
21440	LUVA P/PROCE.N.EST.VINIL M C/20-DESCARPA LT SVIJAA030M (1) 06/2025 (Fornecedor: 918, Lote: SVIJAA030M, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/07/2020, Data Val: 30/06/2025)	39262000	200	5102	CX	1	1.425,7000	1.425,70	1.425,70	256,62		18,00	
9414	COLETOR URINA SACO AD 2000ML C/100-MEDK LT 1120 (1) 11/2023 (Fornecedor: 7740, Lote: 1120, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/11/2020, Data Val: 30/11/2023)	90189099	040	5102	PCT	1	37,2700	37,27					
13775	SERINGA DESC.10ML SLIP C/250-SR LT H987 (3) 12/2025 (Fornecedor: 1156, Lote: H987, Qtde: 3 ,Data Fab: 01/12/2020, Data Val: 30/12/2025)	90183119	200	5102	CX	3	86,6533	259,96	259,96	31,20		12,00	
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	146,0400	146,04	146,04	26,29		18,00	
15182	SERINGA DESC.20ML SLIP BL C/250-SR LT H772 (3) 09/2025 (Fornecedor: 1156, Lote: H772, Qtde: 3 ,Data Fab: 01/09/2020, Data Val: 30/09/2025)	90183119	200	5102	CX	3	132,5767	397,73	397,73	47,73		12,00	
15181	SERINGA DESC.01ML LS C/500 INSULINA-SR LT H615 (1) 08/2025 (Fornecedor: 1156, Lote: H615, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/08/2020, Data Val: 31/08/2025)	90183111	200	5102	CX	1	93,1200	93,12	93,12	11,17		12,00	
21840	INFUSOR MULT.2V C/CLAMP PGC C/4-0-DESCARP LT SEUUAA0019 (2) 12/2024 (Fornecedor: 918, Lote: SEUUAA0019, Qtde: 2 ,Data Fab: 01/01/2020, Data Val: 31/12/-2024)	90189010	200	5102	PCT	2	25,8800	51,76	51,76	9,32		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	13,48		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	9,4267	28,28					

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 000196 - Hospital Geral
Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

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

26/02/2021 - BANCO DO BRASIL - 16:28:44
014800148 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

==========

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

03399484570130000000504747301044185270000188243
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	20.907
DATA DE VENCIMENTO	10/02/2021
DATA DO PAGAMENTO	09/02/2021
VALOR DO DOCUMENTO	1.882,43
VALOR COBRADO	1.882,43

==========

NR.AUTENTICACAO 1.F1E.918.1DE.7FF.E25

==========

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 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
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 491722
SERIE 1
FOLHA 1/2

CHAVE DE ACESSO
3121 0111 2060 9900 0107 5500 1000 4917 2210 0101 7419

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	131213980230687 06/01/2021 15:13:51

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	06/01/2021

ENDEREÇO	BAIRRO/DISTRITO	CEP	DATA ENTRADA/SAÍDA
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03	JARDIM ARIANO	16400-400	06 JAN. 2021

MUNICÍPIO	FONE/FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DA SAÍDA
LINS	1435325198	SP		

FATURA / DUPLICATA

001 10/02/2021 1.882,43

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
1.882,43	220,16	0,00	0,00	1.882,43

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	1.882,43

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
3	CAIXA			5,10	5,10

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UND.	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL. ICMS	AL IPI
17422	HIDROGEL C/ALGINATO TB C/85GR-CASEX REF.G085 LT 35/20 (10)07/23 (Fornecedor: 1003, Lote: 035/20, Qtde: 10 ,Data Fab: 15/07/2020, Data Val: 15/07/2023)	30059090	000	6108	UND	10	12,8000	128,00	128,00	15,36		12,00	
23523	QUETIAPINA(Cl) 25MG 30CP REV.-GEN-EMS (PORT.344/98) LT 1W5505 (7)08/22 (Fornecedor: 335, Lote: 1W5505, Qtde: 7 ,Data Fab: 01/08/2020, Data Val: 31/08/2022)	30049079	500	6108	CX	7	4,7314	33,12	33,12	3,97		12,00	
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 DU10766 (3)10/21 (Fornecedor: 2946, Lote: DU10766, Qtde: 3 ,Data Fab: 01/11/2019, Data Val: 31/10/2021)	30043100	200	6108	FR	3	17,8900	53,67	53,67	2,15		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	59,8700	59,87	59,87	7,18		12,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

UTI PROMISSÃO - CONVENIO 031/2015PEDIDO 7680# R 45 B 2
ITEM 3 e 4 Aliquota para produtos importados (Resol ucao 13/2012 do Senado Federal.
Emenda Constitucional 87 de 2015:
Valor da partilha para UF de Destino: R$ 63,27
Pedido: 459376
End. Entrega: AV GENERAL EURICO G.DUTRA,620 , CENTRO - 16370-000, PROMISSAO-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

PERECÍVEL
URGENTE

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

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

SUPERMED COM. E IMP. DE
DANFE
DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL

EMPRESA

Aviso de lançamento

G332191122824466 1
19/03/2021 11:38:06

Agência 148-1
Conta corrente 38500-X ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

Data 11/02/2021 Valor R$ 2.941,77 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 269, lançado a débito* em sua conta corrente 38500-X, agência 148-1, na data acima.

Pagamento efetuado a RENATA FERNANDES CARLIM, na conta 25.979, agência 0148 do banco 001.

(Dois mil e novecentos e quarenta e um reais e setenta 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 19/03/2021 11:38:06

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

AVISO E RECIBO DE FÉRIAS

AVISO PRÉVIO DE FÉRIAS

NOTIFICAÇÃO

Nome do empregado	Número Carteira Profissional	Série
RENATA FERNANDES CARLIM	062437	00213

PERÍODOS

De Aquisição	De Gozo das Férias		De Abono
22/01/2020 A 21/01/2021	16/02/2021 A 17/03/2021 = 30 Dias		

BASE PARA CÁLCULO		PROVENTOS E DESCONTOS		
Faltas não justificadas:	00	Férias:	1.714,27	P
Salário Base:	1.341,36	1/3 das Férias:	571,42	P
Média Horas:	18,77	Abono de Férias:	0,00	
Média Valores:	0,00	1/3 do Abono de Férias:	0,00	
Outras Vantagens:	354,14	Adicional do Dobro das Férias:	0,00	
TOTAL BASE CALCULO:	1.714,27	1/3 do Dobro das Férias:	0,00	
		Salário Família:	0,00	
		1ª Parcela 13º Salário:	847,75	P
		Desconto da Previdência:	191,67	D
		Desconto do imposto de Renda:	0,00	
		TOTAL DOS PROVENTOS:	3.133,44	P
		TOTAL DOS DESCONTOS:	191,67	D
		TOTAL LIQUIDO:	2.941,77	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$ 2.941,77 (dois mil novecentos e quarenta e um reais e setenta e sete centavos) a ser paga adiantadamente.

CIENTE,

Data: 15/01/2021

RENATA FERNANDES CARLIM

ASSOC. HOSP. BENEFIC. DO BRASIL

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

RECIBO DE FÉRIAS

Recebi da firma ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL, estabelecida a Avenida GENERAL EURICO GASPAR DUTRA, 620 em PROMISSAO a importância de R$ 2.941,77(dois mil novecentos e quarenta e um reais e setenta 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: 12/02/2021
PROMISSAO

RENATA FERNANDES CARLIM

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

EMPRESA

Aviso de lançamento

G3321911228244661
19/03/2021 11:38:06

Agência 148-1
Conta corrente 38500-X ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

Data 11/02/2021 Valor R$ 4.321,28 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 269, lançado a débito* em sua conta corrente 38500-X, agência 148-1, na data acima.

Pagamento efetuado a EDUARDA LUCIO GABILO SAND, na conta 26.569, agência 0148 do banco 001.

(Quatro mil e trezentos e vinte e um reais e vinte e oito centavos)

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

Documento emitido por: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO em 19/03/2021 11:38:06

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

AVISO E RECIBO DE FÉRIAS

AVISO PRÉVIO DE FÉRIAS

NOTIFICAÇÃO

Nome do empregado	Número Carteira Profissional	Série
EDUARDA LUCIO GABILO SANDES	57578	00221

PERÍODOS

De Aquisição	De Gozo das Férias		De Abono
04/01/2020 A 03/01/2021	16/02/2021 A 17/03/2021 = 30 Dias		

BASE PARA CÁLCULO

Faltas não justificadas:	00
Salário Base:	1.690,86
Média Horas:	478,42
Média Valores:	0,00
Outras Vantagens:	389,09
TOTAL BASE CALCULO:	2.558,37

PROVENTOS E DESCONTOS

Férias:	2.558,37	P
1/3 das Férias:	852,79	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:	1346,51	P
Desconto da Previdência:	328,84	D
Desconto do imposto de Renda:	107,55	D
TOTAL DOS PROVENTOS:	4.757,67	P
TOTAL DOS DESCONTOS:	436,39	D
TOTAL LIQUIDO:	4.321,28	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$ 4.321,28 (quatro mil trezentos e vinte e um reais e vinte e oito centavos) a ser paga adiantadamente.

CIENTE,

Eduarda L. G Sandes

EDUARDA LUCIO GABILO SANDES

ASSOC. HOSP. BENEFIC. DO BRASIL

Data: 15/01/2021

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

RECIBO DE FÉRIAS

Recebi da firma ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL, estabelecida a Avenida GENERAL EURICO GASPAR DUTRA, 620 em PROMISSAO a importância de R$ 4.321,28(quatro mil trezentos e vinte e um reais e vinte e oito 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: 14/02/2021
PROMISSAO

Eduarda L. G Sandes

EDUARDA LUCIO GABILO SANDES

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 000136 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

26/02/2021 - BANCO DO BRASIL - 16:28:44
014800148 0002

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

BANCO DO BRASIL

00190616968363993347800001526110285280000509311
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	21.101
NOSSO NUMERO	6169836399
CONVENIO	00000000
DATA DE VENCIMENTO	11/02/2021
DATA DO PAGAMENTO	11/02/2021
VALOR DO DOCUMENTO	5.093,11
VALOR COBRADO	5.093,11

NR.AUTENTICACAO 8.387.633.3CB.CE7.37F

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 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

Samtronic Indústria e Comércio Ltda. Rua Venda da Esperança, 162- Bairro Socorro São Paulo – SP CEP: 04763-040 Fone: (11) 2244-7750 - Fax: (11) 2244-7751 CNPJ: 58.426.628/0001-33 Inscrição Municipal: 94911827 www.samtronic.com.br - sac@samtronic.com.br	**RECIBO DE LOCAÇÃO DE BENS MÓVEIS Nº** 007870 **Natureza Operação:** LOCAÇÃO **Prestação de:** LOCAÇÃO DE BENS **Data de Emissão:** 12/01/2021

USUÁRIO FINAL OU DESTINATÁRIO

Nome/Razão Social ASSOCIACAO BENEFICENTE DO BRASIL		**CNPJ** 45.349.461/0001-02	
Endereço AV. JOSE ARIANO RODRIGUES, 303		**Bairro** CENTRO	**CEP** 16400400
Cidade LINS	**TELEFONE** 14 3532-5198	**UF** SP	**Inscrição Estadual**
Contrato 1.01.102848/016		**Vencimento** 11/02/2021	

CÓDIGO - DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
SO999997 - SERVICOS DE LOCACAO (LOCADOR)	1,00	5.093,11	5.093,11

VALOR TOTAL R$ 5.093,11

Observações

 # Operação Não Tributada Pelo ISS, conforme Lei Complementar Nº 116 de 31/07/2003, publicada no D.O.U. de 01/08/2003, Portaria CAT Nº 74/2003 e Lei 13.701/2003.

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

11/02/

26/02/2021 - BANCO DO BRASIL - 16:28:44
014800148 0005

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

BANCO BRADESCO S.A.

23790014039000001127105011554101485280000009400

BENEFICIARIO:
BIRIPEL EMBALAGENS LTDA
NOME FANTASIA:
BIRIPEL EMBALAGENS
CNPJ: 03.748.769/0001-80
BENEFICIARIO FINAL:
BIRIPEL EMBALAGENS LTDA
CNPJ: 03.748.769/0001-80
PAGADOR:
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE D
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	21.102
DATA DE VENCIMENTO	11/02/2021
DATA DO PAGAMENTO	11/02/2021
VALOR DO DOCUMENTO	94,00
VALOR COBRADO	94,00

NR.AUTENTICACAO 7.A26.D66.040.CAD.A49

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 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

BIRIPEL EMBALAGENS LTDA

RUA WAGIH RAHAL, 070 CENTRO - CENTRO -
CEP:16200-242 - BIRIGUI - SP
TEL: (18)3642-4390

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA **1**

Nº 000160093 fl. 1 /1
SÉRIE 001

CHAVE DE ACESSO
3521 0103 7487 6900 0180 5500 1000 1600 9312 7620 6328

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

NATUREZA DE OPERAÇÃO	PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
VENDA	135210040231001 13/01/2021 08:56:30

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIB.	CNPJ / CPF
214073629113		03.748.769/0001-80

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL			CNPJ / CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL			45.349.461/0001-02	13/01/2021
ENDEREÇO	**BAIRRO / DISTRITO**		**CEP**	**DATA SAÍDA / ENTRADA**
RUA SETE SETEMBRO, 529	CENTRO		16210-000	13/01/2021
MUNICÍPIO	**FONE / FAX**	**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**	**HORA DA SAÍDA**
BILAC	(18)3659-1411	SP		08:54:02

FATURA

	NÚMERO	VALOR ORIGINAL	VALOR DESCONTO	VALOR LÍQUIDO
DADOS DA FATURA	160093	94,00	0,00	94,00

DUPLICATAS

Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR	Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR	Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR	Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR
001	11/02/2021	94,00									

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE CÁLC. ICMS SUBST.	VALOR DO ICMS SUBST.	VALOR APROX. DOS TRIBUTOS	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	29,41	94,00
VALOR DO FRETE	**VALOR DO SEGURO**	**DESCONTO**	**OUTRAS DESP. ACESS.**	**VALOR DO IPI**	**VALOR TOTAL DA NOTA**
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	94,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ / CPF
	0 - REMETENTE				

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇOS

CÓDIGO DO PROD. / SERV.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / SH	CST	CFOP	UNID.	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR DESCONTO	VALOR LÍQUIDO	BASE CÁLC. ICMS	VALOR I.C.M.S.	VALOR I.P.I.	ALÍQUOTAS ICMS	ALÍQUOTAS IPI
0000000006748	COPO PLAST. 180 ML TRANSP. PS CX C/2500	39241000	060	5405	cx	1,000	94,00	0,00	94,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	RESERVADO AO FISCO
IMPOSTOS:Valor Aproximado dos Tributos R$: 12,49 Federal, 16,92 Estadual e 0,00 Municipal - Fonte: IBPT/empresometro.com.br (5DC0AE).	

Transmitido por DocFis

11/02/21

26/02/2021 - BANCO DO BRASIL - 16:28:44
014800148 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

ITAU UNIBANCO S.A.

34191090080071380271812411700003785290000296350
BENEFICIARIO:
BELIVE MEDICAL P H LTDA
NOME FANTASIA:
BELIVE MEDICAL P H LTDA
CNPJ: 32.757.824/0001-05
BENEFICIARIO FINAL:
BELIVE MEDICAL P H LTDA
CNPJ: 32.757.824/0001-05
PAGADOR:
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICE
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	21.103
DATA DE VENCIMENTO	12/02/2021
DATA DO PAGAMENTO	11/02/2021
VALOR DO DOCUMENTO	2.963,50
VALOR COBRADO	2.963,50

NR.AUTENTICACAO 1.F99.28F.CF9.6D3.C64

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 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

BELIVE MEDICAL PRODUTOS HOSPITALARES LTDA
RUA CAPRICORNIO, 299
Bairro: JARDIM RIACHO DAS PEDRAS
32242-220 Contagem - MG

Fone: (31)3046-6175

BELIVE MEDICAL

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA [1]

Nº 5.392
SÉRIE: 1
FOLHA: 1/2

CHAVE DE ACESSO
3120.1232.7578.2400.0105.5500.1000.0053.9210.1218.2617

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
131203971504401 - 29/12/2020 10:51:05

NATUREZA DA OPERAÇÃO			
6108 VENDA DE MER ADQ REC D TERC			
INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO	CNPJ	
003.378.508.0034	813021221110	32.757.824/0001-05	

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL			CNPJ	DATA EMISSÃO
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL			45.349.461/0001-02	29/12/2020
ENDEREÇO	BAIRRO/DISTRITO		CEP	DATA DA SAÍDA
AVENIDA JOSE ARIANO RODRIGUES, 620 SL 03	CENTRO		16370-000	29/12/2020
MUNICÍPIO	FONE / FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DA SAÍDA
Lins	(014)3541-1544	SP		10:51:03

INFORMAÇÕES DO LOCAL DE ENTREGA

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

FATURA/DUPLICATAS

5392/1 - 12/02/21 - 2963,50

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS ST	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
2.963,50	355,62	0,00	0,00	2.963,50

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA	ALIQ. IPI
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2.963,50	

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA 0-EMITENTE 1-DESTINATARIO	CÓDIGO ANNT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
	[0]				
ENDEREÇO	MUNICÍPIO			UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
28	CAIXAS			390,2000	390,2000

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO PRODUTO NCM/S	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	CST CFOP	UNID	QTDE	VALOR UNITÁRIO	VLR. DESC UNIT /PERC.	VALOR TOTAL	BASE CÁLC. ICMS	VALOR ICMS/ST. Cobrável	VALOR IPI	ALIQ. ICMS	
2319 30049099	FISIOLOGICO 0,9% 100ML AZB1307B CX84BOLS BAXTER Lote: PR316W7 - 28/03/2022 Qtde: 10.00 Lote: PR316X1 - 29/03/2022 Qtde: 2.00 Numero da FCI: B603C4DE-D20F-4DA6-A9AC-AFDFC9452D2A / CEST: 13.004.00	500 6108	CX	12,0000	138,6000	0,0000 0,0000 %	1.663,20	1.663,20	199,58 0,00	0,00	12,00	0,00
675 30049099	FISIOLOGICO 0,9% 250ML AZB1322C CX50BOLS BAXTER Lote: PR317H5 - 05/10/2022 Qtde: 4.00 Numero da FCI: D5653472-98CB-446A-822A-53B11B48BC24 / CEST: 13.004.00	500 6108	CX	4,0000	99,0000	0,0000 0,0000 %	396,00	396,00	47,52 0,00	0,00	12,00	0,00
692 30049099	FISIOLOGICO 0,9% 500ML AZB1323 CX30BOLS BAXTER Lote: PR316S8 - 23/09/2022 Qtde: 5.00 Numero da FCI: EB8C6B3F-ED1C-493F-A639-F9F845E6D08D / CEST: 13.004.00	500 6108	CX	5,0000	69,0000	0,0000 0,0000 %	345,00	345,00	41,40 0,00	0,00	12,00	0,00
704 30049099	FISIOLOGICO 0,9% 1000ML AZB1324 CX16BOLS BAXTER Lote: PR319S6 - 19/11/2022 Qtde: 5.00 Numero da FCI: D2470C90-9FE5-4032-844B-B95540A6396F	500 6108	CX	5,0000	57,6000	0,0000 0,0000 %	288,00	288,00	34,56 0,00	0,00	12,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
UTI Promissao - Convenio 031/2015 / Dados Bancarios: Banco Itau (341) Agencia: 2711 Conta Corrente: 24117-0 / / EMENDA CONSTITUCIONAL 87/2015 / Base de Calculo ICMS destino: R$ 2963,50/ ICMS Destino: R$ 177,81 (100% em 2020) /

RESERVADO AO FISCO
BOLETO ANEXO

OUROWEB® - WWW.OUROWEB.COM.B

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

11/21

RECEBEMOS DE BELIVE MEDICAL PRODUTOS HOSPITALARES LTDA OS PRODUTOS DA NOTA FISCAL I
EMISSÃO: 29/12/2020 DESTINATÁRIO: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENT Total NF: 2.963,50 Volume: 28 Número Pedido: 1218054	NF-e Nº: 5392 SÉRIE: 1 FOLHA: 2/2

