AHBB | REDE SANTA CASA

Prestação de Contas

Fevereiro 2021

Convênio nº 107/2017
Termo aditivo nº 00002/2020

Mirandópolis

www.ahbb.org.br
contato@ahbb.org.br
14 3532 5198
Av. José Ariano Rodrigues, 303
Jardim Ariano - Lins - SP
Cep 16400 400

AHBB | REDE SANTA CASA

CONCILIAÇÃO BANCARIA

Empresa:	**Associação Hospitalar Beneficente do Brasil**		
CNPJ:	45.349.461/0001-02	Banco Do Brasil	
Periodo	01/02/2021 a 28/02/2021	Ag: 6790-3	
Convênio	Mirandópolis	CC: 211-9	
Convênio nº 107/2017 - Termo Aditivo 0002/2020			

Data	Fornecedor	Nº Doc	Débito	Crédito	Saldo- Exercicio
		BANCO DO BRASIL			
28/01/2021	**Saldo Anterior**	**R$ -**			**R$ -**
02/02/2021	Ticket Serviços S/A	Nota Fiscal nº 25523015	R$ 7.420,31		-R$ 7.420,31
02/02/2021	Ticket Serviços S/A	Nota Fiscal nº 25523013	R$ 5.675,96		-R$ 13.096,27
02/02/2021	Supermed Com. E Imp. De Prod. Med. E Hospit. Ltda	Nota Fiscal nº 154886	R$ 2.896,65		-R$ 15.992,92
02/02/2021	Resgate da Aplicação		R$ -	R$ 15.992,92	R$ -
03/02/2021	Supermed Com. E Imp. De Prod. Med. E Hospit. Ltda	Nota Fiscal nº 490214	R$ 660,04		-R$ 660,04
03/02/2021	Supermed Com. E Imp. De Prod. Med. E Hospit. Ltda	Nota Fiscal nº 156503	R$ 689,02		-R$ 1.349,06
03/02/2021	Biripel Embalagens Ltda	Nota Fiscal nº 159813	R$ 52,92		-R$ 1.401,98
03/02/2021	Biripel Embalagens Ltda	Nota Fiscal nº 159787	R$ 101,80		-R$ 1.503,78
03/02/2021	Comercial Cirurgica Rioclarense Ltda	Nota Fiscal nº 1386161	R$ 525,38		-R$ 2.029,16
03/02/2021	Resgate da Aplicação		R$ -	R$ 2.029,16	R$ -
05/02/2021	EDR Comércio Equipamentos Medicos Hospitalres Ltda	Nota Fiscal nº 2119	R$ 700,00		-R$ 700,00
05/02/2021	Resgate da Aplicação		R$ -	R$ 700,00	R$ -
08/02/2021	Alcione Bogaz	Folha de Pagamento	R$ 1.754,00		-R$ 1.754,00
08/02/2021	Alessandra de Cassia Mardegan	Folha de Pagamento	R$ 3.193,22		-R$ 4.947,22
08/02/2021	Ana Augusta Feliciani Nogueira	Folha de Pagamento	R$ 1.571,92		-R$ 6.519,14
08/02/2021	Ana Paula Azevedo Zanatta	Folha de Pagamento	R$ 179,46		-R$ 6.698,60
08/02/2021	Bianca Caetano Costa	Folha de Pagamento	R$ 2.793,54		-R$ 9.492,14
08/02/2021	Bruna Beraldo Ferrante	Folha de Pagamento	R$ 3.137,66		-R$ 12.629,80
08/02/2021	Catia Fernanda Ferraz	Folha de Pagamento	R$ 1.811,52		-R$ 14.441,32
08/02/2021	Cristiane Pascoaleto Vendrame	Folha de Pagamento	R$ 1.476,12		-R$ 15.917,44
08/02/2021	Daniela dos Santos de Oliveira	Folha de Pagamento	R$ 1.692,14		-R$ 17.609,58
08/02/2021	Debora Cristina Loche	Folha de Pagamento	R$ 1.615,67		-R$ 19.225,25
08/02/2021	Denise Priscila Ancilotto Lisboa	Folha de Pagamento	R$ 1.837,20		-R$ 21.062,45
08/02/2021	Edilaine Munhoz Maquea	Folha de Pagamento	R$ 1.851,84		-R$ 22.914,29
08/02/2021	Edilene Manoel	Folha de Pagamento	R$ 1.596,05		-R$ 24.510,34
08/02/2021	Elaine Cristina Dias Borges	Folha de Pagamento	R$ 1.546,27		-R$ 26.056,61
08/02/2021	Isadora Morais de Castro	Folha de Pagamento	R$ 1.411,46		-R$ 27.468,07
08/02/2021	Izabel Cristina de Souza	Folha de Pagamento	R$ 1.398,90		-R$ 28.866,97
08/02/2021	José Lopes de Oliveira	Folha de Pagamento	R$ 172,10		-R$ 29.039,07
08/02/2021	Kelly Cristina Ramos Rocha	Folha de Pagamento	R$ 1.584,95		-R$ 30.624,02
08/02/2021	Leticia Maiara dos Santos Ferraz	Folha de Pagamento	R$ 1.350,70		-R$ 31.974,72
08/02/2021	Lucas Carvalho dos Santos	Folha de Pagamento	R$ 1.856,56		-R$ 33.831,28
08/02/2021	Maira Teixeira de Castro	Folha de Pagamento	*R$ 1.584,20*		-R$ 35.415,48
08/02/2021	Marcia Maiara Possenti	Folha de Pagamento	*R$ 2.069,21*		-R$ 37.484,69
08/02/2021	Natalia Pazinato da Silva	Folha de Pagamento	*R$ 1.388,62*		-R$ 38.873,31
08/02/2021	Natalia Xavier Nascimento Oliveira	Folha de Pagamento	R$ 310,14		-R$ 39.183,45
08/02/2021	Patricia Adriana Ferreira	Folha de Pagamento	R$ 1.851,68		-R$ 41.035,13
08/02/2021	Patricia Michele de Almeida	Folha de Pagamento	R$ 1.546,38		-R$ 42.581,51
08/02/2021	Priscila Santos Leite de Almeida	Folha de Pagamento	R$ 3.023,24		-R$ 45.604,75
08/02/2021	Regina Leia Parro Rodrigues de Sousa	Folha de Pagamento	R$ 1.632,24		-R$ 47.236,99
08/02/2021	Ricardo de Carvalho	Folha de Pagamento	R$ 1.907,79		-R$ 49.144,78
08/02/2021	Thais Boareto da Silva	Folha de Pagamento	R$ 5.344,93		-R$ 54.489,71
08/02/2021	Valeria Cristina de Souza da Cruz	Folha de Pagamento	R$ 27,47		-R$ 54.517,18
08/02/2021	Samtronic Ind e Com Ltda	Nota Fiscal nº 258640	R$ 2.568,75		-R$ 57.085,93
08/02/2021	FGTS Arrecadação GRF	GRRF/FGTS	R$ 6.170,01		-R$ 63.255,94
08/02/2021	Resgate da Aplicação		R$ -	R$ 63.255,94	R$ -
09/02/2021	Dupatri Hospitalar Comercio Importação e Exportação Ltda	Nota Fiscal nº 1149232	R$ 784,94		-R$ 784,94
09/02/2021	Dupatri Hospitalar Comercio Importação e Exportação Ltda	Nota Fiscal nº 131634	R$ 352,99		-R$ 1.137,93
09/02/2021	Sonia dos Santos	Folha de Pagamento	R$ 1.704,39		-R$ 2.842,32
09/02/2021	Alessandra Aparecida	Folha de Pagamento	R$ 1.300,96		-R$ 4.143,28
09/02/2021	Eliana Cristina Rodrigues	Folha de Pagamento	R$ 1.438,84		-R$ 5.582,12
09/02/2021	Mauro Celso Chiavelli	Folha de Pagamento	R$ 2.868,75		-R$ 8.450,87
09/02/2021	Samir Bispo dos Santos	Folha de Pagamento	R$ 1.488,62		-R$ 9.939,49
09/02/2021	Resgate da Aplicação		R$ -	R$ 9.939,49	R$ -
10/02/2021	Thomson Reuters Brasil	Nota Fiscal nº 1436747	R$ 822,88		-R$ 822,88
10/02/2021	Cristalia Prod Quimico Farmaceutico Ltda	Nota Fiscal nº 2842807	R$ 1.187,50		-R$ 2.010,38
10/02/2021	Resgate da Aplicação		R$ -	R$ 2.010,38	R$ -
12/02/2021	Belive Comercio de Produtos Hospitalares Ltda	Nota Fiscal nº 5394	R$ 1.344,70		-R$ 1.344,70
12/02/2021	Automatizações Seculo XXI Tratamento de Dados Ltda - EPP	Nota Fiscal nº 27753	R$ 92,84		-R$ 1.437,54
12/02/2021	Resgate da Aplicação		R$ -	R$ 1.437,54	R$ -
17/02/2021	Devolução AHBB Sede			R$ 15.688,25	R$ 15.688,25
17/02/2021	Samtronic Ind e Com Ltda	Nota Fiscal nº 257438	R$ 2.568,75		R$ 13.119,50
17/02/2021	Laboratório São Paulo Analises Clínicas	Nota Fiscal nº 57262	R$ 2.399,27		R$ 10.720,23
17/02/2021	Comercial Cirurgica Rioclarense Ltda	Nota Fiscal nº 40258	R$ 279,93		R$ 10.440,30
17/02/2021	Biomedical Equipamentos e Produtos Medico-Cirurgicos Ltda	Nota Fiscal nº 130239	R$ 680,00		R$ 9.760,30
17/02/2021	Supermed Com. E Imp. De Prod. Med. E Hospit. Ltda	Nota Fiscal nº 491737	R$ 5.157,26		R$ 4.603,04
17/02/2021	Supermed Com. E Imp. De Prod. Med. E Hospit. Ltda	Nota Fiscal nº 157792	R$ 4.603,04		-R$ 0,00
18/02/2021	Devolução AHBB Sede			R$ 10.245,26	R$ 10.245,26
18/02/2021	Dupatri Hospitalar Comercio Importação e Exportação Ltda	Nota Fiscal nº 139147	R$ 910,80		R$ 9.334,46
18/02/2021	Dupatri Hospitalar Comercio Importação e Exportação Ltda	Nota Fiscal nº 1154492	R$ 80,50		R$ 9.253,96
18/02/2021	Comercial Cirurgica Rioclarense Ltda	Nota Fiscal nº 1389723	R$ 2.475,79		R$ 6.778,17
18/02/2021	Comercial Cirurgica Rioclarense Ltda	Nota Fiscal nº 1389715	R$ 1.329,74		R$ 5.448,43
18/02/2021	Augusto Valério de Siqueira Papelaria	Nota Fiscal nº 5039	R$ 318,30		R$ 5.130,13
18/02/2021	Supermed Com. E Imp. De Prod. Med. E Hospit. Ltda	Nota Fiscal nº 162422	R$ 563,68		R$ 4.566,45