BELIVE MEDICAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

BELIVE MEDICAL PRODUTOS HOSPITALARES LTDA

RUA CAPRICORNIO, 299
Bairro: JARDIM RIACHO DAS PEDRAS
32242-220 Contagem - MG

Fone: (31)3046-6175

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA [1]

Nº 5.392
SÉRIE: 1
FOLHA: 2/2

CONTROLE FISCO

CHAVE DE ACESSO
3120.1232.7578.2400.0105.5500.1000.0053.9210.1218.2617

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
131203971504401 - 29/12/2020 10:51:05

NATUREZA DA OPERAÇÃO
6108 VENDA DE MER ADQ REC D TERC

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTARIO	CNPJ
003.378.508.0034	813021221110	32.757.824/0001-05

2349 30049099	GLICOSE 5% 100ML AZB0087CX84BOLS BAXTER Lote: PR310S4 - 12/12/2021 Qtde: 1.00 Numero da FCI: EE3C201D-3BC4-40EC-AA17-7397A63E31A7	500 6108	CX	1,0000	163,8000	0,0000 0,0000 %	163,80	163,80	19,66 0,00	0,00	12,00	0,00
958 30049099	GLICOSE 5% 250ML AZB0062C CX50BOLS BAXTER Lote: PR318P6 - 29/04/2022 Qtde: 1.00 Numero da FCI: F667B73C-B1DD-4EF5-960B-3BB869AAC0B4	500 6108	CX	1,0000	107,5000	0,0000 0,0000 %	107,50	107,50	12,90 0,00	0,00	12,00	0,00

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	RESERVADO AO FISCO
UTI Promissao - Convenio 031/2015 / Dados Bancarios: Banco Itau (341) Agencia: 2711 Conta Corrente: 24117-0 / / EMENDA CONSTITUCIONAL 87/2015 / Base de Calculo ICMS destino: R$ 2963,50/ ICMS Destino: R$ 177,81 (100% em 2020) /	

12/02/2021 - BANCO DO BRASIL - 13:42:18
014800148 SEGUNDA VIA 0002
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X
==========
DATA DA TRANSFERENCIA 12/02/2021
NR. DOCUMENTO 556.885.000.005.826
VALOR TOTAL 529,58
****** TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: LUZIA DE ALMEIDA PEREIRA
AGENCIA: 6885-3 CONTA: 5.826-2
NR. DOCUMENTO 550.148.000.038.500
==========
NR.AUTENTICACAO 0.F7D.72D.798.B72.2D2

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36 CC: ENFERMAGEM UTI Folha Mensal
Mensalista Fevereiro de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
18	LUZIA DE ALMEIDA PEREIRA	322210	2	1
	TECNICO DE ENFERMAGEM DE TERAPIA INTEN:	Admissão:	13/10/2008	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
276	PARCELA DIFERENÇA DISSÍDIO	119,59	119,59	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.810,92	
93	QUINQUENIO	73,97	73,97	
94	ADIC PVDP	44,38	44,38	
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	181,09	
295	ADIANTAMENTO	529,58	529,58	
854	REFLEXO ADIC. NOTURNO DSR	0,00	95,10	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00	
201	HORAS REDUZIDA	15,36	69,54	
205	ADICIONAL NOTURNO 45%	126,03	570,58	
279	DESCONTO ADIANTAMENTO	529,58		529,58
998	I.N.S.S.	10,00		371,34
999	IMPOSTO DE RENDA	15,00		118,27

Total de Vencimentos	Total de Descontos
3.714,75	1.019,19
Valor Líquido ⇨	2.695,56

Banco do Brasil 1
conta corrente: 5826-2 Agência: 6885 - 3

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.810,92	3.714,75	3.714,75	297,18	3.153,82	15,00

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

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36 CC: ENFERMAGEM UTI Folha Mensal
Mensalista Fevereiro de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
18	LUZIA DE ALMEIDA PEREIRA	322210	2	1
	TECNICO DE ENFERMAGEM DE TERAPIA INTEN:	Admissão:	13/10/2008	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
276	PARCELA DIFERENÇA DISSÍDIO	119,59	119,59	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.810,92	
93	QUINQUENIO	73,97	73,97	
94	ADIC PVDP	44,38	44,38	
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	181,09	
295	ADIANTAMENTO	529,58	529,58	
854	REFLEXO ADIC. NOTURNO DSR	0,00	95,10	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00	
201	HORAS REDUZIDA	15,36	69,54	
205	ADICIONAL NOTURNO 45%	126,03	570,58	
279	DESCONTO ADIANTAMENTO	529,58		529,58
998	I.N.S.S.	10,00		371,34
999	IMPOSTO DE RENDA	15,00		118,27

Total de Vencimentos	Total de Descontos
3.714,75	1.019,19
Valor Líquido ⇨	2.695,56

Banco do Brasil 1
conta corrente: 5826-2 Agência: 6885 - 3

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.810,92	3.714,75	3.714,75	297,18	3.153,82	15,00

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

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

EMPRESA

Aviso de lançamento

G3321911228244661
19/03/2021 11:39:00

Agência 148-1
Conta corrente 38500-X ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

Data 12/02/2021 Valor R$ 6.735,98 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 270, lançado a débito* em sua conta corrente 38500-X, agência 148-1, na data acima.

Pagamento efetuado a SHAWANA DE SOUZA, na conta 26.573, agência 0148 do banco 001.

(Seis mil e setecentos e trinta e cinco reais e noventa e oito centavos)

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

Documento emitido por: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO em 19/03/2021 11:39:00

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 000196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

AVISO E RECIBO DE FÉRIAS

AVISO PRÉVIO DE FÉRIAS

NOTIFICAÇÃO

Nome do empregado	Número Carteira Profissional	Série
SHAWANA DE SOUZA	70964	324

PERÍODOS

De Aquisição	De Gozo das Férias		De Abono
07/07/2019 A 06/07/2020	17/02/2021 A 18/03/2021 = 30 Dias		

BASE PARA CÁLCULO

Faltas não justificadas:	00
Salário Base:	2.886,86
Média Horas:	892,76
Média Valores:	0,00
Outras Vantagens:	508,69
TOTAL BASE CALCULO:	4.288,31

PROVENTOS E DESCONTOS

Férias:	4.288,31	P
1/3 das Férias:	1.429,44	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:	2193,78	P
Desconto da Previdência:	651,76	D
Desconto do imposto de Renda:	523,79	D
TOTAL DOS PROVENTOS:	7.911,53	P
TOTAL DOS DESCONTOS:	1.175,55	D
TOTAL LIQUIDO:	6.735,98	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$ 6.735,98 (seis mil setecentos e trinta e cinco reais e noventa e oito centavos) a ser paga adiantadamente.

CIENTE,

Data: 18/01/2021

SHAWANA DE SOUZA

ASSOC. HOSP. BENEF. DO BRASIL

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

RECIBO DE FÉRIAS

Recebi da firma ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL, estabelecida a Avenida GENERAL EURICO GASPAR DUTRA, 620 em PROMISSAO a importância de R$ 6.735,98(seis mil setecentos e trinta e cinco reais e noventa e oito 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: 15/02/2021
PROMISSAO

SHAWANA DE SOUZA

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
26/02/2021 - AUTOATENDIMENTO - 16.28.44
0148100148 SEGUNDA VIA 0002
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE
TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL
CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
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$ 88,20
DEBITO EM: 12/02/2021

DOCUMENTO: 021201
AUTENTICACAO SISBB: E.3DB.416.A23.AC0.7D7

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA

NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFS-e

RPS Nº 598906398883 Série A, emitido em 01/02/2021

20210210u20617386000192

Número da Nota	Data e Hora de Emissão	Código de Verificação
00027753	01/02/2021 09:12:23	PWVJ-3WBF

PRESTADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ: **20.617.386/0001-92** Inscrição Municipal: **5.046.020-0**

Nome/Razão Social: **AUTOMATIZACOES SECULO XXI TRATAMENTO DE DADOS LTDA - EPP**

Endereço: **R MARTINS FONTES 230, 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 598906398883 Série A, emitido em 01/02/2021; (3) Data de vencimento do ISS desta NFS-e: 10/03/2021;

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

AHBB | REDE SANTA CASA

Lins /SP, 23 de Março de 2021.

NOTA EXPLICATIVA

A AHBB| Rede Santa Casa, vem através deste, esclarecer o pagamento realizado no mês de FEVEREIRO/2021 no valor de R$ 88,20 a favor da empresa AUTOMATIZAÇÕES SECULO XXI TRATAMENTO DE DADOS LTDA EPP, a nota nº 00027753 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 673 profissionais que corresponde a 100% dos profissionais da AHBB, com o custo total da nota de R$ 1.562,00 essa unidade corresponde à 6% tendo 38 profissionais nesse período inseridos nessa implantação.

Nos colocamos à disposição para maiores esclarecimentos que julgarem necessários.

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

ANA CLAUDIA DA SILVA
AHBB - Assoc. Hosp. Beneficente do Brasil
Supervisora de RH

Associação Hospitalar Beneficente do Brasil

26/02/2021 - BANCO DO BRASIL - 16:28:44
014800148 0003

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

03399676146580000000500044401016885320000486523
BENEFICIARIO:
ECQ SERVICOS TECNICOS EIRELI EPP
NOME FANTASIA:
ECQ SERVICOS TECNICOS EIRELI EPP
CNPJ: 14.352.079/0001-24
BENEFICIARIO FINAL:
ECQ SERVICOS TECNICOS EIRELI EPP
CNPJ: 14.352.079/0001-24
PAGADOR:
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE D
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	21.701
DATA DE VENCIMENTO	15/02/2021
DATA DO PAGAMENTO	17/02/2021
VALOR DO DOCUMENTO	4.865,23
VALOR COBRADO	4.865,23

NR.AUTENTICACAO E.FE6.E3D.FA2.F82.89B

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 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

Promissão

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	**01/02/2021**	**01/02/2021 10:28:08**	**35 3C D3**	**85**

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	(98)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 Geral de Promissão.

Convênio 031/2015

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$ 4.865,23	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 4.865,23	R$ 135,74	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$ 4.865,23**

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 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

17/02/24

26/02/2021 - BANCO DO BRASIL - 16:28:44
014800148 0002

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

03399484570130000000530842001049985330000064108
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	21.702
DATA DE VENCIMENTO	16/02/2021
DATA DO PAGAMENTO	17/02/2021
VALOR DO DOCUMENTO	641,08
VALOR COBRADO	641,08

NR.AUTENTICACAO F.5BF.FD1.064.87D.B32

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 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
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 162461
SERIE 1
FOLHA 1/1

CHAVE DE ACESSO
3521 0111 2060 9900 0441 5500 1000 1624 6110 0113 3575

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
135210065772844 19/01/2021 17:27:18

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	19/01/2021

ENDEREÇO	BAIRRO/DISTRITO	CEP	DATA ENTRADA/SAIDA
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03	JARDIM ARIANO	16400-400	19 JAN 2021

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

FATURA / DUPLICATA

001 16/02/2021 641,08

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CALCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
641,08	107,21	0,00	0,00	641,08

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	641,08

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
4	CAIXA			9,39	9,39

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
8532	AGUA P.INJECAO 200AMP 10ML PL-SAMTEC LT HVV (3) 11/2022 (Fornecedor: 15842, Lote: HVV, Qtde: 3 ,Data Fab: 01/12/2020, Data Val: 30/11/2022)	30049099	000	5102	CX	3	56,0800	168,24	168,24	30,28		18,00	
12157	DEXAMETASONA 4MG 100AMP 2,5ML GEN-FARMACE LT DX20G085 (1) 07/2022 (Fornecedor: 2385, Lote: DX20G085, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/07/-2020, Data Val: 31/07/2022)	30039099	000	5102	CX	1	132,4000	132,40	132,40	15,89		12,00	
4017	MUCOPOLISSACARIDO(HIRUDOID)300MG GEL 40GR-SANKYO LT 201313 (3) 10/2023 (Fornecedor: 299, Lote: 201313, Qtde: 3 ,Data Fab: 01/10/2020, Data Val: 31/10/2023)	30049099	500	5102	TB	3	15,2200	45,66	45,66	8,22		18,00	
20058	ENOXAPARINA(VERSA) 40MG C/6 SER.-EUROFARMA LT 639621A (2) 09/2021 (Fornecedor: 1088, Lote: 639621A, Qtde: 2 ,Data Fab: 01/09/2-019, Data Val: 30/09/2021)	30049099	000	5102	CX	2	145,4150	290,83	290,83	52,35		18,00	
22014	CARVEDILOL 12,5MG 30CP GEN-EMS LT 1Y6558 (1) 10/2022 (Fornecedor: 335, Lote: 1Y655-8, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/10/2020, Data Val: 31/10/2022)	30049069	500	5102	CX	1	3,9500	3,95	3,95	0,47		12,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

#82V184V3#Uti PROMISSÃO - CONVENIO 031/2015
Pedido: 162276
End. Entrega: AV GENERAL EURICO G.DUTRA,520 , CENTRO - 16370-000, PROMISSAO-SP -
Portal : COMERCIAL
empresa credenciada no Regime Especial de Distribuidor Hospitalar 036035/2018 nos termos da Portaria CAT 116/2017
Setor de Cobranca: (11)4934-1669 / 4934-1673 / 4934-1671
QUALQUER INCONFORMIDADE NA ENTREGA, ENTRE IMEDIATAMENTE EM CONTATO COM NOSSO PÓS-VENDAS NO NÚMERO (11) 4934-1703
Rota....: 2 Cubagem: 0,02

RESERVADO AO FISCO

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

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Guaida"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

__/__/__

26/02/2021 - BANCO DO BRASIL - 16:28:44
014800148 0003

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

BANCO BRADESCO S.A.

23790014039000001129765011554105485340000013990
BENEFICIARIO:
BIRIPEL EMBALAGENS LTDA
NOME FANTASIA:
BIRIPEL EMBALAGENS
CNPJ: 03.748.769/0001-80
BENEFICIARIO FINAL:
BIRIPEL EMBALAGENS LTDA
CNPJ: 03.748.769/0001-80
PAGADOR:
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE D
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	21.703
DATA DE VENCIMENTO	17/02/2021
DATA DO PAGAMENTO	17/02/2021
VALOR DO DOCUMENTO	139,90
VALOR COBRADO	139,90

NR.AUTENTICACAO D.A0D.2EC.FD5.AB0.DC4

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 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

BIRIPEL EMBALAGENS LTDA

RUA WAGIH RAHAL, 070 CENTRO - CENTRO -
CEP:16200-245 - BIRIGUI - SP
TEL.: (18)3642-4390

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA **1**

Nº 000160377 fl. 1 /1
SÉRIE 001

CHAVE DE ACESSO
3521 0103 7487 6900 0180 5500 1000 1603 7712 9152 1720

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

NATUREZA DE OPERAÇÃO	PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
VENDA	135210067848447 20/01/2021 09:12:10

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIB	CNPJ / CPF
214073629113		03.748.769/0001-80

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL			CNPJ / CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL			45.349.461/0001-02	20/01/2021
ENDEREÇO	**BAIRRO / DISTRITO**		**CEP**	**DATA SAÍDA / ENTRADA**
RUA SETE SETEMBRO, 529	CENTRO		16210-000	20/01/2021
MUNICÍPIO	**FONE / FAX**	**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**	**HORA DA SAÍDA**
BILAC	(18)3659-1411	SP		09:09:04

FATURA

	NÚMERO	VALOR ORIGINAL	VALOR DESCONTO	VALOR LÍQUIDO
DADOS DA FATURA	160377	139,90	0,00	139,90

DUPLICATAS

Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR	Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR	Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR	Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR
001	17/02/2021	139,90									

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE CÁLC. ICMS SUBST.	VALOR DO ICMS SUBST.	VALOR APROX. DOS TRIBUTOS	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	42,53	139,90
VALOR DO FRETE	**VALOR DO SEGURO**	**DESCONTO**	**OUTRAS DESP. ACESS.**	**VALOR DO IPI**	**VALOR TOTAL DA NOTA**
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	139,90

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ / CPF
	0 - REMETENTE				

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇOS

CÓDIGO DO PROD / SERV.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / SH	CST	CFOP	UNID.	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR DESCONTO	VALOR LÍQUIDO	BASE CÁLC. ICMS	VALOR I.C.M.S.	VALOR I.P.I.	ALÍQUOTAS ICMS	ALÍQUOTAS IPI
0000000000321	DETERGENTE NEUTRO 5 LTS	34022000	060	5405	gl	1,000	11,90	0,00	11,90	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0000000006571	PAPEL INTERF. 100% CELULOSE 20X21 AP C/1000	48182000	060	5405	pct	10,000	12,80	0,00	128,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	RESERVADO AO FISCO
IMPOSTOS:Valor Aproximado dos Tributos R$: 17,34 Federal, 25,18 Estadual e 0,00 Municipal - Fonte: IBPT/empresometro.com.br (5DC0AE).	

Transmitido por DocFi

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

___/___/___

_____

26/02/2021 - BANCO DO BRASIL - 16:28:44
014800148 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

03399484570130000000537148301049385350000209783
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	21.704
DATA DE VENCIMENTO	18/02/2021
DATA DO PAGAMENTO	17/02/2021
VALOR DO DOCUMENTO	2.097,83
VALOR COBRADO	2.097,83

NR.AUTENTICACAO 7.3A5.632.2D2.D97.8F0

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 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

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

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

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

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

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

0-ENTRADA
1-SAIDA [1]

Nº 162490
SERIE 1
FOLHA 1/3

CHAVE DE ACESSO
3521 0111 2060 9900 0441 5500 1000 1624 9010 0024 3409

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	135210065892064 19/01/2021 17:53:41

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	19/01/2021

ENDEREÇO	BAIRRO/DISTRITO	CEP	DATA DE SAÍDA/ENTRADA
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03	JARDIM ARIANO	16400-400	19 JAN 2021

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

FATURA / DUPLICATA

001	18/02/2021	2.097,83	002	05/03/2021	2.097,83		

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
4.147,00	714,86	0,00	0,00	4.195,66

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	4.195,66

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			41,77	41,77

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
29642	APARELHO BARBEAR DESC. 01L C/24-BIC LT M1 (1) 11/2025 (Fornecedor: 1787, Lote: M1, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/11/2020, Data Val: 30/11/2025)	82121020	480	5405	PCT	1	12,3500	12,35					
29052	MASC.P/TUBER N95(PFF2)RE.10.02MH C/100-KN LT 22011 (1) 11/2023 (Fornecedor: 2608, Lote: 22011, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/11/2020, Data Val: 30/11/2023)	63079010	500	5102	PCT	1	442,8000	442,80	442,80	79,70		18,00	
28685	DERMATROL AGE 200ML-TROL LT 52 (12) 09/20-22 (Fornecedor: 1883, Lote: 52, Qtde: 12 ,Data Fab: 01/09/2020, Data Val: 30/09/20-22)	15121919	000	5102	UND	12	3,9300	47,16	47,16	8,49		18,00	
24435	AG.DESC.25 X 07 C/100-SR LT 1928N4 (2) 05/2025 (Fornecedor: 7737, Lote: 1928N4, Qtde: 2 ,Data Fab: 01/05/2020, Data Val: 31/05/2025)	90183219	400	5102	CX	2	10,7800	21,56	21,56	2,59		12,00	
28962	CANULA P/TRAQUEOSTOMIA C/B N.7,0 PC-VITAL LT 0000191001 (1) 10/2024 (Fornecedor: 14-2, Lote: 0000191001, Qtde: 1 ,Data Fab: 23/10/2019, Data Val: 23/10/2024)	90183929	700	5102	UND	1	17,3100	17,31	17,31	3,12		18,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

#R2V2R5V9||UTI PROMISSÃO - CONVENIO 031/2015
ITEM 1 SUBST. TRIBUTARIA ITEM 69, ANEXO XI, PORTARIA CAT 68/2019
ITEM 23 Imposto Recolhido por Substituicao Tributaria
ITEM 1 ICMS-ST retido por operação anterior base: 12,25 valor: 1,23
ITEM 23 ICMS-ST retido por operação anterior base: 36,24 valor: 3,68
Pedido: 162281
End. Entrega: AV GENERAL EURICO G.DUTRA,620 , CENTRO - 16370-000, PROMISSAO-SP -
Horario : COMERCIAL
Empresa credenciada no Regime Especial de Distribuidor Hospitalar 036035/2018 nos termos da Portaria CAT 116/2017
Setor de Cobranca: (11)4934-1669 / 4934-1673 / 4934-1671
QUALQUER INCONFORMIDADE NA ENTREGA, ENTRE IMEDIATAMENTE EM CONTATO COM NOSSO PÓS-VENDAS NO NÚMERO (11) 4934-1703
Bota...: 2 Cubagem: 0,27

RESERVADO AO FISCO

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 000196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

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

__/__/__

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 162490
SERIE 1
FOLHA 3/3

CHAVE DE ACESSO
3521 0111 2060 9900 0441 5500 1000 1624 9010 0024 3409

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
135210065892064 19/01/2021 17:53:41

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	INF.MULT.2V C/CLAMP C/4-0-DESCARPACK LT SEUUAA0019 (1) 12/2024 (Fornecedor: 918, Lote: SEUUAA0019, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/01/2020, Data Val: 31/12/-2024)	90189010	200	5102	PCT	1	29,4400	29,44	29,44	5,30		18,00	
19245	CLOREX ALCOÓLICA 0,5% 100ML CX C/2-4-VICPHARMA LT M27582 (1) 05/2022 (Fornecedor: 7744, Lote: M27582, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/05/2020, Data Val: 31/05/2022)	30039099	000	5102	CX	1	35,0800	35,08	35,08	6,32		18,00	
29014	INDAHEX ENXAG BUCAL 0,12% 250ML-INDALAB LT 156.12/2020 (4) 12/2022 (Fornecedor: 1986, Lote: 156.12/2020, Qtde: 4 ,Data Fab: 22/-12/2020, Data Val: 29/12/2022)	33069000	060	5405	UND	4	9,0775	36,31					

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

26/02/2021 - BANCO DO BRASIL - 16:28:44
014800148 0002

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

BANCO BRADESCO S.A.