18/02/2021	Supermed Com. E Imp. De Prod. Med. E Hospit. Ltda	Nota Fiscal nº 494227	R$	923,66		R$	3.642,79
18/02/2021	Supermed Com. E Imp. De Prod. Med. E Hospit. Ltda	Nota Fiscal nº 162428	R$	3.642,79		-R$	0,00
19/02/2021	Devolução AHBB Sede				R$ 35.392,05	R$	35.392,05
19/02/2021	Kataoka e Perez Serviços de Fisioterapia Ltda	Nota Fiscal nº 39	R$	28.000,00		R$	7.392,05
19/02/2021	Ministério da Previdência Social	GPS/INSS	R$	6.337,46		R$	1.054,59
19/02/2021	Ministério da Fazenda	DARF-Código da receita 0561	R$	719,90		R$	334,69
19/02/2021	Ministério da Fazenda	DARF-Código da receita 5952	R$	253,06		R$	81,63
19/02/2021	Ministério da Fazenda	DARF-Código da receita 1708	R$	81,63		R$	0,00
22/02/2021	Devolução AHBB Sede				R$ 21.765,84	R$	21.765,84
22/02/2021	Sinconecta - Tecnologia de Informações	Nota Fiscal nº 6810-1	R$	863,00		R$	20.902,84
22/02/2021	F B Babeto Me	Nota Fiscal nº 40	R$	78,00		R$	20.824,84
22/02/2021	Dupatri Hospitalar Comercio Importação e Exportação Ltda	Nota Fiscal nº 1151650	R$	493,80		R$	20.331,04
22/02/2021	Dupatri Hospitalar Comercio Importação e Exportação Ltda	Nota Fiscal nº 134928	R$	5.432,16		R$	14.898,88
22/02/2021	Comercial Cirurgica Rioclarense Ltda	Nota Fiscal nº 1385814	R$	6.851,53		R$	8.047,35
22/02/2021	Comercial Cirurgica Rioclarense Ltda	Nota Fiscal nº 1385656	R$	6.100,00		R$	1.947,35
22/02/2021	Comercial Cirurgica Rioclarense Ltda	Nota Fiscal nº 1385598	R$	721,00		R$	1.226,35
22/02/2021	Supermed Com. E Imp. De Prod. Med. E Hospit. Ltda	Nota Fiscal nº 164648	R$	1.046,45		R$	179,90
22/02/2021	F B Babeto Me	Nota Fiscal nº 28	R$	179,90		R$	0,00
24/02/2021	Transferencia AHBB Sede		R$	4.446,22		-R$	4.446,22
24/02/2021	J. E. de Araujo Odontologia Eireli EPP	Nota Fiscal nº 36	R$	637,50		-R$	5.083,72
24/02/2021	Resgate da Aplicação		R$	-	R$ 5.083,72	R$	-
26/02/2021	Repasse Publico				R$ 625.197,76	R$	625.197,76
26/02/2021	Devolução AHBB Sede				R$ 4.446,22	R$	629.643,98
26/02/2021	Comercial Cirurgica Rioclarense Ltda	Nota Fiscal nº 1383773	R$	1.675,02		R$	627.968,96
26/02/2021	Dupatri Hospitalar Comercio Importação e Exportação Ltda	Nota Fiscal nº 1153078	R$	1.870,50		R$	626.098,46
26/02/2021	Destra - Apoio e Prev em Seg Trabalho Ltda	Nota Fiscal nº 1859	R$	1.173,12		R$	624.925,34
26/02/2021	Winter - Gestão e Consultoria Médica Ltda EPP	Nota Fiscal nº 396	R$	84.465,00		R$	540.460,34
26/02/2021	Transferencia AHBB Sede		R$	15.688,25		R$	524.772,09
26/02/2021	Transferencia AHBB Sede		R$	10.245,26		R$	514.526,83
26/02/2021	Transferencia AHBB Sede		R$	35.392,05		R$	479.134,78
26/02/2021	Transferencia AHBB Sede		R$	21.765,84		R$	457.368,94
26/02/2021	Tarifa Bancária	0	R$	130,00		**R$**	**457.238,94**

Mirandópolis, 24 de Março de 2021.

Responsável pela Conveniada: _____

João Pedro Pinotti Affonso
Diretor Administrativo

G3362615516787361
26/02/2021 16:31:49

Cliente - Conta atual

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

Lançamentos

Dt. balancete	Dt. movimento	Ag. origem	Lote	Histórico	Documento	Valor R$	Saldo
28/01/2021		0000	00000	000 Saldo Anterior			0,00 C
02/02/2021		0000	13105	109 Pagamento de Boleto	20.201	7.420,31 D	
				TICKET SERVICOS S/A			
02/02/2021		0000	13105	109 Pagamento de Boleto	20.202	5.675,96 D	
				TICKET SERVICOS S/A			
02/02/2021		0000	13105	109 Pagamento de Boleto	20.203	2.896,65 D	
				BANCO SOFISA S/A			
02/02/2021		0000	00000	855 BB RF CP Aut Empresa	5	15.992,92 C	0,00 C
03/02/2021		0000	13105	109 Pagamento de Boleto	20.301	660,04 D	
				BANCO SOFISA S/A			
03/02/2021		0000	13105	109 Pagamento de Boleto	20.302	689,02 D	
				BANCO SOFISA S/A			
03/02/2021		0000	13105	109 Pagamento de Boleto	20.303	52,92 D	
				BIRIPEL EMBALAGENS LTDA			
03/02/2021		0000	13105	109 Pagamento de Boleto	20.304	101,80 D	
				BIRIPEL EMBALAGENS LTDA			
03/02/2021		0000	13105	109 Pagamento de Boleto	20.305	525,38 D	
				COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENS			
03/02/2021		0000	00000	855 BB RF CP Aut Empresa	5	2.029,16 C	0,00 C
05/02/2021		0000	13105	109 Pagamento de Boleto	20.501	700,00 D	
				EDR COM EQUIPTOS MEDICO HOSPIT			
05/02/2021		0000	00000	855 BB RF CP Aut Empresa	5	700,00 C	0,00 C
08/02/2021		0000	13134	250 Folha de Pagamento	24.071	54.517,18 D	
08/02/2021		0000	13105	109 Pagamento de Boleto	20.801	2.568,75 D	
				SAMTRONIC INDUSTRIA E COMERCIO			
08/02/2021		0000	13105	375 Impostos	20.802	6.170,01 D	
				FGTS ARRECADACAO GRF			
08/02/2021		0000	00000	855 BB RF CP Aut Empresa	5	63.255,94 C	0,00 C
09/02/2021		0000	13105	109 Pagamento de Boleto	20.901	784,94 D	
				DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IM			
09/02/2021		0000	13105	109 Pagamento de Boleto	20.902	352,99 D	
				DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IM			
09/02/2021		0000	13105	393 TED Transf.Eletr.Disponiv	20.903	1.704,39 D	
				104 1354 30441818870 SONIA DOS SANTOS			
09/02/2021		0000	13105	393 TED Transf.Eletr.Disponiv	20.904	1.300,96 D	
				033 0139 11735608823 ALESSANDRA APAREC			
09/02/2021		0000	13105	393 TED Transf.Eletr.Disponiv	20.905	1.438,84 D	
				237 0167 29487360808 ELIANA CRISTINA R			
09/02/2021		0000	13105	393 TED Transf.Eletr.Disponiv	20.906	2.868,75 D	
				237 0167 36576071884 MAURO CELSO CHIAV			
09/02/2021		0000	13105	393 TED Transf.Eletr.Disponiv	20.907	1.488,62 D	
				033 3337 24612142802 SAMIR BISPO DOS S			
09/02/2021		0000	00000	855 BB RF CP Aut Empresa	5	9.939,49 C	0,00 C
10/02/2021		0000	13105	109 Pagamento de Boleto	21.001	822,88 D	
				THOMSON REUTERS BRAS			
10/02/2021		0000	13105	109 Pagamento de Boleto	21.002	1.187,50 D	
				CRISTALIA PROD QUIMICOS F LT			
10/02/2021		0000	00000	855 BB RF CP Aut Empresa	5	2.010,38 C	0,00 C
12/02/2021		0000	13105	109 Pagamento de Boleto	21.201	1.344,70 D	
				BELIVE MEDICAL P H LTDA			
12/02/2021		0000	13105	393 TED Transf.Eletr.Disponiv	21.202	92,84 D	

		756 5042 045349461000374 ASSOCIACAO HO			
12/02/2021	0000	00000 855 BB RF CP Aut Empresa 5	1.437,54 C	0,00 C	
17/02/2021	3062	99015 870 Transferência recebida 553.062.007.004.231	15.688,25 C		
		17/02 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B			
17/02/2021	0000	13105 109 Pagamento de Boleto 21.701	2.568,75 D		
		SAMTRONIC INDUSTRIA E COMERCIO			
17/02/2021	0000	13105 109 Pagamento de Boleto 21.702	2.399,27 D		
		LABORATORIO SAO PAULO			
17/02/2021	0000	13105 109 Pagamento de Boleto 21.703	279,93 D		
		COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENS			
17/02/2021	0000	13105 109 Pagamento de Boleto 21.704	680,00 D		
		BIOMEDICAL			
17/02/2021	0000	13105 109 Pagamento de Boleto 21.705	5.157,26 D		
		BANCO SOFISA S/A			
17/02/2021	0000	13105 109 Pagamento de Boleto 21.706	4.603,04 D	0,00 C	
		BANCO SOFISA S/A			
18/02/2021	3062	99015 870 Transferência recebida 553.062.007.004.231	10.245,26 C		
		18/02 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B			
18/02/2021	0000	13105 109 Pagamento de Boleto 21.801	910,80 D		
		DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IM			
18/02/2021	0000	13105 109 Pagamento de Boleto 21.802	80,50 D		
		DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IM			
18/02/2021	0000	13105 109 Pagamento de Boleto 21.803	2.475,79 D		
		COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENS			
18/02/2021	0000	13105 109 Pagamento de Boleto 21.804	1.329,74 D		
		COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENS			
18/02/2021	0000	13105 109 Pagamento de Boleto 21.805	318,30 D		
		AUGUSTO VALERIO DE SIQUEIRA PAPELARIA			
18/02/2021	0000	13105 109 Pagamento de Boleto 21.806	563,68 D		
		BANCO SOFISA S/A			
18/02/2021	0000	13105 109 Pagamento de Boleto 21.807	923,66 D		
		BANCO SOFISA S/A			
18/02/2021	0000	13105 109 Pagamento de Boleto 21.808	3.642,79 D	0,00 C	
		BANCO SOFISA S/A			
19/02/2021	3062	99015 870 Transferência recebida 553.062.007.004.231	35.392,05 C		
		19/02 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B			
19/02/2021	0000	13105 393 TED Transf.Eletr.Disponiv 21.901	28.000,00 D		
		077 0001 033433450000127 KATAOKA SERVI			
19/02/2021	0000	13105 196 INSS Arrecadação 21.902	6.337,46 D		
		GPS- Ident.: 45349461000889 - 01/2021			
19/02/2021	0000	13105 375 Impostos 21.903	719,90 D		
		RFB- DARF PRETO CALCULADO			
19/02/2021	0000	13105 375 Impostos 21.904	253,06 D		
		DARF - 45.349.461/0001-02 -5952			
19/02/2021	0000	13105 375 Impostos 21.905	81,63 D	0,00 C	
		DARF - 45.349.461/0001-02 -1708			
22/02/2021	3062	99015 870 Transferência recebida 553.062.007.004.231	21.765,84 C		
		22/02 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B			
22/02/2021	0000	13105 109 Pagamento de Boleto 22.201	863,00 D		
		SINCONECTA - TECNOLOGIA DE INFORMACAO			
22/02/2021	0000	13105 109 Pagamento de Boleto 22.202	78,00 D		
		F B BABETO ME			
22/02/2021	0000	13105 109 Pagamento de Boleto 22.203	493,80 D		
		DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IM			
22/02/2021	0000	13105 109 Pagamento de Boleto 22.204	5.432,16 D		
		DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IM			
22/02/2021	0000	13105 109 Pagamento de Boleto 22.205	6.851,53 D		
		COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENS			
22/02/2021	0000	13105 109 Pagamento de Boleto 22.206	6.100,00 D		
		COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENS			
22/02/2021	0000	13105 109 Pagamento de Boleto 22.207	721,00 D		
		COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENS			
22/02/2021	0000	13105 109 Pagamento de Boleto 22.208	1.046,45 D		
		BANCO SOFISA S/A			
22/02/2021	0000	13105 109 Pagamento de Boleto 22.209	179,90 D	0,00 C	