23790601029102100001252000107707585350000068000
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	21.705
DATA DE VENCIMENTO	18/02/2021
DATA DO PAGAMENTO	17/02/2021
VALOR DO DOCUMENTO	680,00
VALOR COBRADO	680,00

NR.AUTENTICACAO 2.4B2.67B.4FF.E7B.3FB

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 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 000196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
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
DATA DE RECEBIMENTO / /	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	DESTINATÁRIO ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEF DO BRASIL	Nº: 000.130.269 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 000.130.269
SÉRIE : 1
FOLHA: 1 de 1

CHAVE DE ACESSO
3521 0151 9436 4500 0107 5500 1000 1302 6910 0464 0323

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	135210064836028 - 19/01/2021 14:51:33

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	19/01/2021
ENDEREÇO	**BAIRRO/DISTRITO**		**CEP**	**DATA DE SAÍDA/ENTRADA**
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303	JARDIM ARIANO		16400-400	19/01/2021
MUNICÍPIO	**FONE/FAX**	**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**	**HORA DE SAÍDA**
LINS	(14) 3541-1544	SP		14:50:58

FATURA

Número	Data Vcto	Valor
001	18/02/2021	680,00

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DE ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO 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 ACESSÓRIAS	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 VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
PERI SERVICOS DE COMUNICACAO LTDA.	0 - Rem.				57.185.621/0001-04

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	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
CTD20BNW	Cateter para Subclavia D/L CVC, 7Fr x 20cm com acessorios BNW R.O.P.M: 0702040150 L. 36612 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 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

CÁLCULO DO ISSQN

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

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	RESERVADO AO FISCO
NOSSO PEDIDO: 106290 - 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. UTI PROMISSAO - CONVENIO 031-2015ICMS Isento nos termos do art.14, do anexo I, do RICMS/SP Decreto 45.490/00	/ /

26/02/2021 - BANCO DO BRASIL - 16:28:45
014800148 0002

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

GERENCIANET S.A.

36490000190001924790700000000083185360000049000
BENEFICIARIO:
GRAFICA MODELO DE PROMISSAO LTDA
NOME FANTASIA:
GRAFICA
CNPJ: 04.159.909/0001-48
BENEFICIARIO FINAL:
GRAFICA MODELO DE PROMISSAO LTDA
CNPJ: 04.159.909/0001-48
PAGADOR:
ASSOCIACAO HOSPITAL BENEFICENTE DO
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	21.706
DATA DE VENCIMENTO	19/02/2021
DATA DO PAGAMENTO	17/02/2021
VALOR DO DOCUMENTO	490,00
VALOR COBRADO	490,00

NR.AUTENTICACAO 8.9D1.9B0.F88.215.D15

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 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

NFS-e COMPOSTA POR 1 PÁGINA(S)

MUNICÍPIO DE PROMISSÃO

MUNICÍPIO DE PROMISSÃO

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e

Número da NFS-e
2548

Código de Verificação de Autenticidade
M1IX1QNYP

Data e Hora de Emissão da NFS-e
21/01/2021 às 08:17:10

Chave de Acesso
665669ONB1ZPS0Z3X4FMJ2W3P1HGQOF2

Para certificação da autenticidade acesse http://kaingang.comunicapromissao.com.br:5661/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		PROMISSAO-SP	PROMISSAO - SP

Número do RPS	Série do RPS	Tipo do RPS	Data do RPS	Competência
				21/01/2021

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
04.159.909/0001-48	564.070.547.118	2153	00012623	GRAFICA MODELO DE PROMISSÃO LTDA - ME

Logradouro	Complemento	Bairro
RUA DR ERICO DE ABREU SODRE, 453		CENTRO

CEP	Cidade	Telefone	E-mail
16370-000	PROMISSÃO-SP	03541-6047	

TOMADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ/Documento	RG/Inscrição Estadual	Inscrição Municipal	Nome/Razão Social
45.349.461/0001-02			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	14 35325198	ebatista@ahbb.org.br; clsato@ahbb.org.br;

Discriminação dos Serviços

Qtde.	Un. Medida	Descrição	Vlr. Unitário	Total
5,00	UN	IMPRESSÃO SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM	98,00000	R$ 490,00

Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza - ISS — Construção Civil

LC 116/2003: 13.05	Alíquota	Atividade Município	Código CNAE	Código da Obra	Código ART
Composição gráfica, fotocomposição, clicheria, zincografia, litografia,fotolitografia	2.01%	0000130000004			

Valor Total dos Serviços	Desconto Incondicionado	Deduções Base Cálculo	Base de Cálculo	Total do ISS	ISS Retido	Desconto Condicionado
R$ 490,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 490,00	R$ 9,85	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$ 490,00 — Val. Aprox. Tributos

Informações Complementares

percentual aproximado dos tributos: 6,00%

Empenho nº 00004/2021
Ponto de Recebimento Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Cuaida"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

RECEBI(EMOS) DE **GRAFICA MODELO DE PROMISSÃO LTDA - ME** O SERVIÇO CONSTANTE DA NFS-e DE NÚMERO **2548** E CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO **M1IX1QNYP**.

Data	CPF/RG	Assinatura
___/___/___		

Promissão

___/___/___

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
26/02/2021 - AUTOATENDIMENTO - 16.28.45
0148100148 SEGUNDA VIA 0001
COMPROVANTE DE PAGAMENTO

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

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

CODIGO DO PAGAMENTO	2305
COMPETENCIA	01/2021
IDENTIFICADOR	45349461000536
DATA DO PAGAMENTO	18/02/2021
VALOR DO INSS	8.539,66
VALOR OUTRAS ENTIDADES	0,00
VALOR ATM/JUROS/MULTA	0,00
VALOR TOTAL	8.539,66

DOCUMENTO: 021801
AUTENTICACAO SISBB: C.F8C.A4A.809.6E5.419

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

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
26/02/2021 - AUTOATENDIMENTO - 16.28.45
0148100148 SEGUNDA VIA 0001
COMPROVANTE DE PAGAMENTO

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

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE

CODIGO DO PAGAMENTO	2305
COMPETENCIA	01/2021
IDENTIFICADOR	45349461000536
DATA DO PAGAMENTO	18/02/2021
VALOR DO INSS	8.539,66
VALOR OUTRAS ENTIDADES	0,00
VALOR ATM/JUROS/MULTA	0,00
VALOR TOTAL	8.539,66

DOCUMENTO: 021801
AUTENTICACAO SISBB: C.F8C.A4A.809.6E5.419

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

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

PREVIDÊNCIA SOCIAL

MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - MPS
INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS
SECRETARIA DA RECEITA PREVIDENCIÁRIA - SRP

GUIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - GPS

1 - NOME OU RAZÃO SOCIAL / FONE / ENDEREÇO **CNPJ 45.349.461/0005-36** ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL AV DA SAUDADE 1496 SALA 2 PROMISSAO SP CEP 16370-000		3 - CÓDIGO DE PAGAMENTO	2305
		4 - COMPETÊNCIA	01/2021
		5 - IDENTIFICADOR	45.349.461/0005-36
		6 - VALOR DO INSS	8.539,66
		7 -	
		8 -	
2 - VENCIMENTO (Uso exclusivo INSS)	19/02/2021	9 - VALOR OUTRAS ENTIDADES	0,00
ATENÇÃO: É vedada a utilização de GPS para recolhimento de receita de valor inferior ao estipulado em resolução publicada pelo INSS. A receita que resultar valor inferior deverá ser adicionada à contribuição ou importância correspondente nos meses subsequentes, até que o total seja igual ou superior ao valor mínimo fixado.		10 - ATM/MULTA E JUROS	0,00
		11 - TOTAL	8.539,66
			AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA

1ªVia-INSS -2ªVia CONTRIBUINTE

PREVIDÊNCIA SOCIAL

MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - MPS
INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS
SECRETARIA DA RECEITA PREVIDENCIÁRIA - SRP

GUIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - GPS

1 - NOME OU RAZÃO SOCIAL / FONE / ENDEREÇO **CNPJ 45.349.461/0005-36** ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL AV DA SAUDADE 1496 SALA 2 PROMISSAO SP CEP 16370-000		3 - CÓDIGO DE PAGAMENTO	2305
		4 - COMPETÊNCIA	01/2021
		5 - IDENTIFICADOR	45.349.461/0005-36
		6 - VALOR DO INSS	8.539,66
		7 -	
		8 -	
2 - VENCIMENTO (Uso exclusivo INSS)	19/02/2021	9 - VALOR OUTRAS ENTIDADES	0,00
ATENÇÃO: É vedada a utilização de GPS para recolhimento de receita de valor inferior ao estipulado em resolução publicada pelo INSS. A receita que resultar valor inferior deverá ser adicionada à contribuição ou importância correspondente nos meses subsequentes, até que o total seja igual ou superior ao valor mínimo fixado.		10 - ATM/MULTA E JUROS	0,00
		11 - TOTAL	8.539,66
			AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA

1ªVia-INSS -2ªVia CONTRIBUINTE

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

18/02/21

RELAÇÃO DE BASES DO INSS

Código	Nome do empregado	Base cálculo	Excedente	Ded.sal.mat.13	Deduções	Taxa	Valor
EMPREGADOS							
4	ADRIANA SIMONE DE MORAES BAZAN	2.065,16	0,00	0,00	0,00	8,20	169,36
3025	ALESSANDRA DE MACEDO	2.420,00	0,00	0,00	0,00	8,59	207,79
2809	ANA ALICE SILVA PAZIN	3.765,94	0,00	0,00	0,00	10,75	378,51
3	ANDRE LUIZ DE OLIVEIRA	5.139,14	0,00	0,00	0,00	11,11	570,75
5	ANTONIO MARCOS ESTEVES	2.499,47	0,00	0,00	0,00	8,69	217,32
2426	APARECIDA CARDOSO DO NASCIMENTO	2.157,33	0,00	0,00	0,00	8,23	177,65
38	ARETUZA FERNANDES DE CASTRO RIBEIRO	5.148,46	0,00	0,00	0,00	11,11	572,06
2339	BEATRIZ SANTOS RAMOS	1.695,50	0,00	0,00	0,00	8,03	136,09
40	CRISTIANA ARANHA	2.115,58	0,00	0,00	0,00	8,67	173,90
12	EDUARDA LUCIO GABILO SANDES	2.965,15	0,00	0,00	0,00	9,21	273,21
3210	EDUARDO LOPES DOS SANTOS	1.870,00	0,00	0,00	0,00	8,12	151,80
3898	ELISA DANIELE MARTINS CASTELANELLI	1.699,89	0,00	0,00	0,00	7,96	134,77
2340	FABIANA XAVIER DOS SANTOS	737,58	0,00	0,00	0,00	7,50	55,31
3027	GISLAINE CRISTINA HERREIRA FRESNEDA FRESCA	1.695,50	0,00	0,00	0,00	8,03	136,09
3570	GREGORY AGUIAR DE ALMEIDA	1.695,50	0,00	0,00	0,00	8,03	136,09
2791	GUILHERME HENRIQUE COSTA SILVA	1.695,50	0,00	0,00	0,00	8,03	136,09
2858	GUILHERME TAVARES GONÇALVES	2.500,57	0,00	0,00	0,00	8,70	217,46
2075	IZABEL CRISTINA FERREIRA PALHARINI DE CARVALHO	1.324,71	0,00	0,00	0,00	7,75	102,72
3799	JORGE LUIZ DE MOURA BARRETO	1.695,50	0,00	0,00	0,00	8,03	136,09
13	KARINA ZIMIANI DONALONSO	6.433,57	1.330,26	0,00	0,00	10,72	751,97
2354	LARISSA DE SOUZA RODRIGUES	1.583,40	0,00	0,00	1.583,40	7,96	126,00
2760	LEANDRO BEZERRA DA SILVA	1.978,09	0,00	0,00	0,00	8,51	161,52
1868	LIDIANE MERCE DA SILVA LEAL	4.281,87	0,00	0,00	0,00	11,44	450,74
14	LILIAN CARLA FERNANDES	2.938,40	0,00	0,00	0,00	9,19	270,00
3645	LUCAS MOREIRA	1.655,26	0,00	0,00	0,00	8,00	132,47
3747	LUIZ GUSTAVO DE AZEVEDO	1.954,18	0,00	0,00	0,00	8,09	157,39
18	LUZIA DE ALMEIDA PEREIRA	2.449,95	0,00	0,00	0,00	8,63	211,38
2081	MARCIA APARECIDA MORILHAS RIBEIRO	4.195,28	0,00	0,00	0,00	10,45	438,61
24	MARCIA MARIA BARBOSA DE CANDIO	2.395,55	0,00	0,00	0,00	8,83	204,85
41	MARIA ANGELICA PRADO LAMONATO SANTANA	2.258,59	0,00	0,00	0,00	8,34	188,42
3536	MARIA LAURA MARTINS	4.194,70	0,00	0,00	0,00	10,45	438,53
2342	MICHELLE GOUVEIA GONÇALVES	1.695,50	0,00	0,00	0,00	8,03	136,09
3820	NATALICE OVERTA NOVELLI BONFIM	1.803,04	0,00	0,00	0,00	8,02	143,96
2453	ODAIR CAMPOS PEDRO	2.112,65	0,00	0,00	0,00	8,22	173,63
3833	PRISCILLA CHRISTINA COSTA DINALLI	784,63	0,00	0,00	0,00	7,50	58,84
2343	RENATA FERNANDES CARLIM	1.695,50	0,00	0,00	0,00	8,03	136,09
26	RENATA FERREIRA	2.903,61	0,00	0,00	0,00	9,15	265,82
2975	ROGERIO TEOFILO DE ABREU PEREIRA	2.139,95	0,00	0,00	0,00	8,23	176,09
2160	ROGERIO VICTOR ROSADO	3.773,25	0,00	0,00	0,00	10,06	379,53
30	SANDRA REGINA CORREIA BALBINO	4.783,13	0,00	0,00	0,00	10,89	520,91
31	SHAWANA DE SOUZA	4.756,30	0,00	0,00	0,00	10,87	517,16
CONTRIBUINTES							
10003	MARIA ELIANE SCHIMIDTT	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Empregados: 41	Total:	107.652,88	1.330,26	0,00	1.583,40	10.123,06
	Contribuintes: 1	Total:	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00
	Total: 42	Total:	107.652,88	1.331,26	0,00	1.583,40	10.123,06

Resumo Geral das bases de INSS

	Base cálculo	Excedente	Segurados	Contribuintes	RAT	Empresa	Deduções	Terceiros	Total
Total	107.652,88	1.331,26	10.123,06	0,00	0,00	0,00	1.583,40	0,00	8.539,66

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
26/02/2021 - AUTOATENDIMENTO - 16.28.45
0148100148 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

AG. ARRECADADOR	
CNC 001 - 0148 - PROMISSAO	SP
CODIGO DE BARRAS	85640000029 34080064105
	01453494610 00105611031
DATA DO PAGAMENTO	18/02/2021
PERIODO DE APURACAO	----------
NUMERO DO CPF	----------
CODIGO DA RECEITA	----------
NUMERO DE REFERENCIA	----------
DATA DO VENCIMENTO	----------
RECEITA BRUTA ACUMULADA	----------
PERCENTUAL	----------
VALOR DO PRINCIPAL	----------
VALOR DA MULTA	----------
VALOR DOS JUROS	----------
VALOR TOTAL	2.934,08

DOCUMENTO: 021802
AUTENTICACAO SISBB: 8.8C5.BAE.C2A.759.8B2

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

Aprovado pela IN/RFB nº 736/2007

1ª Via

MINISTÉRIO DA FAZENDA
SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL
Documento de Arrecadação de Receitas Federais

DARF

02 PERÍODO DE APURAÇÃO	31/01/2021
03 NÚMERO DO CPF OU CNPJ	45.349.461/0001-02
04 CÓDIGO DA RECEITA	0561
05 NÚMERO DE REFERÊNCIA	
06 DATA DE VENCIMENTO	19/02/2021
07 VALOR DO PRINCIPAL	2.934,08
08 VALOR DA MULTA	0,00
09 VALOR DOS JUROS E / OU ENCARGOS DL - 1.025/69	0,00
10 VALOR TOTAL	2.934,08

01 NOME / TELEFONE
ASSOC HOSP BENEF DO BRASIL
1633748438

DARF IRRF 01 2021 UTI PRO MISSÃO

DARF válido para pagamento até 19/02/2021

Domicílio tributário do contribuinte:
LINS

NÃO RECEBER COM RASURAS

Auto Atendimento Versão 5.59.71.6643 - opção 1 - DLL versão 1.4

85640000029-0 34080064105-2 01453494610-9 00105611031-3

11 AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1ª e 2ª vias)

cortar nesta linha

Aprovado pela IN/RFB nº 736/2007

2ª Via

MINISTÉRIO DA FAZENDA
SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL
Documento de Arrecadação de Receitas Federais

DARF

02 PERÍODO DE APURAÇÃO	31/01/2021
03 NÚMERO DO CPF OU CNPJ	45.349.461/0001-02
04 CÓDIGO DA RECEITA	0561
05 NÚMERO DE REFERÊNCIA	
06 DATA DE VENCIMENTO	19/02/2021
07 VALOR DO PRINCIPAL	2.934,08
08 VALOR DA MULTA	0,00
09 VALOR DOS JUROS E / OU ENCARGOS DL - 1.025/69	0,00
10 VALOR TOTAL	2.934,08