		F B BABETO ME			
24/02/2021	6790	99015 470 Transferência enviada	553.062.007.004.231	4.446,22 D	
		24/02 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B			
24/02/2021	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	22.401	637,50 D	
		J E DE ARAUJO ODONTOLOGIA EIRELI EPP			
24/02/2021	0000	00000 855 BB RF CP Aut Empresa	5	5.083,72 C	0,00 C
26/02/2021	6790	00032 632 Ordem Bancária	202.102.250.106.733	625.197,76 C	
26/02/2021	3062	03062 870 Transferência recebida	553.062.007.004.231	4.446,22 C	
		26/02 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B			
26/02/2021	6790	06790 109 Pagamento de Boleto	22.601	1.675,02 D	
		COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENS			
26/02/2021	6790	06790 109 Pagamento de Boleto	22.602	1.870,50 D	
		DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IM			
26/02/2021	6790	06790 393 TED Transf.Eletr.Disponiv	22.603	1.173,12 D	
		341 0220 011814918000190 DESTRA - APOI			
26/02/2021	6790	06790 393 TED Transf.Eletr.Disponiv	22.604	84.465,00 D	
		341 0049 026392666000126 WINTER - GEST			
26/02/2021	6790	06790 144 Transferência enviada	553.062.007.004.231	15.688,25 D	
		26/02 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B			
26/02/2021	6790	06790 144 Transferência enviada	553.062.007.004.231	10.245,26 D	
		26/02 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B			
26/02/2021	6790	06790 144 Transferência enviada	553.062.007.004.231	35.392,05 D	
		26/02 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B			
26/02/2021	6790	06790 144 Transferência enviada	553.062.007.004.231	21.765,84 D	
		26/02 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B			
26/02/2021	0000	00000 999 S A L D O			457.368,94 C

Lançamentos futuros

Data	Lançamento	Documento		Valor	Total diário
26/02/2021	Tarifas Pendentes	0	R$	130,00 D	130,00 D

Saldo Aprovisionado no Dia	130,00 D
Saldo	457.238,94 C
Juros *	0,00
Data de Debito de Juros	26/02/2021
IOF *	0,00
Data de Debito de IOF	01/03/2021

Há tarifas pendentes de cobrança. Total em 26/02/2021 R$ 130,00. Sujeito à cobrança quando ocorrer saldo positivo na conta corrente. Procure sua agência.

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

EMPRESA

Extrato investimentos financeiros - mensal

G3362615516787361
26/02/2021 16:32:48

Cliente

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

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

Data	Histórico	Valor	Valor IR Prej. Comp.	Valor IOF	Quantidade cotas	Valor cota	Saldo cotas
29/01/2021	SALDO ANTERIOR	100.450,66			10.016,296716		
02/02/2021	RESGATE	15.992,92	0,70		1.594,759346	10,028861121	8.421,537370
	Aplicação 04/12/2020	15.992,92	0,70		1.594,759346		
03/02/2021	RESGATE	2.029,16	0,09		202,340007	10,028911375	8.219,197363
	Aplicação 04/12/2020	2.029,16	0,09		202,340007		
05/02/2021	RESGATE	700,00	0,03		69,800629	10,028992648	8.149,396734
	Aplicação 04/12/2020	700,00	0,03		69,800629		
08/02/2021	RESGATE	63.255,94	3,04		6.307,574492	10,029050007	1.841,822242
	Aplicação 04/12/2020	63.255,94	3,04		6.307,574492		
09/02/2021	RESGATE	9.939,49	0,48		991,111421	10,029114576	850,710821
	Aplicação 04/12/2020	9.939,49	0,48		991,111421		
10/02/2021	RESGATE	2.010,38	0,10		200,463578	10,029153531	650,247243
	Aplicação 04/12/2020	2.010,38	0,10		200,463578		
12/02/2021	RESGATE	1.437,54	0,07		143,341901	10,029237707	506,905342
	Aplicação 04/12/2020	1.437,54	0,07		143,341901		
24/02/2021	RESGATE	5.083,72	0,30		506,905342	10,029525107	
	Aplicação 04/12/2020	5.083,72	0,30		506,905342		
26/02/2021	SALDO ATUAL	0,00					

Resumo do mês

SALDO ANTERIOR	100.450,66
APLICAÇÕES (+)	0,00
RESGATES (-)	100.449,15
RENDIMENTO BRUTO (+)	3,30
IMPOSTO DE RENDA (-)	4,81
IOF (-)	0,00
RENDIMENTO LÍQUIDO	-1,51
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

VALORES LÍQUIDOS PARA RESGATE

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

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

EMPRESA

Emissão de comprovantes

G3362615516787361
26/02/2021 16:32:32

26/02/2021 - BANCO DO BRASIL - 16:32:15
679006790 0003

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

==========

ITAU UNIBANCO S.A.

34191090326861094293781658220009485190000742031

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	20.201
DATA DE VENCIMENTO	02/02/2021
DATA DO PAGAMENTO	02/02/2021
VALOR DO DOCUMENTO	7.420,31
VALOR COBRADO	7.420,31

==========

NR.AUTENTICACAO 3.177.9EA.AD6.5C5.D46

==========

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

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

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

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

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

mino VR

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA

NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFS-e

RPS Nº 414124 Série C8, emitido em 22/12/2020

20210118u47866934000174

Número da Nota	Data e Hora de Emissão	Código de Verificação
25523015	23/12/2020 01:02:10	2SU4-EPKH

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 33 R$7.595,00
DESCONTOS CONCEDIDOS R$174,69
VALOR DA CORRETAGEM OU COMISSAO: ZERO
Ped.:23116263 Contrato:2004030057121 IE:ISENTO IM:
IRF 1,50%-IN/SRF 177/87 e 107/91
LEI 12741/12 VL.TRIB.R$ 0,00
Data de Vencimento: 02/02/2021
VALOR TOTAL: R$7.420,31
```

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 414124 Série C8, emitido em 22/12/2020;

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

02/021

211

NOTA DE DÉBITO

Número
414124-ND
Data de Emissão
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 33 R$7.595,00
DESCONTOS CONCEDIDOS R$174,69
Ped.:23116263 Contrato:2004030057121 IE:ISENTO IM:

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

VALOR TOTAL: R$ 7.420,31

DESCRIÇÃO:

DISPONIBILIZACAO DE BENEFICIOS / CUPONS

NOTA DE DÉBITO Nº	VALOR DE NOTA DE DÉBITO	FORMA DE PAGAMENTO
414124-ND	R$ 7.420,31	02/02/2021

OUTRAS INFORMAÇÕES

Este(a) NOTA DE DÉBITO é relativa a RPS 414124 de 22/12/2020.

Ticket® uma marca Edenred

RELATÓRIO DE DETALHES DO PEDIDO

Número do Pedido Enviado: 815569
Realizado em: 21/12/2020
Valor (R$): 7.595,00
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$): 7.595,00
Data de Crédito:
Quantidade de Beneficiários: 33
Data de Entrega: 01/01/2021

CPF	MATRÍCULA	BENEFICIÁRIO	DEPARTAMENTO	DIAS ÚTEIS	VALOR DIA	VALOR MÊS	VALOR DO BENEFÍCIO
328.629.558-25	2329	ALCIONE BOGAZ	AHBB MIRANDOPOLIS				R$ 227,50
295.556.788-47	2163	ALESSANDRA C MARDEGAN	AHBB MIRANDOPOLIS				R$ 245,00
214.220.888-63	2122	ANA A F NOGUEIRA	AHBB MIRANDOPOLIS				R$ 245,00
214.801.238-03	2123	ANA P A ZANATTA	AHBB MIRANDOPOLIS				R$ 17,50
301.663.768-50	2336	BIANCA CAETANO COSTA	AHBB MIRANDOPOLIS				R$ 262,50
368.501.738-12	36850173812	BRUNA BERALDO FERRANTE	AHBB MIRANDOPOLIS				R$ 245,00
377.077.858-86	37707785886	CATIA FERNANDA FERRAZ	AHBB MIRANDOPOLIS				R$ 227,50
295.136.688-43	29513668843	CRISTIANE P VENDRAME	AHBB MIRANDOPOLIS				R$ 227,50
218.471.208-65	21847120865	DANIELA SANTOS OLIVEIRA	AHBB MIRANDOPOLIS				R$ 227,50
385.855.778-19	38585577819	DEBORA CRISTINA LOCHE	AHBB MIRANDOPOLIS				R$ 262,50
322.986.678-96	2132	DENISE P A LISB	AHBB MIRANDOPOLIS				R$ 245,00
108.823.788-64	2134	EDILAINE MUNHOZ MAQUEA	AHBB MIRANDOPOLIS				R$ 245,00
291.914.308-52	2135	EDILENE MANOEL	AHBB MIRANDOPOLIS				R$ 245,00
095.608.758-25	9560875825	ELAINE C D BORGES	AHBB MIRANDOPOLIS				R$ 245,00
294.873.608-08	29487360808	ELIANA C RODRIGUES	AHBB MIRANDOPOLIS				R$ 245,00
379.629.418-98	2127	ISADORA M C SANTO	AHBB MIRANDOPOLIS				R$ 245,00
095.493.888-75	2130	IZABEL CRISTINA DE SOUZA	AHBB MIRANDOPOLIS				R$ 262,50
389.267.668-29	2146	KELLY C R ROCHA	AHBB MIRANDOPOLIS				R$ 227,50

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

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

Ticket® uma marca Edenred

Unidade de Entrega: AHBB SEDE

Valor dos Benefícios (R$): 7.595,00

Data de Crédito:

Quantidade de Beneficiários: 33

Data de Entrega: 01/01/2021

CPF	MATRÍCULA	BENEFICIÁRIO	DEPARTAMENTO	DIAS ÚTEIS	VALOR DIA	VALOR MÊS	VALOR DO BENEFÍCIO
400.061.728-14	2148	LUCAS CARVALHO SANTOS	AHBB MIRANDOPOLIS				R$ 245,00
427.566.218-03	2149	MAIRA TEIXEIRA DE CASTRO	AHBB MIRANDOPOLIS				R$ 227,50
382.523.438-05	38252343805	MARCIA MAIARA POSSENTI	AHBB MIRANDOPOLIS				R$ 350,00
365.760.718-84	36576071884	MAURO CELSO CHIAVELLI	AHBB MIRANDOPOLIS				R$ 350,00
434.914.478-10	43491447810	NATALIA PAZINATO SILVA	AHBB MIRANDOPOLIS				R$ 227,50
394.946.148-52	39494614852	NATALIA X N OLIV	AHBB MIRANDOPOLIS				R$ 17,50
285.280.548-02	2153	PATRICIA A FERREIRA	AHBB MIRANDOPOLIS				R$ 245,00
305.075.078-27	2164	PATRICIA MICHELE ALMEIDA	AHBB MIRANDOPOLIS				R$ 227,50
298.440.178-66	2155	PRISCILA S L ALMEI	AHBB MIRANDOPOLIS				R$ 245,00
259.782.788-73	2128	REGINA L P R DE	AHBB MIRANDOPOLIS				R$ 227,50
281.686.478-23	2157	RICARDO DE CARVALHO	AHBB MIRANDOPOLIS				R$ 227,50
246.121.428-02	24612142802	SAMIR BISPO DOS SANTOS	AHBB MIRANDOPOLIS				R$ 245,00
304.418.188-70	30441818870	SONIA DOS SANTOS ROCHA	AHBB MIRANDOPOLIS				R$ 245,00
329.168.118-50	33	THAIS BOARETO DA SILVA	AHBB MIRANDOPOLIS				R$ 350,00
298.834.288-12	29883428812	VALERIA CRISTINA SOUZA C	AHBB MIRANDOPOLIS				R$ 17,50

Contrato: 2004030057121

UNIDADE DE ENTREGA	DEPARTAMENTO	DATA DE CRÉDITO	DATA DE ENTREGA	QUANTIDADE BENEFICIÁRIOS	VALOR DO BENEFÍCIO
AHBB SEDE	AHBB MIRANDOPOLIS		01/01/2021	33	R$ 7.595,00
			TOTAL BENEFÍCIOS	33	R$ 7.595,00

TAXA	VALOR	BASE	SUB TOTAL
TAXA DE ADMINISTRACAO TRE (NEGATIVA)	R$ -174,69	1	-R$ 174,69
	TOTAL DE TAXAS DO PRODUTO		-R$ 174,69

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

Edenred Ticket® uma marca Edenred

Ticket®. Benefícios que multiplicam.

RESUMO DO PRODUTO	SUB TOTAL
Total de Benefícios	R$ 7.595,00
Taxas	-R$ 174,69
TOTAL	**R$ 7.420,31**

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

Ticket®. Benefícios que multiplicam.

26/02/2021 - BANCO DO BRASIL - 16:32:15
679006790 0004

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

ITAU UNIBANCO S.A.

34191090326854800293781658220009385190000567596

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	20.202
DATA DE VENCIMENTO	02/02/2021
DATA DO PAGAMENTO	02/02/2021
VALOR DO DOCUMENTO	5.675,96
VALOR COBRADO	5.675,96

NR.AUTENTICACAO 6.650.881.A04.647.A69

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

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

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

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

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

Mino VA

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA

NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFS-e

RPS Nº 413285 Série C8, emitido em 22/12/2020

20210118u47866934000174

Número da Nota	Data e Hora de Emissão	Código de Verificação
25523013	23/12/2020 01:02:07	YUCF-PLR2

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 37 R$5.780,00
DESCONTOS CONCEDIDOS R$104,04
VALOR DA CORRETAGEM OU COMISSAO: ZERO
Ped.:23116264 Contrato:2004030048091 IE:ISENTO IM:
IRF 1,50%-IN/SRF 177/87 e 107/91
LEI 12741/12 VL.TRIB.R$ 0,00
Data de Vencimento: 02/02/2021
VALOR TOTAL: R$5.675,96
```

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 413285 Série C8, emitido em 22/12/2020;

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

NOTA DE DÉBITO

Número	Data de Emissão
413285-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 37 R$5.780,00
DESCONTOS CONCEDIDOS R$104,04
Ped.:23116264 Contrato:2004030048091 IE:ISENTO IM:

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

VALOR TOTAL: R$ 5.675,96

DESCRIÇÃO:

DISPONIBILIZACAO DE BENEFICIOS / CUPONS

NOTA DE DÉBITO Nº	VALOR DE NOTA DE DÉBITO	FORMA DE PAGAMENTO
413285-ND	R$ 5.675,96	02/02/2021

OUTRAS INFORMAÇÕES

Este(a) NOTA DE DÉBITO é relativa a RPS 413285 de 22/12/2020.

Ticket® uma marca Edenred

RELATÓRIO DE DETALHES DO PEDIDO

Número do Pedido Enviado: 791694
Realizado em: 21/12/2020
Valor (R$): 5.780,00
Método Pagamento: Faturamento

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

Ticket Alimentação Eletrônico

Unidade de Entrega: AHBB SEDE
Valor dos Benefícios (R$): 5.780,00
Data de Crédito:
Quantidade de Beneficiários: 37
Data de Entrega: 01/01/2021

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

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

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

Ticket® uma marca Edenred

Unidade de Entrega: AHBB SEDE

Valor dos Benefícios (R$): 5.780,00

Data de Crédito:

Quantidade de Beneficiários: 37

Data de Entrega: 01/01/2021

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

Contrato: 2004030048091

UNIDADE DE ENTREGA	DEPARTAMENTO	DATA DE CRÉDITO	DATA DE ENTREGA	QUANTIDADE BENEFICIÁRIOS	VALOR DO BENEFÍCIO
AHBB SEDE	AHBB MIRANDOPOLIS		01/01/2021	37	R$ 5.780,00
			TOTAL BENEFÍCIOS	37	R$ 5.780,00

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

Edenred Ticket® uma marca Edenred

Ticket®. Benefícios que multiplicam.