01 NOME / TELEFONE
ASSOC HOSP BENEF DO BRASIL
1633748438

DARF IRRF 01 2021 UTI PRO MISSÃO

DARF válido para pagamento até 19/02/2021

Domicílio tributário do contribuinte:
LINS

NÃO RECEBER COM RASURAS

Auto Atendimento Versão 5.59.71.6643 - opção 1 - DLL versão 1.4

85640000029-0 34080064105-2 01453494610-9 00105611031-3

11 AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1ª e 2ª vias)

cortar nesta linha

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

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

18/02/21

RELAÇÃO DAS BASES DO IRRF

Código	Nome do empregado	Tipo	Base cálculo	Abatimentos	Dependentes	ND	Taxa	Dedução	Valor IRRF
Período: 01/01/2021 a 31/01/2021									
EMPREGADOS									
3	ANDRE LUIZ DE OLIVEIRA	Mensal 12/20	4.831,29	535,31	0,00	0	22,50	636,13	330,47
5	ANTONIO MARCOS ESTEVES	Mensal 12/20	2.488,47	220,24	189,59	1	7,50	142,80	13,10
38	ARETUZA FERNANDES DE CASTRO RIBEIF	Mensal 12/20	4.219,40	449,65	0,00	0	22,50	636,13	212,06
38	ARETUZA FERNANDES DE CASTRO RIBEIF	Férias	2.877,19	262,65	0,00	0	7,50	142,80	53,29
12	EDUARDA LUCIO GABILO SANDES	Mensal 12/20	2.876,93	266,85	0,00	0	7,50	142,80	52,96
2858	GUILHERME TAVARES GONÇALVES	Mensal 12/20	2.328,93	201,09	0,00	0	7,50	142,80	16,79
2858	GUILHERME TAVARES GONÇALVES	Férias	2.353,90	199,86	0,00	0	7,50	142,80	18,75
13	KARINA ZIMIANI DONALONSO	Mensal 12/20	5.267,63	596,40	189,59	1	22,50	636,13	372,24
13	KARINA ZIMIANI DONALONSO	Férias	7.016,93	751,97	189,59	1	27,50	869,36	801,37
14	LILIAN CARLA FERNANDES	Mensal 12/20	2.889,17	268,32	379,18	2	7,50	142,80	25,33
18	LUZIA DE ALMEIDA PEREIRA	Mensal 12/20	3.184,74	304,79	189,59	1	7,50	142,80	58,98
2081	MARCIA APARECIDA MORILHAS RIBEIRO	Mensal 12/20	3.226,25	310,60	189,59	1	7,50	142,80	61,65
24	MARCIA MARIA BARBOSA DE CANDIO	Férias	2.608,88	230,45	0,00	0	7,50	142,80	35,58
3536	MARIA LAURA MARTINS	Mensal 12/20	4.183,70	444,65	0,00	0	15,00	354,80	206,06
26	RENATA FERREIRA	Mensal 12/20	2.925,77	272,72	189,59	1	7,50	142,80	41,96
2160	ROGERIO VICTOR ROSADO	Mensal 12/20	3.762,25	385,64	0,00	0	15,00	354,80	151,69
30	SANDRA REGINA CORREIA BALBINO	Mensal 12/20	4.431,47	479,33	189,59	1	22,50	636,13	210,44
31	SHAWANA DE SOUZA	Mensal 12/20	4.525,85	492,55	0,00	0	22,50	636,13	271,36
		Total:	65.998,75	6.673,07					2.934,08
Empregados: 18	Estagiários: 0	Contribuintes: 0	Total:	65.998,75	6.673,07	1.706,31			2.934,08
Total Geral:									
Empregados: 15	Estagiários: 0	Contribuintes: 0	Total:	65.998,75	6.673,07	1.706,31			2.934,08

Resumo Geral IRRF

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

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
26/02/2021 - AUTOATENDIMENTO - 16.28.45
0148100148 SEGUNDA VIA 0002

COMPROVANTE DE PAGAMENTO

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE DARF/DARF SIMPLES

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

AGENTE ARRECADADOR	
CNC 001 - 0148 - AGENCIA PROMISSAO	SP
CODIGO DE BARRAS	
DATA DO PAGAMENTO	18/02/2021
PERIODO DE APURACAO	31/01/2021
NUMERO DO CPNJ	45.349.461/0001-02
CODIGO DA RECEITA	5952
NUMERO DE REFERENCIA	
DATA DO VENCIMENTO	19/02/2021
RECEITA BRUTA ACUMULADA	
PERCENTUAL	
VALOR DO PRINCIPAL	9.087,47
VALOR DA MULTA	
VALOR DOS JUROS	
VALOR TOTAL	9.087,47

AUTENTICACAO SISBB: E.A6D.027.AF0.62A.577

Modelo Aprovado pela SRF - ADE
Conjunto Corat/Cotec n. 001,DE 2006

DOCUMENTO: 021803

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

1a. via

MINISTÉRIO DA FAZENDA
SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL
Documento de Arrecadação de Receitas Federais

DARF

02 PERÍODO DE APURAÇÃO →	31/01/2021
03 NÚMERO DO CPF OU CNPJ →	45.349.461/0001-02
04 CÓDIGO DA RECEITA →	5952
05 NÚMERO DE REFERÊNCIA →	
06 DATA DE VENCIMENTO →	19/02/2021
07 VALOR DO PRINCIPAL →	9.087,47
08 VALOR DA MULTA →	0,00
09 VALOR DOS JUROS E / OU ENCARGOS DL - 1.025/69 →	0,00
10 VALOR TOTAL →	9.087,47

01 NOME / RAZÃO SOCIAL
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

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

Observações:

Sicalc Contribuinte - 6643 - SP

SENDA (Versão:4.9.7) 17/02/2021 15:15:01

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 →	31/01/2021
03 NÚMERO DO CPF OU CNPJ →	45.349.461/0001-02
04 CÓDIGO DA RECEITA →	5952
05 NÚMERO DE REFERÊNCIA →	
06 DATA DE VENCIMENTO →	19/02/2021
07 VALOR DO PRINCIPAL →	9.087,47
08 VALOR DA MULTA →	0,00
09 VALOR DOS JUROS E / OU ENCARGOS DL - 1.025/69 →	0,00
10 VALOR TOTAL →	9.087,47

01 NOME / RAZÃO SOCIAL
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

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

Observações:

Sicalc Contribuinte - 6643 - SP

SENDA (Versão:4.9.7) 17/02/2021 15:15:01

11 AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1a. e 2a. vias)

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

18/02/21

DATA DO DOCUMENTO	Nº DOC	CREDOR	Valor Bruto	ISS	IRRF	PCC		TOTAL IMP.	TOT. LIQUIDO
15/12/2020	1405931	Thomson Reuters Brasil Conteudo	R$ 2.493,13	R$ -	R$ 37,40	R$ 115,93		R$ 153,33	R$ 2.339,80
13/01/2021	1392	Unilab - Lab. Analises Clinicas Lins Eireli	R$ 1.573,88	R$ -	R$ 23,61	R$ 73,19		R$ 96,79	R$ 1.477,09
04/01/2021	1807	Destra Apoio e Prev em Seg do Trabalho Ltda	R$ 1.250,00	R$ -	R$ 18,75	R$ 58,13		R$ 76,88	R$ 1.173,13
19/01/2021	377	Winter - Gestão e Consultoria Médica	R$ 96.556,20	R$ -	R$ 1.448,34	R$ 4.489,86		R$ 5.938,21	R$ 90.617,99
21/01/2021	381	Winter - Gestão e Consultoria Médica	R$ 93.556,20	R$ -	R$ 1.403,34	R$ 4.350,36		R$ 5.753,71	R$ 87.802,49
			R$ -		R$ -	R$ -		R$ -	R$ -
			R$ -	R$ -	R$ -	R$ -		R$ -	R$ -
			R$ 195.429,41	R$ -	R$ 2.931,44	R$ 9.087,47	R$ -	R$ 12.018,91	R$ 183.410,50

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 000196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
26/02/2021 - AUTOATENDIMENTO - 16.28.45
0148100148 SEGUNDA VIA 0003

COMPROVANTE DE PAGAMENTO

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE DARF/DARF SIMPLES

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

AGENTE ARRECADADOR	
CNC 001 - 0148 - AGENCIA PROMISSAO	SP
CODIGO DE BARRAS	
DATA DO PAGAMENTO	18/02/2021
PERIODO DE APURACAO	31/01/2021
NUMERO DO CPNJ	45.349.461/0001-02
CODIGO DA RECEITA	1708
NUMERO DE REFERENCIA	
DATA DO VENCIMENTO	19/02/2021
RECEITA BRUTA ACUMULADA	
PERCENTUAL	
VALOR DO PRINCIPAL	2.931,44
VALOR DA MULTA	
VALOR DOS JUROS	
VALOR TOTAL	2.931,44

AUTENTICACAO SISBB: C.EAB.078.506.CFF.398

Modelo Aprovado pela SRF - ADE
Conjunto Corat/Cotec n. 001,DE 2006

DOCUMENTO: 021804

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

1a. via

MINISTÉRIO DA FAZENDA
SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL
Documento de Arrecadação de Receitas Federais

DARF

02 PERÍODO DE APURAÇÃO →	31/01/2021
03 NÚMERO DO CPF OU CNPJ →	45.349.461/0001-02
04 CÓDIGO DA RECEITA →	1708
05 NÚMERO DE REFERÊNCIA →	
06 DATA DE VENCIMENTO →	19/02/2021
07 VALOR DO PRINCIPAL →	2.931,44
08 VALOR DA MULTA →	0,00
09 VALOR DOS JUROS E / OU ENCARGOS DL - 1.025/69 →	0,00
10 VALOR TOTAL →	2.931,44

01 NOME / RAZÃO SOCIAL
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

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

Observações:

Sicalc Contribuinte - 6643 - SP

SENDA (Versão:4.9.7) 17/02/2021 15:12:30

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 →	31/01/2021
03 NÚMERO DO CPF OU CNPJ →	45.349.461/0001-02
04 CÓDIGO DA RECEITA →	1708
05 NÚMERO DE REFERÊNCIA →	
06 DATA DE VENCIMENTO →	19/02/2021
07 VALOR DO PRINCIPAL →	2.931,44
08 VALOR DA MULTA →	0,00
09 VALOR DOS JUROS E / OU ENCARGOS DL - 1.025/69 →	0,00
10 VALOR TOTAL →	2.931,44

01 NOME / RAZÃO SOCIAL
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

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

Observações:

Sicalc Contribuinte - 6643 - SP

SENDA (Versão:4.9.7) 17/02/2021 15:12:30

11 AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1a. e 2a. vias)

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

18/02/21

DATA DO DOCUMENTO	Nº DOC	CREDOR	Valor Bruto	ISS	IRRF	PCC		TOTAL IMP.	TOT. LIQUIDO
15/12/2020	1405931	Thomson Reuters Brasil Conteudo	R$ 2.493,13	R$ -	R$ 37,40	R$ 115,93		R$ 153,33	R$ 2.339,80
13/01/2021	1392	Unilab - Lab. Analises Clinicas Lins Eireli	R$ 1.573,88	R$ -	R$ 23,61	R$ 73,19		R$ 96,79	R$ 1.477,09
04/01/2021	1807	Destra Apoio e Prev em Seg do Trabalho Ltda	R$ 1.250,00	R$ -	R$ 18,75	R$ 58,13		R$ 76,88	R$ 1.173,13
19/01/2021	377	Winter - Gestão e Consultoria Médica	R$ 96.556,20	R$ -	R$ 1.448,34	R$ 4.489,86		R$ 5.938,21	R$ 90.617,99
21/01/2021	381	Winter - Gestão e Consultoria Médica	R$ 93.556,20	R$ -	R$ 1.403,34	R$ 4.350,36		R$ 5.753,71	R$ 87.802,49
			R$ -		R$ -	R$ -		R$ -	R$ -
			R$ -	R$ -	R$ -	R$ -		R$ -	R$ -
			R$ 195.429,41	R$ -	R$ 2.931,44	R$ 9.087,47	R$ -	R$ 12.018,91	R$ 183.410,50

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

22/02/2021 - BANCO DO BRASIL - 15:06:12
014800148 SEGUNDA VIA 0001
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X
==========
DATA DA TRANSFERENCIA 22/02/2021
NR. DOCUMENTO 550.058.000.072.625
VALOR TOTAL 3.885,39
****** TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: UNILAB - LABORATORIO DE A
AGENCIA: 0058-2 CONTA: 72.625-7
NR. DOCUMENTO 550.148.000.038.500
==========
NR.AUTENTICACAO 3.635.C68.8E0.2F3.D75

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

PREFEITURA MUNICIPAL DE LINS

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
1417	10/02/2021	10/02/2021 às 11:37:00	5228-9325-8830

PRESTADOR DE SERVIÇOS

SEM IMAGEM

CNPJ	18.633.200/0001-47	Cód. Mobiliário	101385	Insc. Mun.	101385
Nome	UNILAB - LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS DE LINS EIREL			RG/IE	ISENTO
Logradouro	RUA-NOVE DE JULHO			Número	707
Bairro	CENTRO			CEP	16400-110
Município	LINS			UF	SP

Autenticação

Situação: Não Optante do Simples Nacional

Telefones:

E-Mail's:

TOMADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ	45.349.461/0001-02	RG/IE	ISENTO
Inscrição Mun.	104244	Cód. Mobiliário	104244
Nome	ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		
E-mail	jvalentim@ahbb.org.br;	Telefone	contabilidade@ahbb.org.br
Inf. Comp.			
Logradouro	AVENIDA.-JOSE ARIANO RODRIGUES	Número	303
Bairro	JARDIM ARIANO	CEP	16400-400
Município	LINS	UF	SP
Complemento	SALA 03	País	BRASIL

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Serviço	Descrição	Vlr. Unitário	Qtde	Desconto	Aliq. Tributo (IBPT)	Total
1	SERVIÇOS PRESTADOS	4.140,0000	1,00	0,00	0,00	4.140,00

Valor Total dos Serviços - R$4.140,00

INFORMAÇÕES REFERENTES A DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

EXAMES LABORATORIAIS REALIZADOS EM JANEIRO DE 2021
BANCO DO BRASIL
AG: 0058-2
C/C: 72625-7
UNILAB-LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS DE LINS EIRELI

TRIBUTOS

PIS (R$)	COFINS (R$)	INSS (R$)	IR (R$)	CSLL (R$)	Outras Retenções (R$)	Outros Tributos (R$)
26,91	124,20		62,10	41,40		
CIDE (R$)	**IOF (R$)**	**IPI (R$)**	**ICMS (R$)**			

VALOR TOTAL DA NOTA = R$ 4.140,00

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$)	Vlr. do ISS (R$)
2,0000	4.140,00	0,00	254,61	82,80

VALOR LÍQUIDO DA NOTA = R$ 3.885,39

OUTRAS INFORMAÇÕES (RESERVADO AO FISCO)

A situação 'ISENTA/IMUNE' se refere à condição da empresa emitente da NFS-e perante o município de Lins-SP, município onde está estabelecida. Aplicam-se as regras de incidência do ISSQN relativas ao município onde o imposto municipal é devido, nos casos em que seja devido no local da prestação, conforme dispõe a Lei Complementar Federal n.º 116/2003 e as normas municipais respectivas. A autenticidade deste documento poderá ser verificada no endereço 'www.lins.sp.gov.br'

Recebi(emos) do Prestador: UNILAB - LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS DE LINS EIREL CNPJ: 18.633.200/0001-47

Os serviços constantes da Nota Fiscal de Serviços Eletrônica n.º **1417** emitida em **10/02/2021** às **11:37:00** - Cód Verif **5228-9325-8830**
Condições de Pagamento: Vencimento: 10/02/2021 Valor Total R$ **4.140,00** Valor Líquido R$ **3.885,39**

Ass: _____ em ____/____/_____.
Assinatura do Destinatário/Tomador do(s) Serviço(s) Data da Assinatura

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso: 15000000
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

22/02/21

LABORATORIO IMEDI

Relatorio Paciente por Convenio Detalhado
Convenio: HOSP. GERAL DE PROMISSAO Unidade: Todos
Periodo de 01/01/2021 a 31/01/2021 Pag.1

03/01/2021 1373358	**APARECIDO MARCELINO DOS SANTOS**	**Valor R$**
	ANTIBIOGRAMA	20,00
	ANTIBIOGRAMA	20,00
	CULTURA GERAL	20,00
	CULTURA GERAL	20,00
Matri.: 43543 C	----------	Total: 80,00
04/01/2021 1373963	**LUCIA MARIA DE JESUS CANCADO**	**Valor R$**
	UROCULTURA	20,00
	HOSP. GERAL DE PROMI	Total: 20,00
05/01/2021 1374079	**JESUE FRANCISCO DA SILVA**	**Valor R$**
	HEMOCULTURA	40,00
	HEMOCULTURA	40,00
	ANTIBIOGRAMA	20,00
	ANTIBIOGRAMA	20,00
Matri.: 206427 D	HOSP. GERAL DE PROMI	Total: 120,00
07/01/2021 1375733	**AVELINO ADAME**	**Valor R$**
	ANTIBIOGRAMA	20,00
	ANTIBIOGRAMA	20,00
	CULTURA GERAL	20,00
	CULTURA GERAL	20,00
Matri.: 38516 A	HOSP. GERAL DE PROMI	Total: 80,00
07/01/2021 1375734	**WALDEMAR PEREIRA DE SILVA**	**Valor R$**
	CULTURA GERAL	20,00
	CULTURA GERAL	20,00
	ANTIBIOGRAMA	20,00
	ANTIBIOGRAMA	20,00
Matri.: 41701 H	HOSP. GERAL DE PROMI	Total: 80,00
12/01/2021 1378496	**LUCIA ROSA DE CARVALHO SOUZA**	**Valor R$**
	CULTURA GERAL	20,00
	CULTURA GERAL	20,00
	ANTIBIOGRAMA	20,00
	ANTIBIOGRAMA	20,00
Matri.: 206429 B	HOSP. GERAL DE PROMI	Total: 80,00
13/01/2021 1380148	**ALICE ALVES FIRMINO**	**Valor R$**
	CULTURA GERAL	20,00
	CULTURA GERAL	20,00
	ANTIBIOGRAMA	20,00
	ANTIBIOGRAMA	20,00
	HOSP. GERAL DE PROMI	Total: 80,00
14/01/2021 1380340	**JOSE LIBERATO DA SILVA PRADO**	**Valor R$**
	ANTIBIOGRAMA	20,00
	ANTIBIOGRAMA	20,00
	CULTURA GERAL	20,00
	CULTURA GERAL	20,00
	ANTIBIOGRAMA	20,00

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

	ANTIBIOGRAMA	20,00
	ANTIBIOGRAMA	20,00
	HEMOCULTURA	40,00
	HEMOCULTURA	40,00
	HEMOCULTURA	40,00
Matri.: 206439J	HOSP. GERAL DE PROMI	Total: 260,00
14/01/2021 1381049	**SERGIO DE PAIVA BUENO**	**Valor R$**
	ANTIBIOGRAMA	20,00
	ANTIBIOGRAMA	20,00
	CULTURA GERAL	20,00
	CULTURA GERAL	20,00
	HOSP. GERAL DE PROMI	Total: 80,00
15/01/2021 1381887	**BENIGNO LIMA**	**Valor R$**
	CULTURA GERAL	20,00
	CULTURA GERAL	20,00
	ANTIBIOGRAMA	20,00
	ANTIBIOGRAMA	20,00
	HOSP. GERAL DE PROMI	Total: 80,00
16/01/2021 1381962	**GENTIL AGOSTINHO GUARNIER**	**Valor R$**
	ANTIBIOGRAMA	20,00
	ANTIBIOGRAMA	20,00
	CULTURA GERAL	20,00
	CULTURA GERAL	20,00
Matri.: 206448 H	HOSP. GERAL DE PROMI	Total: 80,00
18/01/2021 1382956	**GENTIL AGOSTINHO GUARNIER**	**Valor R$**
	PESQUISA DE CLOSTRIDIUM	0,00
	HEMOCULTURA	40,00
	HEMOCULTURA	40,00
	UROCULTURA	20,00
	ANTIBIOGRAMA	20,00
	ANTIBIOGRAMA	20,00
	ANTIBIOGRAMA	20,00
	ANTIBIOGRAMA	20,00
	HOSP. GERAL DE PROMI	Total: 180,00
18/01/2021 1382959	**SERGIO DE PAIVA BUENO**	**Valor R$**
	HEMOCULTURA	40,00
	HEMOCULTURA	40,00
	UROCULTURA	20,00
	CULTURA GERAL	20,00
	ANTIBIOGRAMA	20,00
	ANTIBIOGRAMA	20,00
	ANTIBIOGRAMA	20,00
	ANTIBIOGRAMA	20,00
	HOSP. GERAL DE PROMI	Total: 200,00
19/01/2021 1383084	**GERALDO ELOY DA ROCHA**	**Valor R$**
	CULTURA GERAL	20,00

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

	CULTURA GERAL	20,00
	ANTIBIOGRAMA	20,00
	ANTIBIOGRAMA	20,00
	ANTIBIOGRAMA	20,00
	ANTIBIOGRAMA	20,00
	HEMOCULTURA	40,00
	HEMOCULTURA	40,00
	UROCULTURA	20,00
	ANTIBIOGRAMA	20,00
	----------	Total: 240,00
22/01/2021 1386848	**LUCIANACRISTINA OLIVEIRA DOS SANTOS**	**Valor R$**
	CULTURA GERAL	20,00
	CULTURA GERAL	20,00
	ANTIBIOGRAMA	20,00
	ANTIBIOGRAMA	20,00
	HOSP. GERAL DE PROMI	Total: 80,00
22/01/2021 1386849	**VALDOMIRO DONIZETE ALVES**	**Valor R$**
	HEMOCULTURA	40,00
	HEMOCULTURA	40,00
	HEMOCULTURA	40,00
	UROCULTURA	20,00
	ANTIBIOGRAMA	20,00
	ANTIBIOGRAMA	20,00
	ANTIBIOGRAMA	20,00
	ANTIBIOGRAMA	20,00
	HOSP. GERAL DE PROMI	Total: 220,00
22/01/2021 1386850	**CONCEIÇÃOAPARECIDA BARBAN RODRIGUES**	**Valor R$**
	CULTURA GERAL	20,00
	CULTURA GERAL	20,00
	HEMOCULTURA	40,00
	HEMOCULTURA	40,00
	HEMOCULTURA	40,00
	UROCULTURA	20,00
	ANTIBIOGRAMA	20,00
	ANTIBIOGRAMA	20,00
	ANTIBIOGRAMA	20,00
	ANTIBIOGRAMA	20,00
	ANTIBIOGRAMA	20,00
	ANTIBIOGRAMA	20,00
	ANTIBIOGRAMA	20,00
	HOSP. GERAL DE PROMI	Total: 320,00
24/01/2021 1387126	**JAIRO RODRIGUES DE SOUZA**	**Valor R$**
	CULTURA GERAL	20,00
	CULTURA GERAL	20,00
	HEMOCULTURA	40,00
	HEMOCULTURA	40,00
	HEMOCULTURA	40,00

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

	ANTIBIOGRAMA	20,00
	ANTIBIOGRAMA	20,00
	ANTIBIOGRAMA	20,00
	ANTIBIOGRAMA	20,00
	ANTIBIOGRAMA	20,00
	HOSP. GERAL DE PROMI	Total: 260,00
25/01/2021 1388112	**GERALDO ELOY DA ROCHA**	**Valor R$**
	ANTIBIOGRAMA	20,00
	ANTIBIOGRAMA	20,00
	ANTIBIOGRAMA	20,00
	ANTIBIOGRAMA	20,00
	ANTIBIOGRAMA	20,00
	UROCULTURA	20,00
	HEMOCULTURA	40,00
	HEMOCULTURA	40,00
	HEMOCULTURA	40,00
	CULTURA GERAL	20,00
	HOSP. GERAL DE PROMI	Total: 260,00
25/01/2021 1388113	**SERGIO DE PAIVA BUENO**	**Valor R$**
	CULTURA GERAL	20,00
	UROCULTURA	20,00
	HEMOCULTURA	40,00
	HEMOCULTURA	40,00
	HEMOCULTURA	40,00
	ANTIBIOGRAMA	20,00
	ANTIBIOGRAMA	20,00
	ANTIBIOGRAMA	20,00
	ANTIBIOGRAMA	20,00
	ANTIBIOGRAMA	20,00
	HOSP. GERAL DE PROMI	Total: 260,00
25/01/2021 1388114	**SERGIO DE PAIVA BUENO**	**Valor R$**
	CULTURA GERAL	20,00
	UROCULTURA	20,00
	HEMOCULTURA	40,00
	HEMOCULTURA	40,00
	HEMOCULTURA	40,00
	ANTIBIOGRAMA	20,00
	ANTIBIOGRAMA	20,00
	ANTIBIOGRAMA	20,00
	ANTIBIOGRAMA	20,00
	ANTIBIOGRAMA	20,00
	HOSP. GERAL DE PROMI	Total: 260,00
28/01/2021 1390679	**EDSON SOUZA DE JESUS**	**Valor R$**
	UROCULTURA	20,00
	CULTURA GERAL	20,00
	ANTIBIOGRAMA	20,00
	ANTIBIOGRAMA	20,00

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

	ANTIBIOGRAMA	20,00
	HEMOCULTURA	40,00
	HEMOCULTURA	40,00
	HEMOCULTURA	40,00
	ANTIBIOGRAMA	20,00
	ANTIBIOGRAMA	20,00
	ANTIBIOGRAMA	20,00
	---	Total: 280,00
29/01/2021 1391724	**NEDINA GOMES DE OLIVEIRA SILVA**	**Valor R$**
	CULTURA GERAL	20,00
	CULTURA GERAL	20,00
	ANTIBIOGRAMA	20,00
	ANTIBIOGRAMA	20,00
	HOSP. GERAL DE PROMI	Total: 80,00
29/01/2021 1391732	**ANA DA SILVA MACEDO**	**Valor R$**
	HEMOCULTURA	40,00
	HEMOCULTURA	40,00
	HEMOCULTURA	40,00
	CULTURA GERAL	20,00
	CULTURA GERAL	20,00
	ANTIBIOGRAMA	20,00
	ANTIBIOGRAMA	20,00
	UROCULTURA	20,00
	ANTIBIOGRAMA	20,00
Matri.: 44840 K	HOSP. GERAL DE PROMI	Total: 240,00
30/01/2021 1391982	**LEONARDO DA SILVA SANTOS**	**Valor R$**
	HEMOCULTURA	40,00
	HEMOCULTURA	40,00
	HEMOCULTURA	40,00
	UROCULTURA	20,00
	ANTIBIOGRAMA	20,00
	ANTIBIOGRAMA	20,00
	ANTIBIOGRAMA	20,00
	ANTIBIOGRAMA	20,00
	HOSP. GERAL DE PROMI	Total: 220,00

Qtd. Pacientes: 25
Qtd. Exames: 170

Valor do Convenio: 4.140,00

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

26/02/2021 - BANCO DO BRASIL - 16:28:45
014800148 0002

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

03399913906050000000900777501016185370000086400
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	22.201
DATA DE VENCIMENTO	20/02/2021
DATA DO PAGAMENTO	22/02/2021
VALOR DO DOCUMENTO	864,00
VALOR COBRADO	864,00

NR.AUTENTICACAO 6.27D.3ED.F72.FBB.D19

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 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

Promissão

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

Nota Fiscal Eletrônica de Serviços

Número da Nota: 000000006808-1	**Data de Emissão:** 08/02/2021

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 01/01/2021 - 31/01/2021 UTI PROMISSAO
TRIB APROX R$: 116,21 FEDERAL E 33,78 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$)** 0,00
Os valores acima referem-se as retenções de tributos administrados pela União, sendo de responsabilidade do Prestador e não implicam na alteração da base de cálculo deduzindo apenas do total líquido				**Valor Aprox. Tributos** 0,00
Deduções de Materiais 0,00	**Base de Cálculo (R$)** 864,00	**Alíquota (%)** 2,00	**Valor do ISS (R$)** 17,28	**Valor Total da Nota (R$)** 864,00
Consulte a autenticidade desta Nota Fiscal através do site oficial da Prefeitura Municipal de Bauru.			**Valor líquido da nota (R$)** 864,00	

Chave de autenticação: AE5AF5BAAF272643475FFA3E7B514457

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

22/02/21

26/02/2021 - BANCO DO BRASIL - 16:28:45
014800148 0002

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

BANCO DO BRASIL

00190616702093063359700002034312585370000063000
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	22.202
NOSSO NUMERO	6167209306
CONVENIO	00000000
DATA DE VENCIMENTO	20/02/2021
DATA DO PAGAMENTO	22/02/2021
VALOR DO DOCUMENTO	630,00
VALOR COBRADO	630,00

NR.AUTENTICACAO 8.F6C.D8A.D9A.6BB.D89

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 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
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 124839
SERIE 1
FOLHA 1/1

CHAVE DE ACESSO
3520 1204 0278 9400 0750 5500 1000 1248 3910 0037 2963

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	135201139177441 04/12/2020 16:11:13

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	04/12/2020

ENDEREÇO	BAIRRO/DISTRITO	CEP	DATA ENTRADA/SAIDA
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303	JARDIM ARIANO	16400-400	04/12/2020

MUNICÍPIO	FONE/FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DA SAIDA
LINS	1435325198	SP		16:02

FATURA / DUPLICATA

001	20/01/2021	630,00	002	20/02/2021	630,00			

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
1.260,00	226,80	0,00	0,00	1.260,00

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	1.260,00

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			3,00	3,00

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
35197	DORMIRE 50MG 10/10ML - CRISTALIA Bl (Lote: 20090162, Qtde: 9, Dt Val: 30/09/2022 ,Data Fab: 01/09/2020)	30049069	000	5102	CX	9	140,0000	1.260,00	1.260,00	226,80		18,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

RECLAMACOES DE MERCADORIAS COM NO MAXIMO DE 46HORAS APOS A ENTREGA
ENDERECO AV EURICO GASPAR DUTRA 620 VILA REAL PROMISSÃO SPUTI PROMISSÃO CONV 031/2015 AC ROGERIO
ITEM 1 ALIQUOTA ZERO PIS/COFINS,CF.ART.2 DA LEI 10.147/00
VALOR APROX. TRIBUTOS, R$ 226,80, Federal, R$ 0,00, Estadual, R$ 226,80
Pedido: 141161
Representante: REGIAO SJRP - (VITOR)

RESERVADO AO FISCO

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 000196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
26/02/2021 - AUTOATENDIMENTO - 16.28.45
0148100148 SEGUNDA VIA 0001
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE
TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL
CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
BANCO: 341 - ITAU UNIBANCO S.A.
AGENCIA: 0220-8 - PENAPOLIS SP
CONTA: 5.744-2

FAVORECIDO: DESTRA - APOIO E PREVENCAO EM SEGUR
CPF/CNPJ: 11.814.918/0001-90
VALOR: R$ 1.173,12
DEBITO EM: 22/02/2021

DOCUMENTO: 022203
AUTENTICACAO SISBB: D.E56.353.F7A.551.6C1

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS

Secretaria Municipal da Fazenda

Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e

Número da Nota
1854
Data de Emissão
02/02/2021
Data e Hora da Competência
02/02/2021 às 14:52:15
Código de Verificação
1385-8984-0298

PRESTADOR DE SERVIÇOS

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
3	ASSESSORIA EM SEGURANÇA DO TRABALHO	1.250,0000	1,00	0,00	1.250,00

Valor Total dos Serviços - R$1.250,00

INFORMAÇÕES REFERENTE A DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

REF 01/2021 - UTI PROMISSÃO
ASSESSORIA EM SEGURANÇA DO TRABALHO

IMPOSTOS

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

VALOR TOTAL DA NOTA = R$ 1.250,00

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

Operação	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	1.250,00	0,00	76,88	37,50

VALOR LÍQUIDO DA NOTA = R$ 1.173,12

OUTRAS INFORMAÇÕES (RESERVADO AO FISCO)

NENHUMA INFORMAÇÃO COMPLEMENTAR REGISTRADA

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

Os serviços constantes da Nota Fiscal de Serviços Eletrônica n.º **1854** emitida em **02/02/2021** às **14:52:15** - Cód Verif **1385-8984-0298**
Condições de Pagamento: Vencimento: 02/02/2021 Valor Total R$ **1.250,00** Valor Líquido R$ **1.173,12**
Ass: _____ em ____/____/_____.
Assinatura do Destinatário/Tomador do(s) Serviço(s) Data da Assinatura

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

22/02/21

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: 01/01/2021 até 31/01/2021 - Emissão: 02/02/2021

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL - (AHBB - UTI - PROMISSÃO) (1394) - CNPJ: 45.349.461/0005-36

Serviços Prestados

* Descrição do serviço	Total
Assessoria em Segurança do Trabalho ref. a 01/2021	1.250,00
	Total => 1.250,00
Total => R$ 1.250,00	
Geral do Faturamento	**1.250,00**

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

26/02/2021 - BANCO DO BRASIL - 16:28:45
014800148 0002

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

BANCO DO BRASIL

00190000090330884110900003325172685370000355546
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	22.204
NOSSO NUMERO	33088411000003325
CONVENIO	03308841
DATA DE VENCIMENTO	20/02/2021
DATA DO PAGAMENTO	22/02/2021
VALOR DO DOCUMENTO	3.555,46
VALOR COBRADO	3.555,46

NR.AUTENTICACAO C.AA3.A66.203.11A.793

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 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
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 134958
SERIE 1
FOLHA 1/2

CHAVE DE ACESSO
3521 0104 0278 9400 0750 5500 1000 1349 5810 0088 2341

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	135210016096118 06/01/2021 19:06:27

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	06/01/2021

ENDEREÇO	BAIRRO/DISTRITO	CEP	DATA ENTRADA/SAIDA
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303	JARDIM ARIANO	16400-400	06/01/2021

MUNICÍPIO	FONE/FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DA SAIDA
LINS	1435325198	SP		19:03

FATURA / DUPLICATA

001 20/02/2021 3.555,46

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CALCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
3.523,66	582,44	0,00	0,00	3.555,46

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	3.555,46

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
5	CAIXAS			50,00	50,00

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
34904	MEROPENEM IV 1G C/25 GEN - BIOCHIMICO (Lote: 009063, Qtde: 1, Dt Val: 31/07/-2022 ,Data Fab: 01/08/2020)	30042099	000	5102	CX	1	468,2500	468,25	468,25	56,19		12,00	
33722	VANCOMICINA 500MG 25/10ML GEN - ABL (Lote: 109218C, Qtde: 1, Dt Val: 30/09/2022 ,Data Fab: 01/09/2020)	30042071	000	5102	CX	1	122,7000	122,70	122,70	14,72		12,00	
17519	ESPIRONOLACTONA 25MG C/3-0CP GEN-EMS (Lote: 1Z8726, Qtde: 2, Dt Val: 30/09/2022 ,Data Fab: 01/09/2020)	30043220	500	5102	CX	2	4,6000	9,20	9,20	1,10		12,00	
27000	BROMOPRIDA 5MG C/50 AMP GEN - NOVAFARMA (Lote: 78PD1449, Qtde: 1, Dt Val: 30/0-4/2022 ,Data Fab: 01/04/2020)	30049045	500	5102	CX	1	52,7000	52,70	52,70	6,32		12,00	
37656	DOBUTAMINA 250MG 10/20ML GEN - HYPO-FARMA (Lote: 20101537, Qtde: 3, Dt Val: 31/10/2022 ,Data Fab: 01/10/2020)	30039099	000	5102	CX	3	70,2500	210,75	210,75	25,30		12,00	
35975	TRIAXTON IV 1G C/100F/A - BLAU (Lote: 20071302, Qtde: 1, Dt Val: 30/06/2022 ,Data Fab: 01/06/2020)	30042059	000	5102	CX	1	672,0600	672,06	672,06	120,97		18,00	
36041	COMP.GAZE 7,5X7,5 13F C/500 - CLEAN (Lote: 37420, Qtde: 6, Dt Val: 30/11/2-025 ,Data Fab: 01/11/2020)	30059090	000	5102	PCT	6	11,2500	67,50	67,50	12,15		18,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

RECLAMACOES DE MERCADORIAS COM NO MAXIMO DE 48HORAS APOS A ENTREGA
ENDEREÇO AV EURICO GASPAR DUTRA 620 VILA REAL PROMISSÃO SPUTI PROMISSÃO CONV 031/2015 AC ROGERIO
ITEM 9 ISENCAO ICMS CONFORME CONVENIO 126/2010
ITENS 1 a 5 ALIQ.12% CF LEI GENERICOSSP 16005/2015
ITENS 7,11 a 12
ITENS 8 a 10 ISENTO PIS/COFINS DECRETO 6426/08 ANEXO III
ITENS 1 a 6 ALIQUOTA ZERO PIS/COFINS,CF.ART.2 DA LEI 10.147/00
VALOR APROX. TRIBUTOS, R$ 614,83, Federal, R$ 32,39, Estadual, R$ 582,44
Pedido: 152283
Representante: REGIAO SJRP - (VITOR)

RESERVADO AO FISCO

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
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 134958
SERIE 1
FOLHA 2/2

CHAVE DE ACESSO
3521 0104 0278 9400 0750 5500 1000 1349 5810 0088 2341

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
135210016096118 06/01/2021 19:06:27

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

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇOS	NCM/CH	CST	CFOP	UND.	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL ICMS	AL IPI
31735	LUVA P/PROCEDIMENTO G C/100-NUGARD (Lote: 2159A60, Qtde: 20, Dt Val: 31/08/2025 ,Data Fab: 01/08/2020)	40151900	200	5102	CX	20	81,8500	1.637,00	1.637,00	294,66		18,00	
3798	ALGODAO ORTOP.15X1.0M C/12-ORTOBOM (Lote: 266, Qtde: 6, Dt Val: 01/12/2025 ,Data Fab: 01/12/2020)	90211020	040	5102	PCT	6	5,3000	31,80					
37356	COLETOR URINA SIST.FECHADO - ADVANTIVE (Lote: 191105, Qtde: 15, Dt Val: 05/11/2024 ,Data Fab: 05/11/2019)	39269030	700	5102	UN	15	3,9000	58,50	58,50	10,53		18,00	
50371	FITA ADESIVA 19X50(I) - EUROCEL (Lote: 161020C05, Qtde: 48, Dt Val: 31/10/2023 ,Data Fab: 01/10/2020)	48114110	300	5102	RL	48	3,0000	144,00	144,00	25,92		18,00	
12883	ATADURA CREPE 13F 15CMX 1,80M C/12 EUROPA - POLARFIX (Lote: 45463, Qtde: 10, Dt Val: 11/12/2025 ,Data Fab: 11/12/2020)	30059090	000	5102	DZ	10	8,1000	81,00	81,00	14,58		18,00	

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 000196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

26/02/2021 - BANCO DO BRASIL - 16:28:45
014800148 0002

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

BANCO DO BRASIL

00190000090330884120800005279179185380000014535
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	22.205
NOSSO NUMERO	33088412000005279
CONVENIO	03308841
DATA DE VENCIMENTO	21/02/2021
DATA DO PAGAMENTO	22/02/2021
VALOR DO DOCUMENTO	145,35
VALOR COBRADO	145,35

NR.AUTENTICACAO D.3E0.65F.E66.3E8.5CA

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 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

dupatri
HOSPITALAR COM. IMP. EXP. LTDA.