TAXA	VALOR	BASE	SUB TOTAL
TAXA DE ADMINISTRACAO TAE (NEGATIVA)	R$ -104,04	1	-R$ 104,04
	TOTAL DE TAXAS DO PRODUTO		-R$ 104,04

RESUMO DO PRODUTO	SUB TOTAL
Total de Benefícios	R$ 5.780,00
Taxas	-R$ 104,04
TOTAL	R$ 5.675,96

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

Ticket®. Benefícios que multiplicam.

26/02/2021 - BANCO DO BRASIL - 16:32:15
679006790 0006

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

03399484570130000099772118001048485190000289665
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	20.203
DATA DE VENCIMENTO	02/02/2021
DATA DO PAGAMENTO	02/02/2021
VALOR DO DOCUMENTO	2.896,65
VALOR COBRADO	2.896,65

NR.AUTENTICACAO E.347.952.5A1.745.703

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

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

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

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

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

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

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

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA [1]

Nº 154886
SERIE 1
FOLHA 1/3

CHAVE DE ACESSO
3520 1211 2060 9900 0441 5500 1000 1548 8610 0035 5630

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO	PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO
Venda de Merc.Adq.de Terc./Venda de Merc.Adq.de Terc.ST	135201217499778 22/12/2020 19:22:14

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

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL	CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOC. HOSP. BENEFICENTE DO BRASIL (3467)	45.349.461/0001-02	22/12/2020

ENDEREÇO	BAIRRO/DISTRITO	CEP	DATA ENTRADA/SAÍDA
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03	JARDIM ARIANO	16400-400	22/12/2020

MUNICÍPIO	FONE/FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DA SAÍDA
LINS	1435325198	SP		

FATURA / DUPLICATA

001	19/01/2021	2.896,65	002	02/02/2021	2.896,65		

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
5.765,90	1.001,92	0,00	0,00	5.793,30

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00		0,00	0,00	5.793,30

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
ATIVA DISTRIBUICAO E LOGISTICA LTDA	0 - DO EMITENTE				01125797000701

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
RUA SALVADOR RODRIGUES PRADO, 200	SAO PAULO	SP	149529966118

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
13	CAIXA			71,01	71,01

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UND.	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL. ICMS	AL.IPI
27479	COL.PERF.CORT.13LT PARDO C/20-FLEXPELL LT LC2310029C (1) 04/2025 (Fornecedor: 7822, Lote: LC2310029C, Qtde: 1 ,Data Fab: 13/04/2020, Data Val: 13/04/2025)	48191000	000	5102	CX	1	93,5600	93,56	93,56	16,84		18,00	
21897	AG.DESC.13 X 4,5 C/100-SR LT 4310N4 (2) 10/2025 (Fornecedor: 7737, Lote: 4310N4, Qtde: 2 ,Data Fab: 01/10/2020, Data Val: 31/10/2025)	90183219	400	5102	CX	2	9,9850	19,97	19,97	2,40		12,00	
24435	AG.DESC.25 X 07 C/100-SR LT 1914N4 (3) 05/2025 (Fornecedor: 7737, Lote: 1914N4, Qtde: 3 ,Data Fab: 01/05/2020, Data Val: 31/05/2025)	90183219	400	5102	CX	3	9,9833	29,95	29,95	3,59		12,00	
13501	CANULA P/TRAQUEOSTOMIA C/B N.7,5 PC-SOLIDOR LT 39320071 (2) 07/2025 (Fornecedor: 2080, Lote: 39320071, Qtde: 2 ,Data Fab: 01/07/2020, Data Val: 31/07/2025)	90183929	200	5102	PC	2	16,4250	32,85	32,85	5,91		18,00	
13502	CANULA P/TRAQUEOSTOMIA C/B N.8,0 PC-SOLIDOR LT 39420071 (2) 07/2025 (Fornecedor: 2080, Lote: 39420071, Qtde: 2 ,Data Fab: 01/07/2020, Data Val: 31/07/2025)	90183929	200	5102	PC	2	16,4250	32,85	32,85	5,91		18,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

#R3V3R7V101|UTI MIRANDOPOLIS - CONVENIO 0107/2017
ITEM 27 Imposto Recolhido por Substituicao Tributaria
ITEM 27 ICMS-ST retido por operação anterior base: 23,49 valor: 2,40
Pedido: 154778
End. Entrega: AV.DR.RAUL DA CUNHA BUENO,585 , MIRANDOPOLIS - 16800-000, MIRANDOPOLIS-SP - Horario : COMERCIAL
Empresa credenciada no Regime Especial de Distribuidor Hospitalar 036035/2018 nos termos da Portaria CAT 116/2017
Setor de 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: 0,47

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 23 / 12 / 2020
ASS.

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

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

/ /

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

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

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAÍDA [1]

Nº 154886
SERIE 1
FOLHA 2/3

CHAVE DE ACESSO
3520 1211 2060 9900 0441 5500 1000 1548 8610 0035 5630

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

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

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO
135201217499778 22/12/2020 19:22:14

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

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

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
13434	AG.DESC.40 X 12 C/100-SOLIDOR LT 57420051 (10) 05/2025 (Fornecedor: 2080, Lote: 574-20051, Qtde: 10 ,Data Fab: 01/05/2020, Data Val: 31/05/2025)	90183219	200	5102	CX	10	10,5470	105,47	105,47	12,66		12,00	
24049	EQ.MAC.FL.IL.F/A+P 1,5MT C/25-VEMA0-6-TKL LT HGEMA06-200602 (2) 06/2025 (Fornecedor: 2598, Lote: HGEMA06-200602, Qtde: 2 ,Data Fab: 01/06/2020, Data Val: 30/06/2025)	90189010	200	5102	CX	2	23,5250	47,05	47,05	8,47		18,00	
10733	SONDA END.PVC N.8,0 C/CUFF C/10-SOLIDOR LT 29120071 (1) 07/2025 (Fornecedor: 2080, Lote: 29120071, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/07/-2020, Data Val: 31/07/2025)	90183929	200	5102	CX	1	41,3600	41,36	41,36	7,44		18,00	
28981	LUVA P/ PROCED.N.EST.M-LATEX BR C/20 LT PR170 (2) 10/2023 (Fornecedor: 2616, Lote: PR170, Qtde: 2 ,Data Fab: 01/10/202-0, Data Val: 31/10/2023)	40151900	000	5102	CX	2	1.520,0000	3.040,00	3.040,00	547,20		18,00	
28212	FILME TRANSP S/COMPR.06X07 PC - VITAMEDI LT 20191108 (1) 11/2022 (Fornecedor: 2300, Lote: 20191108, Qtde: 1 ,Data Fab: 22/11/-2019, Data Val: 21/11/2022)	30051090	200	5102	CX	1	87,0000	87,00	87,00	15,66		18,00	
26568	LANCETA DE SEGURANCA 28G C/100-DESCARPACK LT SLAKAA012C (2) 07/2025 (Fornecedor: 91-8, Lote: SLAKAA012C, Qtde: 2 ,Data Fab: 01/08/2020, Data Val: 31/07/2025)	90183999	200	5102	CX	2	18,0000	36,00	36,00	6,48		18,00	
23203	FITA ADESIVA HOSP.19X50 C/48 RL-EUROCEL LT 090620-C05 (1) 06/2023 (Fornecedor: 17506, Lote: 090620-C05, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/0-6/2020, Data Val: 30/06/2023)	48114110	800	5102	CX	1	142,3000	142,30	142,30	25,61		18,00	
21569	ESPARADRAPO 10X4,5 C/CAPA C/12 PROCI-TEX-CREMER REF.257199 LT 2399809 (1) 06/2-022 (Fornecedor: 1496, Lote: 2399809, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/06/2020, Data Val: 30/06/2022)	30051030	500	5102	PCT	1	72,3100	72,31	72,31	13,02		18,00	
26110	ELETRODO AD. C/ESP.C/GEL C/5-0-DESCARPACK LT SECDAA0017 (4) 12/2022 (Fornecedor: 918, Lote: SECDAA0017, Qtde: 4 ,Data Fab: 01/02/2020, Data Val: 31/12/-2022)	90181100	200	5102	PCT	4	13,5325	54,13	54,13	9,74		18,00	
4449	TURBANTE DESC.ELAST.C/10-0-DESCARPACK LT STEFAA0114 (4) 05/2025 (Fornecedor: 918, Lote: STEFAA0114, Qtde: 4 ,Data Fab: 01/06/2020, Data Val: 31/05/-2025)	65050090	200	5102	PCT	4	15,4450	61,78	61,78	11,12		18,00	
13142	AVENTAL DESC.ESPECIAL ML BR.C/PUNHO C/1-0-DESCARPACK LT SAEFAA0120 (20) 05/2025 (Fornecedor: 918, Lote: SAEFAA0120, Qtde: 20 ,Data Fab: 01/06/2020, Data Val: 31/05/2025)	62101000	200	5102	PCT	20	31,9925	639,85	639,85	115,17		18,00	
29004	EQ.DIETA ENT.FLEX.S/FILT.SLIP C/2-5-DESCARPACK LT SEEAAA0027 (2) 04/2025 (Fornecedor: 918, Lote: SEEAAA0027, Qtde: 2 ,Data Fab: 01/05/2020, Data Val: 30/04/-2025)	90189099	200	5102	CX	2	26,5000	53,00	53,00	9,54		18,00	
26628	BISTURI DESC.N.15 ACO CARBO.PC-HEALTH-MED LT 186/20 (10) 11/2022 (Fornecedor: 7825, Lote: 186/20, Qtde: 10 ,Data Fab: 06/11/2-020, Data Val: 06/11/2022)	90189029	000	5102	PC	10	1,2820	12,82	12,82	2,31		18,00	
13775	SERINGA DESC.10ML SLIP C/250-SR LT H713 (3) 09/2025 \ LT H584 (1) 08/2025 (Fornecedor: 1156, Lote: H713, Qtde: 3 ,Data Fab: 01/09/2020, Data Val: 30/09/2025 / Fornecedor: 2347, Lote: H584, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/08/2020, Data Val: 31/08/2025)	90183119	200	5102	CX	4	80,2350	320,94	320,94	38,51		12,00	

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

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

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

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA 1-SAIDA: 1

Nº 154886
SERIE 1
FOLHA 3/3

CHAVE DE ACESSO
3520 1211 2060 9900 0441 5500 1000 1548 8610 0035 5630

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

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

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO
135201217499778 22/12/2020 19:22:14

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

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UND	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL. ICMS	AL IPI
13584	CATETER IV 24G C/100 S/-FILTRO-DESCARPACK LT SCTPAA033M (1) 03/20-25 (Fornecedor: 918, Lote: SCTPAA033M, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/04/2020, Data Val: 31/03/2025)	90183929	200	5102	CX	1	93,5000	93,50	93,50	16,83		18,00	
28389	COL.UR.2000 ML SF C/ VALV C/05 ESPE-CIAL-DESCARPACK LT SBSAAA0007 (10) 03/2025 (Fornecedor: 918, Lote: SBSAAA0007, Qtde: 10 ,Data Fab: 01/04/2020, Data Val: 31/03/2025)	39269030	700	5102	CX	10	16,5900	165,90	165,90	29,86		18,00	
24139	SONDA ASPIRACAO C/ VALV.N.14 C/200-MARK LT 16223 (1) 12/2024 (Fornecedor: 164, Lote: 16223, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/12/2020, Data Val: 31/12/2024)	90183929	000	5102	CX	1	143,9400	143,94	143,94	25,91		18,00	
15182	SERINGA DESC.20ML SLIP BL C/250-SR LT H990 (1) 12/2025 (Fornecedor: 1156, Lote: H990, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/12/2020, Data Val: 30/12/2025)	90183119	200	5102	CX	1	122,7500	122,75	122,75	14,73		12,00	
21840	INFUSOR MULT.2V C/CLAMP PGC C/4-0-DESCARP LT SEUUAA0018 (1) 09/2024 (Fornecedor: 918, Lote: SEUUAA0018, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/10/2019, Data Val: 30/09/-2024)	90189010	200	5102	PCT	1	25,8800	25,88	25,88	4,66		18,00	
13583	CATETER IV 22G C/100 S/-FILTRO-DESCARPACK LT SCTPAA032G (1) 01/20-25 (Fornecedor: 918, Lote: SCTPAA032G, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/02/2020, Data Val: 31/01/2025)	90183929	200	5102	CX	1	74,8800	74,88	74,88	13,49		18,00	
28639	HEPARINOX SD 40MG 10 SERINGAS IV/SC-CRIS LT A12706C (1) 05/2021 (Fornecedor: 727, Lote: A12706C, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/05/2-019, Data Val: 31/05/2021)	30049099	200	5102	CX	1	215,8600	215,86	215,86	38,86		18,00	
29014	INDAHEX ENXAG BUCAL 0,12% 250ML-INDALAB LT 141.08/2020 (3) 08/2022 (Fornecedor: 1986, Lote: 141.08/2020, Qtde: 3 ,Data Fab: 01/-08/2020, Data Val: 31/08/2022)	33069000	060	5405	UND	3	9,1333	27,40					

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

26/02/2021 - BANCO DO BRASIL - 16:32:15
679006790 0006

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

==========

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

03399484570130000099778454801040285200000066004
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	20.301
DATA DE VENCIMENTO	03/02/2021
DATA DO PAGAMENTO	03/02/2021
VALOR DO DOCUMENTO	660,04
VALOR COBRADO	660,04

==========

NR.AUTENTICACAO E.81F.BF0.65B.DF8.BA5

==========

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

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

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

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

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

Materiais Médicos Supermed Hospitalares

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

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

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA [1]

Nº 490214
SERIE 1
FOLHA 1/1

CHAVE DE ACESSO
3120 1211 2060 9900 0107 5500 1000 4902 1410 0089 7181

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO
Venda a nao contribuinte

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO
131203966010781 23/12/2020 13:12:07

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

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL	CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOC. HOSP. BENEFICENTE DO BRASIL (3467)	45.349.461/0001-02	23/12/2020

ENDEREÇO	BAIRRO/DISTRITO	CEP	DATA ENTRADA/SAIDA
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03	JARDIM ARIANO	16400-400	23 DEZ 2020

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

FATURA / DUPLICATA

001	20/01/2021	660,04	002	03/02/2021	660,04		

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
1.320,08	52,80	0,00	0,00	1.320,08

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSORIAS	VALOR TOTAL DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00		0,00	0,00	1.320,08

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO 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
1	CAIXA			8,20	8,20

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
21441	LUVA P/PROCE.N.EST.VINIL P C/20-DESCARPA LT SLVBAA025S (1)04/24 (Fornecedor: 918, Lote: SLVBAA025S, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/04/2019, Data Val: 30/04/2024)	39262000	200	6108	CX	1	1.320,0800	1.320,08	1.320,08	52,80		4,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

UTI MIRANDOPOLIS - CONVENIO 0107/2017#R46 B1
ITEM 1 Aliquota para produtos importados (Resol ucao 13/2012 do Senado Federal, Emenda Constitucional 87 de 2015:
Valor da partilha para UF de Destino: R$ 184.81
Pedido: 457794
End. Entrega: AV.DR.RAUL DA CUNHA BUENO,585 , MIRANDOPOLIS - 16800-000, MIRANDOPOLIS-SP - Horario : COMERCIAL
Empresa Enquadrada como Dist. Hospitalar nos termos do Inc. XVII do art. 222 do RICMS/MG
Setor de Cobranca: (11)4934-1669 / 4934-1673 / 4934-1671
QUALQUER INCONFORMIDADE NA ENTREGA, ENTRE IMEDIATAMENTE EM CONTATO COM NOSSO PÓS-VENDAS NO NÚMERO (11) 4934-1703
Rota....: 6 Cubagem: 0,03

RESERVADO AO FISCO

HB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 28/12 pelo
ASS Izabel C. de Sa

Mercadorias avariadas, ou faltas só serão repostas se forem relacionadas ao conhecimentos do transportes.