DUPATRI HOSPITALAR COM IMP EXT LTDA
AV. JOSÉ SEVERINO, Nº 3530
CATALÃO - GO
CEP: 75.709-616
TELEFONES
ESTOQUE CATALÃO: (64) 3442-5081
ADM. SANTOS : (13) 3226-8700

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA [1]

Nº 1151999
SERIE 1
FOLHA 1/1

CHAVE DE ACESSO
5221 0104 0278 9400 0326 5500 1001 1519 9910 0022 1430

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	152213725551824 07/01/2021 17:13:27

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	07/01/2021

ENDEREÇO	BAIRRO/DISTRITO	CEP	DATA ENTRADA/SAIDA
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303	JARDIM ARIANO	16400-400	07/01/2021

MUNICÍPIO	FONE/FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DA SAIDA
LINS	1435325198	SP		17:12

FATURA / DUPLICATA

001 21/02/2021 145,35

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
145,35	5,81	0,00	0,00	145,35

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	145,35

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			2,00	2,00

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇOS	NCM/CH	CST	CFOP	UND.	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL. ICMS	AL. IPI
35230	VED CAP MACHO E FEMEA C/200 - CREMER (Lote: 202004, Qtde: 3, Dt Val: 18/04/2023 ,Data Fab: 18/04/2020)	90189010	200	6108	CX	3	48,4500	145,35	145,35	5,81		4,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

RECLAMACOES DE MERCADORIAS COM NO MAXIMO DE 48HORAS APOS A ENTREGA
ENDEREÇO AV EURICO GASPAR DUTRA 620 VILA REAL PROMISSÃO SPUTI PROMISSÃO CONV 031/2015 AC ROGERIO
ITEM 1 Resolucao Senado Federal n 13/2012 e Convenio ICMS 38/2013
ITEM 1
ITEM 1 DIFERENCIAL DE ALIQ.CFCONV.93 -EMENDA 87/15
ITEM 1
ITEM 1
Emenda Constitucional 87 de 2015:
Valor da partilha para UF de Destino: R$ 20,35
VALOR APROX. TRIBUTOS, R$ 16,84, Federal, R$ 11,03, Estadual, R$ 5,81
Pedido: 1233377
Representante: REGIAO SJRP - (VITOR)
Redespacho...: O EMITENTE (43) - CIF - CNPJ.: - Inscrição Estadual.:633565182110 -
Endereço.:RUA SAO PAULO SANTOS-SP

RESERVADO AO FISCO

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

26/02/2021 - BANCO DO BRASIL - 16:28:45
014800148 0004

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

==========

BANCO DO BRASIL

00190000090330884120800004866174285370000121150
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	22.206
NOSSO NUMERO	33088412000004866
CONVENIO	03308841
DATA DE VENCIMENTO	20/02/2021
DATA DO PAGAMENTO	22/02/2021
VALOR DO DOCUMENTO	1.211,50
DESCONTO/ABATIMENTO	980,00
VALOR COBRADO	231,50

==========

NR.AUTENTICACAO 8.355.538.B24.8C2.4EE

==========

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 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

dupatri
HOSPITALAR COM. IMP. EXP. LTDA.

DUPATRI HOSPITALAR COM IMP EXT LTDA
AV. JOSÉ SEVERINO, Nº 3530
CATALÃO - GO
CEP: 75.709-615
TELEFONES
ESTOQUE CATALÃO: (64) 3442-6081
ADM. SANTOS : (13) 3228-8700

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA [1]

Nº 1151527
SERIE 1
FOLHA 1/1

CHAVE DE ACESSO
5221 0104 0278 9400 0326 5500 1001 1515 2710 0100 2219

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	152213722395429 06/01/2021 15:42:37

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	06/01/2021

ENDEREÇO	BAIRRO/DISTRITO	CEP	DATA ENTRADA/SAIDA
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303	JARDIM ARIANO	16400-400	06/01/2021

MUNICÍPIO	FONE/FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DA SAIDA
LINS	1435325198	SP		15:42

FATURA / DUPLICATA

001 20/02/2021 1.211,50

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
1.009,54	121,15	0,00	0,00	1.211,50

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	1.211,50

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	NÚMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
5	CAIXAS			12,40	12,40

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
28121	ESPARADRAPO 10CMX4,5M - PROCITEX (Lote: 1993030G, Qtde: 4, Dt Val: 31/07/2022 ,Data Fab: 01/07/2020)	30051030	020	6108	RL	4	6,5000	26,00	21,67	2,60		12,00	
36559	FRALDA GERIAT.TAM.EG C/7 - SLIM	96190000	020	6108	PCT	20	8,0500	161,00	134,16	16,10		12,00	
33029	TAMPA PRN REF.385111 C/50 - BDREF 385111 (Lote: 0100894, Qtde: 8, Dt Val: 30/04/2024 ,Data Fab: 01/04/2020)	90183929	720	6108	UN	8	122,5000	980,00	816,63	98,00		12,00	
3031	AGULHA DESC.C/100 13X4,5 - BD COR MARROM (Lote: 0303168, Qtde: 4, Dt Val: 31/10/2025 ,Data Fab: 01/11/2020)	90183219	020	6108	CX	4	8,7000	34,80	29,00	3,48		12,00	
3034	AGULHA DESC. C/100 25X07 - BD COR PRETA (Lote: 0274809, Qtde: 1, Dt Val: 30/09/2025 ,Data Fab: 01/10/2020)	90183219	020	6108	CX	1	9,7000	9,70	8,08	0,97		12,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

RECLAMACOES DE MERCADORIAS COM NO MAXIMO DE 48HORAS APOS A ENTREGA
ENDEREÇO AV EURICO GASPAR DUTRA 620 VILA REAL PROMISSÃO SPUTI PROMISSÃO CONV 031/2015 AC ROGERIO
ITENS 1 a 5 RED.BASE DE CALCULO CONF. ART. 8°, INC. VIII, ANEXO IX DEC.4.852/97 - RICMS/GO
ITEM 1 e 2
ITENS 3 a 5 ISENTO PIS/COFINS DECRETO 6426/08 ANEXO III
ITENS 1 a 3 DIFERENCIAL DE ALIQ.CFCONV.93 -EMENDA 87/15
ITEM 4 e 5 Aliq. 12% conf. art. 54inciso XV da alinea "E"do RICMS/SP
ITENS 1 a 3
ITENS 1 a 3
Emenda Constitucional 87 de 2015:
Valor da partilha para UF de Destino: R$ 70,02
VALOR APROX. TRIBUTOS, R$ 135,68, Federal, R$ 14,53, Estadual, R$ 121,15
Pedido: 1232884
Representante: REGIAO SJRP - (VITOR)
Redespacho...: O EMITENTE (43) - CIF - CNPJ.: - Inscrição Estadual.:633565182110 -
Endereço.:RUA SAO PAULO SANTOS-SP

RESERVADO AO FISCO

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

26/02/2021 - BANCO DO BRASIL - 16:28:45
014800148 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

BANCO DO BRASIL

00190000090171153600100875763179285390000490050
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	22.207
NOSSO NUMERO	17115360000875763
CONVENIO	01711536
DATA DE VENCIMENTO	22/02/2021
DATA DO PAGAMENTO	22/02/2021
VALOR DO DOCUMENTO	4.900,50
VALOR COBRADO	4.900,50

NR.AUTENTICACAO 6.376.ED4.39E.F6E.416

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 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
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. 1385604 FL 1 / 2
SÉRIE 1

CHAVE DE ACESSO
3521 0167 7291 7800 0491 5500 1001 3856 0419 1136 0506

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		135210014877485 06/01/2021 14:45:17
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	06/01/2021
ENDEREÇO	**BAIRRO / DISTRITO**	**CEP**		**DATA DA ENTRADA/SAÍDA**
AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303	JARDIM ARIANO	16400-400		06/01/2021
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
1385604/1	22/02/2021	4.900,50						

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
4.900,50	667,65	0,00	0,00	4.900,50

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	VALOR DO DESCONTO	OUTRAS DESPESAS	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	4.900,50

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
10,00	VOLUME(S)		0,14453	56,381	56,381

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
030430	RESPIRADOR DESCARTAVEL PFF2 (3M) L: 2035200238 Q: 20,0000 F: 30/11/20 V: 30/11/2023	63079010	000	5102	PC	20,00	3,4339	68,68	68,68	12,36	0,00	18,00	0,00
027296	COLETOR DE MAT PERFURO CORT 13 LTS (DESCARBOX) L: 5198 Q: 20,0000 F: 01/12/20 V: 30/12/2025	48191000	000	5102	PC	20,00	5,142	102,84	102,84	18,51	0,00	18,00	0,00
031320	COMPRESSA DE GAZE 13F EST. 7,5X7,5 (MEDPACK) L: 2045 Q: 4.000,0000 F: 01/11/20 V: 30/11/2023	30059090	000	5102	PC	4.000,00	0,0543	217,20	217,20	39,10	0,00	18,00	0,00
028041	SULFATO DE POLIMIXINA B 500.000UI (MYLAN) L: K08139 Q: 25,0000 F: 30/10/20 V: 30/10/2022	30042079	200	5102	FA	25,00	28,60	715,00	715,00	128,70	0,00	18,00	0,00
026207	PIPERACILINA 4,0G + TAZOBACTAM 0,5G (MYLAN/AGILA) (ITEM GENERICO) L: 7104804 Q: 50,0000 F: 30/07/20 V: 30/07/2022	30041019	200	5102	FA	50,00	19,80	990,00	990,00	118,80	0,00	12,00	0,00
021223	NOREPINEFRINA 8MG, HEMITARTARATO (HIPOLABOR) (ITEM GENERICO) L: AB-125/20 Q: 50,0000 F: 30/11/20 V: 30/10/2022, nFCI: 91D0489B-DAC6-4E80-8171-5AA7E69CC121	30049099	500	5102	AP	50,00	7,40	370,00	370,00	44,40	0,00	12,00	0,00
021057	MIDAZOLAM 50MG (HIPOLABOR) (ITEM GENERICO) L: AP-402/20 Q: 100,0000 F: 30/11/20 V: 30/10/2022 *** Portaria 344/98 B1, nFCI: 6C7DE18F-3E75-48C4-B58A-E54E06657602	30049099	500	5102	AP	100,00	15,60	1.560,00	1.560,00	187,20	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: 46374500001328-AVENIDA EURICO GASPAR DUTRA 620 Bairro/Distrito: CENTRO Municipio: PROMISSAO CEP: 16370000 UF: SP Pais: BRASIL. PREZADO CLIENTE, FAVOR CONFERIR NO ATO DA ENTREGA - NAO ACEITAREMOS RECLAMACOES APOS 48hs DO RECEBIMENTO. Promissao DATA ENTREGA: 07/01/2021 Pedido: 1805194 Autorizacao de Compra(Pedido Cliente): 1805194 *** 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: 1.2237S-2 ** ASS: 1302/16 Validade: 23/01/2021 MODAL: RODOVIARIO / TIPO ENTREGA: EXPRESSA Aliquota ICMS 12% cf. art.54, Inc.XVII, RICMS/SP Dec.45490/00. LOCAL DE ENTREGA: Endereço: AVENIDA EURICO GASPAR DUTRA 620 Bairro/Distrito: CENTRO Municipio: PROMISSAO CEP: 16370000 UF: SP Pais: BRASIL(Código Interno Emitente: 4768 Nome Fantasia: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL) LOCAL DE ENTREGA: AVENIDA EURICO GASPAR DUTRA 620 Bairro/Distrito: CENTRO Municipio: PROMISSAO UF: SP Pais: BRASIL

RESERVADO AO FISCO

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

26/02/2021 - BANCO DO BRASIL - 16:28:46
014800148 0003

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

BANCO DO BRASIL

00190000090171153600100880388178185390000081000
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	22.208
NOSSO NUMERO	17115360000880388
CONVENIO	01711536
DATA DE VENCIMENTO	22/02/2021
DATA DO PAGAMENTO	22/02/2021
VALOR DO DOCUMENTO	810,00
VALOR COBRADO	810,00

NR.AUTENTICACAO 2.ACA.4BA.56F.167.C43

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 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
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

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 – ENTRADA
1 – SAÍDA [1]

Nº. 1390928 FL 1 / 1
SÉRIE 1

CHAVE DE ACESSO
3521 0167 7291 7800 0491 5500 1001 3909 2818 3839 0853

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	135210075732124 21/01/2021 19:40:55

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	21/01/2021
ENDEREÇO	**BAIRRO / DISTRITO**	**CEP**		**DATA DA ENTRADA/SAÍDA**
AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303	JARDIM ARIANO	16400-400		21/01/2021
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
1390928/1	22/02/2021	810,00						

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
810,00	145,80	0,00	0,00	810,00

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	810,00

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
1,00	VOLUME(S)		0,00000	7,800	7,800

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
032103	AVENTAL IMPERMEAVEL DE POLIETILENO (MAYCARE) L.. 122020 Q: 100,0000 F: 30/11/20 V: 30/11/2023	62101000	000	5102	PC	100,00	8,10	810,00	810,00	145,80	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: 46374500001328-AVENIDA EURICO GASPAR DUTRA 620 Bairro/Distrito: CENTRO Municipio: PROMISSAO CEP: 16370000 UF: SP Pais: BRASIL PREZADO CLIENTE, FAVOR CONFERIR NO ATO DA ENTREGA - NAO ACEITAREMOS RECLAMACOES APOS 48hs DO RECEBIMENTO. DATA ENTREGA: 22/01/2021 Pedido: 1817052 Autorizacao de Compra(Pedido Cliente): 1817052 *** 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: 23/04/2021 MODAL: RODOVIARIO / TIPO ENTREGA: EXPRESSA LOCAL DE ENTREGA: Endereço: AVENIDA EURICO GASPAR DUTRA 620 Bairro/Distrito: CENTRO Municipio: PROMISSAO CEP: 16370000 UF: SP Pais: BRASIL(Código Interno Emitente: 4768 Nome Fantasia: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL) LOCAL DE ENTREGA: AVENIDA EURICO GASPAR DUTRA 620 Bairro/Distrito: CENTRO Municipio: PROMISSAO UF: SP Pais: BRASIL

RESERVADO AO FISCO

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

26/02/2021 - BANCO DO BRASIL - 16:28:46
014800148 0003

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

BANCO DO BRASIL

00190000090171153600100879435170785400000339409
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	22.209
NOSSO NUMERO	17115360000879435
CONVENIO	01711536
DATA DE VENCIMENTO	23/02/2021
DATA DO PAGAMENTO	22/02/2021
VALOR DO DOCUMENTO	3.394,09
VALOR COBRADO	3.394,09

NR.AUTENTICACAO 4.93B.218.7DE.A6E.FE7

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 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

Identificação do emitente

Rioclarense

COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA
PC CELSO MARCONATO 1000 - NUCLEO RESIDENCIAL DOUTOR JOAO ALDO NASSIF - JAGUARIUNA - SP
CEP 13916-074 - 1935225800

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 – ENTRADA
1 – SAÍDA [1]

Nº. 1389716 FL 1 / 2
SÉRIE 1

CHAVE DE ACESSO
3521 0167 7291 7800 0491 5500 1001 3897 1619 1136 0500

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

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
135210064614311 19/01/2021 14:14:32

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

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL			CNPJ / CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL			45.349.461/0001-02	19/01/2021
ENDEREÇO	**BAIRRO / DISTRITO**	**CEP**		**DATA DA ENTRADA/SAÍDA**
AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303	JARDIM ARIANO	16400-400		19/01/2021
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
1389716/1	23/02/2021	3.394,09						

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
3.273,11	403,73	0,00	0,00	3.394,09

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	3.394,09

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 2200	SAO JOSE DO RIO PRETO			SP	647598751114

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
1,00	VOLUME(S)		0,00014	7,224	7,224

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: 78PL4545 Q: 25,0000 F: 10/11/20 V: 10/11/2022	30041019	000	5102	FA	25,00	20,40	510,00	510,00	61,20	0,00	12,00	0,00
028089	NOREPINEFRINA 8MG, HEMITARTARATO (HYPOFARMA) (ITEM GENERICO) L: 20121662 Q: 100,0000 F: 01/12/20 V: 30/12/2022	30039099	000	5102	AP	100,00	7,40	740,00	740,00	88,80	0,00	12,00	0,00
021057	MIDAZOLAM 50MG (HIPOLABOR) (ITEM GENERICO) L: AP -407/20 Q: 100,0000 F: 30/11/20 V: 30/10/2022 *** Portaria 344/98 B1, nFCI: 6C7DE18F-3E75-48C4-B58A-E54E06657602	30049099	500	5102	AP	100,00	17,00	1.700,00	1.700,00	204,00	0,00	12,00	0,00
026028	ONDANSETRONA 4MG/2ML,CLORIDRATO (HYPOFARMA) (ITEM GENERICO) L: 20090874 Q: 50,0000 F: 05/12/20 V: 30/09/2022	30039079	000	5102	AP	50,00	1,1748	58,74	58,74	7,05	0,00	12,00	0,00
010329	LIDOCAINA 2% S/V 5ML, CLORIDRATO (HYPOFARMA) L: 20111646 Q: 100,0000 F: 30/11/20 V: 30/11/2022	30039053	000	5102	AP	100,00	1,0573	105,73	105,73	19,03	0,00	18,00	0,00
021411	TRAMADOL 100MG/2ML,CLORIDRATO (TEUTO) (ITEM GENERICO) L: 9069356 Q: 60,0000 F: 30/04/20 V: 30/04/2022 *** Portaria 344/98 A2, nFCI: 1323ACE7-4A72-4A80-97D8-89403F324699	30049039	500	5102	AP	60,00	1,3649	81,89	81,89	9,83	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: 46374500001328-AVENIDA EURICO GASPAR DUTRA 620 Bairro/Distrito: CENTRO Municipio: PROMISSAO CEP: 16370000 UF: SP Pais: BRASIL. PREZADO CLIENTE, FAVOR CONFERIR NO ATO DA ENTREGA - NAO ACEITAREMOS RECLAMACOES APOS 48hs DO RECEBIMENTO. Pedido 8068/8065 Promissao DATA ENTREGA: 19/01/2021 Pedido: 1814188 Autorizacao de Compra(Pedido Cliente): 1814188 *** 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: AVENIDA EURICO GASPAR DUTRA 620 Bairro/Distrito: CENTRO Municipio: PROMISSAO CEP: 16370000 UF: SP Pais: BRASIL(Código Interno Emitente: 4768 Nome Fantasia: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL) LOCAL DE ENTREGA: AVENIDA EURICO GASPAR DUTRA 620 Bairro/Distrito: CENTRO Municipio: PROMISSAO UF: SP Pais: BRASIL

RESERVADO AO FISCO

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

Promissão

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. 1389716 FL 2 / 2
SÉRIE 1

CHAVE DE ACESSO
3521 0167 7291 7800 0491 5500 1001 3897 1619 1136 0500

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		135210064614311 19/01/2021 14:14:32
INSCRIÇÃO ESTADUAL	**INSCR. EST. SUBS. TRIBUTÁRIO**	**CNPJ**
395060142110		67.729.178/0004-91

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / SH	CST	CFOP	UN	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	B.CALC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTAS ICMS	ALÍQUOTAS IPI
010304	ALGODAO HIDROFILO 500GRS (ERS) L: 1220 Q: 2,0000 F: 16/12/20 V: 30/12/2025	52030000	000	5102	RO	2,00	11,076	22,15	22,15	3,99	0,00	18,00	0,00
030366	TIRAS REAGENTES N/INDIV (MEDLEVENSOHN) L: 1290730 Q: 100,0000 F: 15/07/20 V: 14/07/2022	38220090	700	5102	TI	100,00	0,546	54,60	54,60	9,83	0,00	18,00	0,00
023163	SONDA ALIMENTACAO ENTERAL C/GUIA No12 (SOLUMED) L: 5479 Q: 15,0000 F: 01/12/20 V: 30/12/2023 *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

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

26/02/2021 - BANCO DO BRASIL - 16:28:46
014800148 0007

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

BANCO DO BRASIL

00190000090308777900900002605178785400000120000
BENEFICIARIO:
COMERCIAL C RIOCLARENSE LTDA.
NOME FANTASIA:
COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTD
CNPJ: 67.729.178/0005-72
PAGADOR:
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE D
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	22.210
NOSSO NUMERO	30877790000002605
CONVENIO	03087779
DATA DE VENCIMENTO	23/02/2021
DATA DO PAGAMENTO	22/02/2021
VALOR DO DOCUMENTO	1.200,00
VALOR COBRADO	1.200,00

NR.AUTENTICACAO 0.5CA.1E2.A06.405.C98

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 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

RECEBEMOS DE **COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA** OS PRODUTOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO			**NF-e Nº. 0040260 SÉRIE 1 Estab. 104**
DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	Cº TERMOLABIL	

Identificação do emitente

Rioclarense

COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA
AV. JOANNA RODRIGUES JONDRAL 250 BLO1 GALPAO 04 - CILO 2 - LONDRINA – PR
CEP 86067-050 – 4330321050

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 – ENTRADA
1 – SAÍDA [1]

Nº. 0040260 FL 1 / 1
SÉRIE 1

CHAVE DE ACESSO
4121 0167 7291 7800 0572 5500 1000 0402 6017 3320 8444

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO		PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
VENDA DE MERC ADQ E REC DE TERC, DEST A NAO		141210012071344 19/01/2021 12:47:14
INSCRIÇÃO ESTADUAL	**INSCR. EST. SUBS. TRIBUTÁRIO**	**CNPJ**
9077053317	816016567119	67.729.178/0005-72

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL			CNPJ / CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL			45.349.461/0001-02	19/01/2021
ENDEREÇO	**BAIRRO / DISTRITO**	**CEP**		**DATA DA ENTRADA/SAÍDA**
AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303	JARDIM ARIANO	16400-400		19/01/2021
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
0040260/1	23/02/2021	1.200,00						

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
1.200,00	144,00	0,00	0,00	1.200,00

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	1.200,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ
BRASPRESS TRANSPORTES	0 - Por conta do emitente				48.740.351/0024-51
ENDEREÇO	**MUNICÍPIO**			**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**
ROD CELSO GARCIA CID KM 374 8863	LONDRINA			PR	9031855206

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
1,00	VOLUME(S)		0,00002	1,434	1,434

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
019054	OMEPRAZOL 40MG F-A (BLAU) L: 20120233 Q: 40,0000 F: 30/11/20 V: 30/11/2022, nFCI: AA556F42-9696-482D-B59C-863E171AF5FD	30049069	500	6108	FA	40,00	30,00	1.200,00	1.200,00	144,00	0,00	12,00	0,00

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

CÁLCULO DO ISSQN

INSCRIÇÃO MUNICIPAL	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	BASE DE CÁLCULO DO ISSQN	VALOR DO ISSQN
2396335	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
LOCAL DE ENTREGA: 46374500001328-AVENIDA EURICO GASPAR DUTRA 620 Bairro/Distrito: CENTRO Municipio: PROMISSAO CEP: 16370000 UF: SP Pais: BRASIL. PREZADO CLIENTE, FAVOR CONFERIR NO ATO DA ENTREGA - NAO ACEITAREMOS RECLAMACOES APOS 48hs DO RECEBIMENTO. Pedido 8068 Promissao DATA ENTREGA: 20/01/2021 Pedido: 1814189 Autorizacao de Compra(Pedido Cliente): 1814189 *** O pagamento devera ser realizado atraves do boleto anexo a nota fiscal, caso nao receba entre em contato atraves do e-mail boletos@rioclarense.com.br ou no telefone (19)3522-5800, Setor de Cobranca Privado. AFE: 1.043977 ** AE: 1.17718.2 ** ASS: 13390 Validade: 17/01/2021 MODAL: RODOVIARIO / TIPO ENTREGA: EXPRESSA LOCAL DE ENTREGA: Endereço: AVENIDA EURICO GASPAR DUTRA 620 Bairro/Distrito: CENTRO Municipio: PROMISSAO CEP: 16370000 UF: SP Pais: BRASIL.(Código Interno Emitente: 4768 Nome Fantasia: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL)| EC 87/2015 Valor ICMS Partilha UF Destino: 72,00 | LOCAL DE ENTREGA: AVENIDA EURICO GASPAR DUTRA 620 Bairro/Distrito: CENTRO Municipio: PROMISSAO UF: SP Pais: BRASIL

Promissão

RESERVADO AO FISCO

26/02/2021 - BANCO DO BRASIL - 16:28:46
014800148 0004

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

03399484570130000000552157401044185400000140421
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	22.211
DATA DE VENCIMENTO	23/02/2021
DATA DO PAGAMENTO	22/02/2021
VALOR DO DOCUMENTO	1.404,21
VALOR COBRADO	1.404,21

NR.AUTENTICACAO 1.401.1CB.EC9.F09.75C

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 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

Materiais Médicos Sup-med Hospitalares

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 494257
SERIE 1
FOLHA 1/2

CHAVE DE ACESSO
3121 0111 2060 9900 0107 5500 1000 4942 5710 0095 0865

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	131213999260055 19/01/2021 19:19:47

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	19/01/2021

ENDEREÇO	BAIRRO/DISTRITO	CEP	DATA ENTRADA/SAIDA
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03	JARDIM ARIANO	16400-400	19 JAN 2021

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

FATURA / DUPLICATA

001 23/02/2021 1.404,21

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
1.404,21	166,84	0,00	0,00	1.377,81

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
26,40	0,00		0,00	0,00	1.404,21

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 LIQUIDO
4	CAIXA			17,15	17,15

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	18,23	0,73		4,00	
29697	OMEPRAZOL 20MG 56CAPS GEN-MULTILAB LT 1Y5-623 (2)10/22 (Fornecedor: 1432, Lote: 1Y5-623, Qtde: 2 ,Data Fab: 01/10/2020, Data Val: 30/10/2022)	30049079	500	6108	CX	2	6,3300	12,66	12,90	1,55		12,00	
16358	LACTUGOLD 667MG/ML AMEIXA 120ML-ARTE NATIVA LT 520 (6)06/22 (Fornecedor: 7885, Lote: 520, Qtde: 6 ,Data Fab: 01/06/2020, Data Val: 30/06/2022)	21069030	000	6108	FR	6	6,0567	36,34	37,04	4,44		12,00	
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	58,0400	58,04	59,15	7,10		12,00	
12772	FENTANILA(A1) 0,05MG/ML 50AMP 10ML GEN-HIPOLABOR (PORT.344/98) LT AS.306/20M (2)09/22 (Fornecedor: 1898, Lote: AS.306/20M, Qtde: 2 ,Data Fab: 18/10/2020, Data Val: 30/09/2022)	30049099	500	6108	CX	2	264,0000	528,00	538,12	64,57		12,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

UTI PROMISSÃO - CONVENIO 031/2015;# R 46 B 3
ITENS 1.6 Aliquota para produtos importados (Resol ucao 13/2012 do Senado Federal.
Emenda Constitucional 87 de 2015:
Valor da partilha para UF de Destino: R$ 12,91
Pedido: 461942
End. Entrega: AV GENERAL EURICO G.DUTRA,620 , CENTRO - 16370-000, PROMISSAO-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

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

PERECÍVEL
URGENTE

Mercadoria avariadas, ou faltas só serão repostas se forem relacionadas ao conhecimentos do transportes.

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 494257
SERIE 1
FOLHA 2/2

CHAVE DE ACESSO
3121 0111 2060 9900 0107 5500 1000 4942 5710 0095 0865

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
131213999260055 19/01/2021 19:19:47

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
29614	CLONAZEPAM(B1) 2MG 30CP GEN-GERMED (PORT.-344/98) LT 1X4833 (1)07/22 (Fornecedor: 393, Lote: 1X4833, Qtde: 1 ,Data Fab: 24/07/2020, Data Val: 24/07/2022)	30049069	300	6108	CX	1	2,4900	2,49	2,54	0,10		4,00	
28655	DIAZEPAM(B1) 10MG 30CP GEN-GERMED (PORT.3-44/98) LT 1N0173 (1)01/22 (Fornecedor: 39-3, Lote: 1N0173, Qtde: 1 ,Data Fab: 25/01/2020, Data Val: 25/01/2022)	30049064	500	6108	CX	1	2,9500	2,95	3,01	0,36		12,00	
24966	CEFTRIAXONA 1G IV 100FAM GEN-BLAU LT 2009-1047 (1)09/22 (Fornecedor: 47, Lote: 2009-1047, Qtde: 1 ,Data Fab: 10/09/2020, Data Val: 10/09/2022)	30042059	500	6108	CX	1	662,8500	662,85	675,55	81,07		12,00	
20928	ALCOOL 70% 1LT TRANS CX C/12-DESINF-JALLES MACHADO LT 20.336-70 (1)12/23 (Fornecedor: 1793, Lote: 20.336-70, Qtde: 1 ,Data Fab: 02/12/2020, Data Val: 02/12/2023)	38089429	000	6108	CX	1	56,5900	56,59	57,67	6,92		12,00	

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

26/02/2021 - BANCO DO BRASIL - 16:28:46
014800148 0003

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

BANCO DO BRASIL

00190000090330884110900006503171185400000027410
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	22.212
NOSSO NUMERO	33088411000006503
CONVENIO	03308841
DATA DE VENCIMENTO	23/02/2021
DATA DO PAGAMENTO	22/02/2021
VALOR DO DOCUMENTO	274,10
VALOR COBRADO	274,10

NR.AUTENTICACAO 4.09A.AF5.FD4.827.9D1

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 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
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 139128
SERIE 1
FOLHA 1/1

CHAVE DE ACESSO
3521 0104 0278 9400 0750 5500 1000 1391 2810 0110 7279

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	135210065666776 19/01/2021 17:06:40

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	19/01/2021

ENDEREÇO	BAIRRO/DISTRITO	CEP	DATA ENTRADA/SAIDA
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303	JARDIM ARIANO	16400-400	19/01/2021

MUNICÍPIO	FONE/FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DA SAIDA
LINS	1435325198	SP		17:03

FATURA / DUPLICATA

001 23/02/2021 274,10

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CALCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
247,35	44,52	0,00	0,00	274,10

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	274,10

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
2	CAIXAS			10,00	10,00

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
49374	SONDA FOLEY 2V N.16 B30CC C/10-MEDIX (Lote: 20C06, Qtde: 1, Dt Val: 31/03/2-025 ,Data Fab: 01/03/2020)	90183921	700	5102	CX	1	28,3500	28,35	28,35	5,10		18,00	
12883	ATADURA CREPE 13F 15CMX 1,80M C/12 EU-ROPA - POLARFIX (Lote: 45463, Qtde: 12, Dt Val: 11/12/2025 ,Data Fab: 11/12/20-20)	30059090	000	5102	DZ	12	8,1000	97,20	97,20	17,49		18,00	
36041	COMP.GAZE 7,5X7,5 13F C/500 - CLEAN (Lote: 41020, Qtde: 5, Dt Val: 31/12/2-025 ,Data Fab: 01/12/2020)	30059090	000	5102	PCT	5	11,3500	56,75	56,75	10,21		18,00	
33853	TOUCA FEM. C/ELASTICO C/100 20GR-HNDESC (Lote: 1210104004, Qtde: 5, Dt Val: 04/01/2024 ,Data Fab: 04/01/2021)	63079010	000	5102	PCT	5	13,0100	65,05	65,05	11,72		18,00	
3798	ALGODAO ORTOP.15X1.0M C/12-ORTOECM (Lote: 266, Qtde: 5, Dt Val: 01/12/2025 ,Data Fab: 01/12/2020)	90211020	040	5102	PCT	5	5,3500	26,75					

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

RECLAMACOES DE MERCADORIAS COM NO MAXIMO DE 48HORAS APOS A ENTREGA
PROMISSÃO - DUPATRI9ENDERECO AV EURICO GASPAR DUTRA 620 VILA REAL PROMISSÃO SPUTI
PROMISSÃO CONV 031/2015 AC ROGERIO
ITEM 5 ISENCAO ICMS CONFORME CONVENIO 126/2010
ITENS 2 a 4
ITENS 1,5 ISENTO PIS/COFINS DECRETO 6426/08 ANEXO III
VALOR APROX. TRIBUTOS, R$ 69,72, Federal, R$ 25,20, Estadual, R$ 44,52
Pedido: 156989
Representante: REGIAO SJRP - (VITOR)

RESERVADO AO FISCO

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral "Prefeito Miguel Martins Gualda" de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

26/02/2021 - BANCO DO BRASIL - 16:28:46
014800148 0006

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

BANCO DO BRASIL

00190000090330884110900006567176185400000060760
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	22.213
NOSSO NUMERO	33088411000006567
CONVENIO	03308841
DATA DE VENCIMENTO	23/02/2021
DATA DO PAGAMENTO	22/02/2021
VALOR DO DOCUMENTO	607,60
VALOR COBRADO	607,60

NR.AUTENTICACAO 7.184.917.07C.873.AC5

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 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
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 139232
SERIE 1
FOLHA 1/1

CHAVE DE ACESSO
3521 0104 0278 9400 0750 5500 1000 1392 3210 0114 1548

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	135210066184856 19/01/2021 19:30:24

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	19/01/2021

ENDEREÇO	BAIRRO/DISTRITO	CEP	DATA ENTRADA/SAIDA
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303	JARDIM ARIANO	16400-400	19/01/2021

MUNICÍPIO	FONE/FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DA SAIDA
LINS	1435325198	SP		19:25

FATURA / DUPLICATA

001 23/02/2021 607,60

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
607,60	76,68	0,00	0,00	607,60

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	607,60

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			1,50	1,50

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
34904	MEROPENEM IV 1G C/25 GEN - BIOCHIMICO (Lote: 009064, Qtde: 1, Dt Val: 31/08/-2022 ,Data Fab: 01/09/2020)	30042099	000	5102	CX	1	492,0000	492,00	492,00	59,04		12,00	
27000	BROMOPRIDA 5MG C/50 AMP GEN - NOVAFARMA (Lote: 78PE2014, Qtde: 1, Dt Val: 31/0-5/2022 ,Data Fab: 01/05/2020)	30049045	500	5102	CX	1	52,7000	52,70	52,70	6,32		12,00	
2314	NITROP 50MG 5/2ML - HYPOFARMA (Lote: 20091388, 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

RECLAMACOES DE MERCADORIAS COM NO MAXIMO DE 48HORAS APOS A ENTREGA
PROMISSÃO - DUPATRI9ENDEREÇO AV EURICO GASPAR DUTRA 620 VILA REAL PROMISSÃO SPUTI
PROMISSÃO CONV 031/2015 AC ROGERIO
ITEM 1 e 2 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$ 76,68, Federal, R$ 0,00, Estadual, R$ 76,68
Pedido: 156986
Representante: REGIAO SJRP - (VITOR)

RESERVADO AO FISCO

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

26/02/2021 - BANCO DO BRASIL - 16:28:46
014800148 0002

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

BANCO DO BRASIL

00190000090330884120800007275175185400000012895
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	22.214
NOSSO NUMERO	33088412000007275
CONVENIO	03308841
DATA DE VENCIMENTO	23/02/2021
DATA DO PAGAMENTO	22/02/2021
VALOR DO DOCUMENTO	128,95
VALOR COBRADO	128,95

NR.AUTENTICACAO 2.68F.5CB.373.939.90C

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 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

DUPATRI HOSPITALAR COM IMP EXT LTDA
AV. JOSÉ SEVERINO, Nº 3530
CATALÃO - GO
CEP: 75.709-616
TELEFONES
ESTOQUE CATALÃO: (64) 3442-8081
ADM. SANTOS : (13) 3228-8700

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA [1]

Nº 1154504
SERIE 1
FOLHA 1/1

CHAVE DE ACESSO
5221 0104 0278 9400 0326 5500 1001 1545 0410 0079 6644

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	152213756694605 19/01/2021 16:01:11

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	19/01/2021

ENDEREÇO	BAIRRO/DISTRITO	CEP	DATA ENTRADA/SAIDA
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303	JARDIM ARIANO	16400-400	19/01/2021

MUNICÍPIO	FONE/FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DA SAIDA
LINS	1435325198	SP		16:00

FATURA / DUPLICATA

001 23/02/2021 128,95

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
115,53	9,99	0,00	0,00	128,95

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00		0,00	0,00	128,95

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
2	CAIXAS			4,80	4,80

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	AL. ICMS	AL. IPI
36559	FRALDA GERIAT.TAM.EG C/7 - SLIM	96190000	020	6108	PCT	10	8,0500	80,50	67,08	8,05		12,00	
35230	VED CAP MACHO E FEMEA C/200 - CREMER (Lote: 202004, Qtde: 1, Dt Val: 18/04/2023 ,Data Fab: 18/04/2020)	90189010	200	6108	CX	1	48,4500	48,45	48,45	1,94		4,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

RECLAMACOES DE MERCADORIAS COM NO MAXIMO DE 48HORAS APOS A ENTREGA
PROMISSÃO - DUPATRI9ENDEREÇO AV EURICO GASPAR DUTRA 620 VILA REAL PROMISSÃO SPUTI
PROMISSÃO CONV 031/2015 AC ROGERIO
ITEM 1 RED.BASE DE CALCULO CONF. ART. 8°, INC. VIII, ANEXO IX DEC.4.852/97 - RICMS/GO
ITEM 2 Resolucao Senado Federal n 13/2012 e Convenio ICMS 38/2013
ITEM 1 e 2
ITEM 1 e 2 DIFERENCIAL DE ALIQ.CFCONV.93 -EMENDA 87/15
ITEM 1 e 2
ITEM 1 e 2
Emenda Constitucional 87 de 2015:
Valor da partilha para UF de Destino: R$ 11,61
VALOR APROX. TRIBUTOS, R$ 19,93, Federal, R$ 9,94, Estadual, R$ 9,99
Pedido: 1236213
Representante: REGIAO SJRP - (VITOR)
Redespacho...: O EMITENTE (43) - CIF - CNPJ.: - Inscrição Estadual.:633565182110 - Endereço.:RUA SAO PAULO SANTOS-SP

RESERVADO AO FISCO

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

26/02/2021 - BANCO DO BRASIL - 16:28:46
014800148 0005

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

BANCO BRADESCO S.A.

23790014039000001133903011554106685410000015800
BENEFICIARIO:
BIRIPEL EMBALAGENS LTDA
NOME FANTASIA:
BIRIPEL EMBALAGENS
CNPJ: 03.748.769/0001-80
BENEFICIARIO FINAL:
BIRIPEL EMBALAGENS LTDA
CNPJ: 03.748.769/0001-80
PAGADOR:
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE D
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	22.301
DATA DE VENCIMENTO	24/02/2021
DATA DO PAGAMENTO	23/02/2021
VALOR DO DOCUMENTO	158,00
VALOR COBRADO	158,00

NR.AUTENTICACAO 9.29D.A9A.866.848.87F

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 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

BIRIPEL EMBALAGENS LTDA

RUA WAGIH RAHAL, 070 CENTRO - CENTRO -
CEP:16200-242 - BIRIGUI - SP
TEL: (18)3642-4390

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA **1**

Nº 000160748 fl. 1 /1
SÉRIE 001

CHAVE DE ACESSO
3521 0103 7487 6900 0180 5500 1000 1607 4815 3754 3546

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

NATUREZA DE OPERAÇÃO	PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
VENDA	135210096481395 27/01/2021 16:37:57

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIB.	CNPJ / CPF
214073629113		03.748.769/0001-80

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL			CNPJ / CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL			45.349.461/0001-02	27/01/2021
ENDEREÇO	BAIRRO / DISTRITO	CEP		DATA SAÍDA / ENTRADA
RUA SETE SETEMBRO, 529	CENTRO	16210-000		27/01/2021
MUNICÍPIO	FONE / FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DA SAÍDA
BILAC	(18)3659-1411	SP		16:37:47

FATURA

	NÚMERO	VALOR ORIGINAL	VALOR DESCONTO	VALOR LÍQUIDO
DADOS DA FATURA	160748	158,00	0,00	158,00

DUPLICATAS

Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR	Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR	Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR	Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR
001	24/02/2021	158,00									

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE CÁLC. ICMS SUBST.	VALOR DO ICMS SUBST.	VALOR APROX. DOS TRIBUTOS	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	49,00	158,00
VALOR DO FRETE	**VALOR DO SEGURO**	**DESCONTO**	**OUTRAS DESP. ACESS.**	**VALOR DO IPI**	**VALOR TOTAL DA NOTA**
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	158,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ / CPF
	0 - REMETENTE				

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇOS

CÓDIGO DO PROD. / SERV.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / SH	CST	CFOP	UNID.	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR DESCONTO	VALOR LÍQUIDO	BASE CÁLC. ICMS	VALOR I.C.M.S.	VALOR I.P.I.	ALÍQUOTAS ICMS	ALÍQUOTAS IPI
0000000006571	PAPEL INTERF. 100% CELULOSE 20X21 AP C/1000	48182000	060	5405	pct	10,000	12,80	0,00	128,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0000000000507	SABONETE LIQ. MAZZO REFIL ERVA DOCE 800 ML GEL	34013000	060	5405	und	4,000	7,50	0,00	30,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	RESERVADO AO FISCO
IMPOSTOS:Valor Aproximado dos Tributos R$: 20,56 Federal, 28,44 Estadual e 0,00 Municipal - Fonte: IBPT/empresometro.com.br (5DC0AE).	