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

03/02/21

211

26/02/2021 - BANCO DO BRASIL - 16:32:15
679006790 0004

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

03399484570130000099778452101047785200000068902
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	20.302
DATA DE VENCIMENTO	03/02/2021
DATA DO PAGAMENTO	03/02/2021
VALOR DO DOCUMENTO	689,02
VALOR COBRADO	689,02

NR.AUTENTICACAO 5.1FD.0E6.7A7.DCC.A91

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

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

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

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

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

RECEBEMOS DE SUPERMED COM. E IMP. DE PROD. MED. E HOSPIT. LTDA OS PRODUTOS OU SERVIÇOS DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO

NF-e

DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	Nº 156503 SÉRIE 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 156503
SERIE 1
FOLHA 1/1

CHAVE DE ACESSO
3520 1211 2060 9900 0441 5500 1000 1565 0310 0026 9768

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
135201239071115 30/12/2020 14:17:11

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	30/12/2020

ENDEREÇO	BAIRRO/DISTRITO	CEP	DATA ENTRADA/SAIDA
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03	JARDIM ARIANO	16400-400	30/12/2020

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

FATURA / DUPLICATA

001 03/02/2021 689,02

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
689,02	85,16	0,00	0,00	689,02

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	689,02

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
8	CAIXA			19,55	19,55

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
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	
15182	SERINGA DESC.20ML SLIP BL C/250-SR LT H624 (2) 08/2025 (Fornecedor: 1156, Lote: H624, Qtde: 2 ,Data Fab: 01/08/2020, Data Val: 31/08/2025)	90183119	200	5102	CX	2	122,7500	245,50	245,50	29,46		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	81,2200	81,22	81,22	9,75		12,00	
10733	SONDA END.PVC N.8,0 C/CUFF C/10-SOLIDOR LT 29120071 (1) 07/2025 (Fornecedor: 2080, Lote: 29120071, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/07/-2020, Data Val: 31/07/2025)	90183929	200	5102	CX	1	41,3600	41,36	41,36	7,44		18,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

#R2V1R5V7||
Pedido: 156300
End. Entrega: AV.DR.RAUL DA CUNHA BUENO,585 , MIRANDOPOLIS - 16800-000, MIRANDOPOLIS-SP - Horario : COMERCIAL
Empresa credenciada no Regime Especial de Distribuidor Hospitalar 036035/2018 nos termos da Portaria CAT 116/2017
Setor de Cobranca: (11)4934-1669 / 4934-1673 / 4934-1671
QUALQUER INCONFORMIDADE NA ENTREGA, ENTRE IMEDIATAMENTE EM CONTATO COM NOSSO PÓS-VENDAS NO NÚMERO (11) 4934-1703
Rota....: 2 Cubagem: 0,19

RESERVADO AO FISCO

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

26/02/2021 - BANCO DO BRASIL - 16:32:16
679006790 0003

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

==========

BANCO BRADESCO S.A.

23790014039000001124872011554101685210000005292
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	20.303
DATA DE VENCIMENTO	04/02/2021
DATA DO PAGAMENTO	03/02/2021
VALOR DO DOCUMENTO	52,92
VALOR COBRADO	52,92

==========

NR.AUTENTICACAO 6.67C.D2B.05B.699.941

==========

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

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

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

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

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

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

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 000159813 fl. 1 /1
SÉRIE 001

CHAVE DE ACESSO
3521 0103 7487 6900 0180 5500 1000 1598 1311 6806 6650

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	135210013685582 06/01/2021 10:43:50

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	06/01/2021
ENDEREÇO	**BAIRRO / DISTRITO**		**CEP**	**DATA SAÍDA / ENTRADA**
RUA SETE SETEMBRO, 529	CENTRO		16210-000	06/01/2021
MUNICÍPIO	**FONE / FAX**	**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**	**HORA DA SAÍDA**
BILAC	(18)3659-1411	SP		10:43:42

FATURA

	NÚMERO	VALOR ORIGINAL	VALOR DESCONTO	VALOR LÍQUIDO
DADOS DA FATURA	159813	52,92	0,00	52,92

DUPLICATAS

Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR	Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR	Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR	Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR
001	04/02/2021	52,92									

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
52,92	9,53	0,00	0,00	16,55	52,92
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	52,92

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ / CPF
JOSE BRAZ GOMES DE ALMEIDA	0 - REMETENTE		DZX8053	SP	217.690.098-76
ENDEREÇO	**MUNICÍPIO**			**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**
RUA : EDUARDO IBANHEZ	BIRIGUI			SP	

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
0000000002549	BOBINA PLAST. PICOTADA 50X70	39234000	000	5102	kg	2,800	18,90	0,00	52,92	52,92	9,53	0,00	18,00	0,00

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

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	RESERVADO AO FISCO
IMPOSTOS:Valor Aproximado dos Tributos R$: 7,03 Federal, 9,52 Estadual e 0,00 Municipal - Fonte: IBPT/empresometro.com.br (5DC0AE).	AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS RECEBIDO 12/01/21 ASS.

Transmitido por DocFix

26/02/2021 - BANCO DO BRASIL - 16:32:16
679006790 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

==========

BANCO BRADESCO S.A.

23790014039000001124848011554101885210000010180
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	20.304
DATA DE VENCIMENTO	04/02/2021
DATA DO PAGAMENTO	03/02/2021
VALOR DO DOCUMENTO	101,80
VALOR COBRADO	101,80

==========

NR.AUTENTICACAO 9.DBC.D73.538.9D8.8D8

==========

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

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

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

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

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

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

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 000159787 fl. 1 /1
SÉRIE 001

CHAVE DE ACESSO
3521 0103 7487 6900 0180 5500 1000 1597 8716 7142 8433

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	135210013163417 06/01/2021 09:15:49

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	06/01/2021
ENDEREÇO	**BAIRRO / DISTRITO**		**CEP**	**DATA SAÍDA / ENTRADA**
RUA SETE SETEMBRO, 529	CENTRO		16210-000	06/01/2021
MUNICÍPIO	**FONE / FAX**	**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**	**HORA DA SAÍDA**
BILAC	(18)3659-1411	SP		09:14:29

FATURA

	NÚMERO	VALOR ORIGINAL	VALOR DESCONTO	VALOR LÍQUIDO
DADOS DA FATURA	159787	101,80	0,00	101,80

DUPLICATAS

Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR	Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR	Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR	Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR
001	04/02/2021	101,80									

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	31,03	101,80
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	101,80

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ / CPF
JOSE BRAZ GOMES DE ALMEIDA	0 - REMETENTE		DZX8053	SP	217.690.098-76
ENDEREÇO	**MUNICÍPIO**			**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**
RUA : EDUARDO IBANHEZ	BIRIGUI			SP	

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	89,90	0,00	89,90	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
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

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

IMPOSTOS: Valor Aproximado dos Tributos R$: 12,70 Federal, 18,32 Estadual e 0,00 Municipal - Fonte: IBPT/empresometro.com.br (5DC0AE).

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 12/01/21
ASS. _____

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

Transmitido por DocFix

_____ / _____ / _____

_____

26/02/2021 - BANCO DO BRASIL - 16:32:16
679006790 0005

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

==========

BANCO DO BRASIL

00190000090171153600100876404179485210000052538
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	20.305
NOSSO NUMERO	17115360000876404
CONVENIO	01711536
DATA DE VENCIMENTO	04/02/2021
DATA DO PAGAMENTO	03/02/2021
VALOR DO DOCUMENTO	525,38
VALOR COBRADO	525,38

==========

NR.AUTENTICACAO 5.A9A.941.662.