Transmitido por DocFis

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

23/02/21

26/02/2021 - BANCO DO BRASIL - 16:28:46
014800148 0004

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

ITAU UNIBANCO S.A.

34191090080238696020341808710002885420000242618

BENEFICIARIO:
EPIMED SOLUT TECNO I M LTDA ME
NOME FANTASIA:
EPIMED SOLUT TECNO I M LTDA ME
CNPJ: 10.542.126/0001-41
BENEFICIARIO FINAL:
EPIMED SOLUT TECNO I M LTDA ME
CNPJ: 10.542.126/0001-41
PAGADOR:
ASSOC HOSPITALAR BENEF BRA
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	22.302
DATA DE VENCIMENTO	25/02/2021
DATA DO PAGAMENTO	23/02/2021
VALOR DO DOCUMENTO	2.426,18
VALOR COBRADO	2.426,18

NR.AUTENTICACAO 3.9F7.747.2E9.DBF.58E

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 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

Thomi

PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO

SECRETARIA MUNICIPAL DE FAZENDA

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e

- NOTA CARIOCA -

20210113u10542126000141i10542126000141

Número da Nota	**00018202**
Data e Hora de Emissão	**13/01/2021 07:20:08**
Código de Verificação	**Y8FG-3XJ6**

PRESTADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ: **10.542.126/0001-41** Inscrição Municipal: **0.441.780-1** Inscrição Estadual: **---**

Nome/Razão Social: **EPIMED SOLUTIONS TECNOLOGIA DE INFORMACOES MEDICAS LTDA**

Nome Fantasia: **Epimed Solutions** Tel.: **21 35505150**

Endereço: **RUA SAO BENTO 9, SAL 601 - CENTRO - CEP: 20090-010**

Município: **RIO DE JANEIRO** UF: **RJ** E-mail: **financeiro@epimedsolutions.com**

TOMADOR DE SERVIÇOS

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

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

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

Município: **LINS** UF: **SP** E-mail: **-----**

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Licença de uso do software Epimed Monitor UTI.

VALOR DA NOTA = R$ 2.426,18

Serviço Prestado

01.05.01 - licenciamento de uso de programa de computação

Deduções (R$)	Desconto Incond. (R$)	Base de Cálculo (R$)	Alíquota (%)	Valor do ISS (R$)	Crédito p/ IPTU (R$)
0,00	0,00	2.426,18	5,00%	121,30	0,00

OUTRAS INFORMAÇÕES

- Esta NFS-e foi emitida com respaldo na Lei nº 5.098 de 15/10/2009 e no Decreto nº 32.250 de 11/05/2010
- PROCON-RJ: Av. Rio Branco nº 25, 5º andar, tel 151: www.procon.rj.gov.br
- Data de vencimento do ISS desta NFS-e: 03/02/2021.
- Esta NFS-e não gera crédito para abatimento no IPTU.

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

23/02/21
Thomi

24/02/2021 - BANCO DO BRASIL - 17:38:41
014800148 SEGUNDA VIA 0001
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X
==========
DATA DA TRANSFERENCIA 24/02/2021
NR. DOCUMENTO 553.062.007.004.231
VALOR TOTAL 664.407,73
****** TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 7.004.231-4
NR. DOCUMENTO 550.148.000.038.500
==========
NR.AUTENTICACAO 3.25C.CE4.2E2.07E.F9A

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

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

AHBB
GESTÃO EM SAÚDE

REGISTRO DE PONTO MANUAL

EMPREGADOR: NOME / EMPRESA	CNPJ Nº
AHBB - ASSOCIAÇAO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL	**45.349.461/0005-36**

EMPREGADO
ALESSANDRA DE MACEDO

FUNÇAO:	LOCAL DE TRABALHO	
AUXILIAR ADMINISTRATIVO	**UTI ADULTOS**	
Horário de Trabalho: Das 08:00 ÀS 17:00	MÊS: **DEZEMBRO/JANEIRO**	ANO: **2020/2021**

DIAS	ENT	INTERVALO		SAÍDA	HORAS EXTRAS		ASSINATURA / OBSERVAÇÕES
MÊS		SAÍDA	RET		INICIO	FIM	
16/12	8:00	12:00	13:00	17:00			Aparecido
17/12	8:00	12:00	13:00	17:00			Aparecido
18/12	8:00	12:00	13:00	17:00			Aparecido
19/12							
20/12							
21/12	8:00	12:00	13:00	17:00			Aparecido
22/12	8:00	13:00	14:00	17:00			Aparecido
23/12	8:00	12:00	13:00	17:00			Aparecido
24/12	8:00	12:00	13:00	17:00			Aparecido
25/12	8:00	12:00	13:00	17:00			Aparecido
26/12							
27/12							
28/12	8:00	12:00	13:00	17:00			Aparecido
29/12	8:00	12:00	13:00	17:00			Aparecido
30/12	8:00	12:00	13:00	17:00			Aparecido
31/12	8:00	12:00	13:00	17:00			Aparecido
01/01	8:00	12:00	13:00	17:00			Aparecido
02/01							
03/01							
04/01	8:00	12:00	13:00	17:00			Aparecido
05/01	8:00	12:00	13:00	17:00			Aparecido
06/01	8:00	12:00	13:00	17:00			Aparecido
07/01	8:00	12:00	13:00	17:00			Aparecido
08/01	8:00	12:00	13:00	17:00			Aparecido
09/01							
10/01							
11/01	8:00	12:00	13:00	17:00			Aparecido
12/01	8:00	12:00	13:00	17:00			Aparecido
13/01	8:00	12:00	13:00	17:00			Aparecido
14/01	8:00	12:00	13:00	17:00			Aparecido
15/01	8:00	12:00	13:00	17:00			Aparecido
16/01							

ASSOC. HOSP. BENEFICENTE DO BRASIL

Chefia Imediata
Carimbo e Assinatura

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

AHBB
GESTÃO EM SAÚDE

REGISTRO DE PONTO MANUAL							
EMPREGADOR: NOME / EMPRESA **AHBB - ASSOCIAÇAO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL**							CNPJ Nº **45.349.461/0005-36**
EMPREGADO PRISCILLA CHRISTINA COSTA DINALLI							
FUNÇAO: **ENFERMEIRA**				LOCAL DE TRABALHO **UTI ADULTOS**			
Horário de Trabalho: Das 07:00 às 19:00				MÊS: **DEZEMBRO/JANEIRO**			ANO: **2020/2021**

DIAS	ENT	INTERVALO		SAÍDA	HORAS EXTRAS		ASSINATURA / OBSERVAÇÕES
MÊS		SAÍDA	RET		INICIO	FIM	
16/12							
17/12							
18/12							
19/12							
20/12							
21/12							
22/12							
23/12	7:00	13:00	14:00	19:00			Priscilla Dinalli
24/12							
25/12							
26/12							
27/12							
28/12							
29/12	07:00	13:00	14:00	19:00			Priscilla Dinalli
30/12							
31/12							
01/01							
02/01	07:00	13:00	14:00	19:30			Priscilla Dinalli
03/01							
04/01	07:00	13:00	14:00	19:00			Priscilla Dinalli
05/01							
06/01							
07/01							
08/01							
09/01							
10/01							
11/01							
12/01							
13/01							
14/01							
15/01							
16/01							

ASSOC. HOSP. BENEFIC. DO BRASIL
Chefia Imediata
Carimbo e Assinatura

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

AHBB | REDE SANTA CASA

UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA
Hospital Geral de Promissão - SP

Relatório de Desempenho mês de FEVEREIRO de 2021

Período compreendido: **01/02/2021 a 28/02/2021**

Origem dos dados: Epimed Monitor ® Epimed

INDICADORES	METAS	RESULTADOS
Taxa de Infecção Hospitalar	6%	1%
Duração média da internação (dias)	< 8 dias	5,72
SMR (mortalidade observada/mortalidade esperada)	< 1	0,63
Densidade de incidência de PAV (nº eventos/1000 dias de VM)	6%	0
Densidade de incidência de ITU em SVD (nº de eventos/1000 cateter dia)	4,88%	0
Densidade de infecção primária da corrente sanguínea (nº de eventos/1000 cateter dia)	6,1%	0
Densidade de incidência de Quedas (nº de eventos/nº pacientes-dia) (%)	0	0
Incidência de Úlcera de Pressão (nº de UPP / nº pacientes-dia) (%)	0,5%	2,48
Taxa de ocupação (%)	75%	51,07
Taxa de Satisfação	90%	100%
Taxa de evolução de prontuário (%)	100%	100%
Total de Internações no Período (n)	30	29
Internações Novas (n)	25	20
Número total de saídas (alta+óbito) (n)	20	25
Reinternações na unidade < 24hs (n)	1	0
Número de pacientes-dia (n)	150	143
Escore gravidade (SAPS 3) (pontos)	-	52,00
Mortalidade esperada de acordo com SAPS 3 - Am. Latina(%)	-	27,55
Mortalidade Absoluta (nº óbitos)	-	4
Mortalidade Observada (%)	-	14,48
Taxa de utilização de VM (%)	-	20,28
Taxa de utilização de cateter central (%)	-	45,45
Taxa de utilização de SVD (%)	-	97,90

Convênio nº 00004/2021 - Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral "Prefeito Miguel Martins Gualda" de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

AHBB | REDE SANTA CASA

Definições dos cálculos utilizados nas metas	
Taxa de infecção hospitalar	(N infecções na UTI / total de saídas)x100
Tempo de Permanência	N pacientes-dia / total de saídas
SMR	Mortes obtidas / Mortes esperadas
PAV	(N de PAV / total de pacientes-dia em Vent. Mec.)x1000
ITU associado a CVD	(N de ITU-CVD / total pacientes-dia com CVD)x1000
Infecção corrente sanguínea	(N de infecções CS / total pacientes-dia com CVC)x1000
Lesão por pressão	(N de LPP adquirida na UTI / total pacientes-dia)x1000
Taxa de ocupação	(N de pacientes-dia / N de leitos-dia)
Índice de queda	(N de quedas / total pacientes-dia)x100

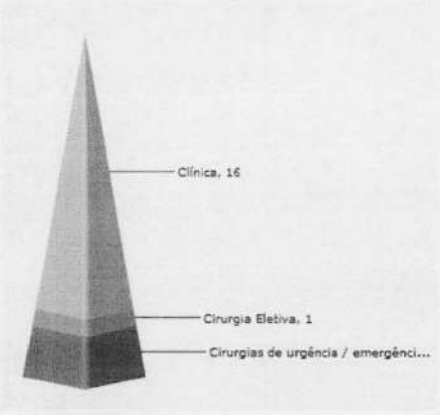
EVENTOS ADVERSOS	PLANO DE AÇÃO
Flebite – evento relacionado ao acesso venoso periférico	Treinamento com equipe, potencializando o olhar clínico e cuidado prestado na manutenção do cateter venoso.
Erro de medicação – evento relacionado ao erro na administração medicamentosa. Duplicidade na prescrição médica e falha na checagem acarretando a administração de insulina - dose errada. Ferido os 11 certos da medicação.	Orientação aos médicos prescritores e treinamento com a equipe de enfermagem quanto aos 11 certos da medicação. Garantia na assistência medicamentosa.

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

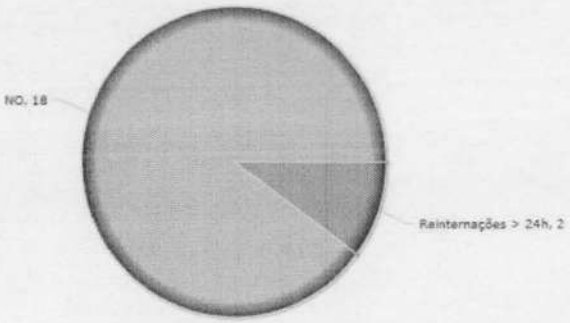
AHBB | REDE SANTA CASA

GRÁFICOS DO MÊS DE FEVEREIRO/2021

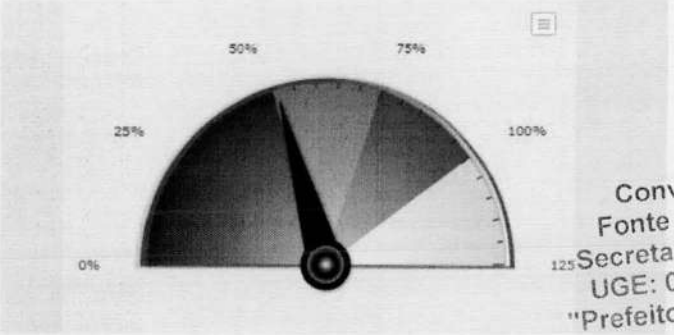
TIPOS E RAZÕES DE INTERNAÇÃO



REINTERNAÇÕES NA UNIDADE

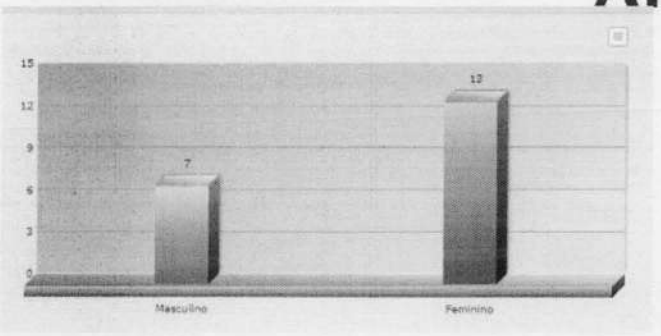


TAXA DE OCUPAÇÃO

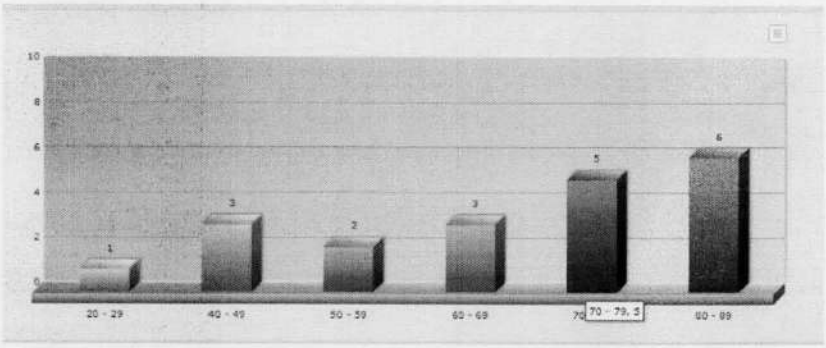


Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

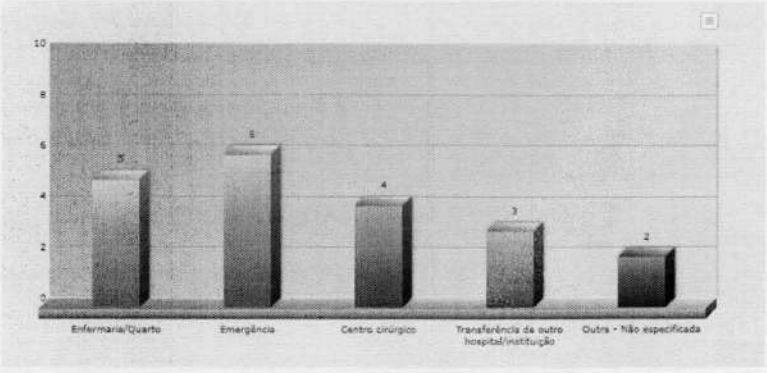
SEXO



FAIXA ETÁRIA



ORIGEM DA INTERNAÇÃO

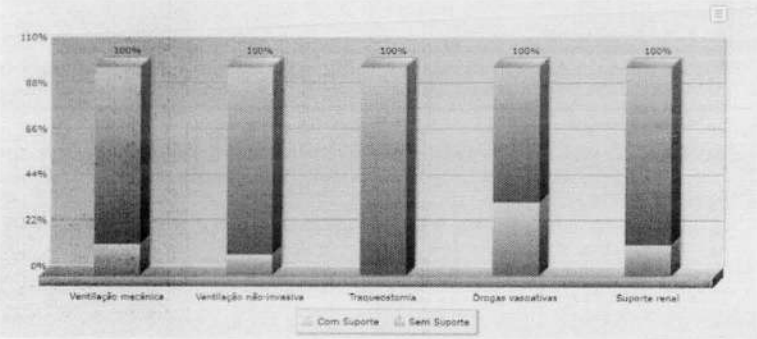


ESCORE SAPS 3

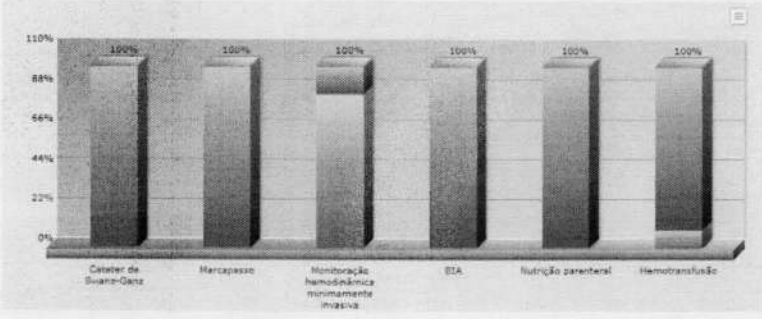
Probabilidade de Óbito

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

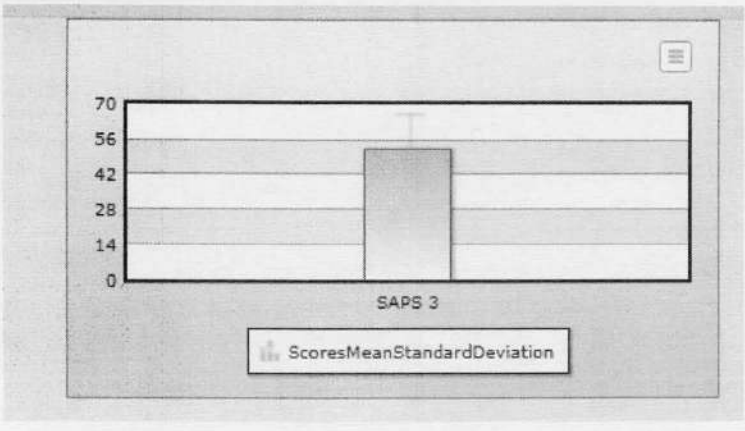
MEDIDAS DE SUPORTE INVASIVO I



MEDIDAS DE SUPORTE INVASIVO II



ESCORE DE PROGNÓSTICO

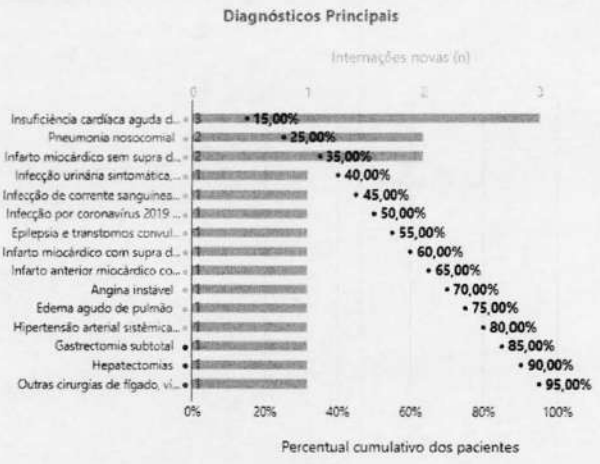


Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

DIAGNÓSTICOS

AHBB | REDE SANTA CASA

Diagnósticos principais



Motivo da Internação - Escore SAPS 3

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,

Gerente de Enfermagem

Dr. Paulo Mesquita Filho
Clínica Médica e Cardiologia
CRM-SP: 155.017

Coordenador Médico

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio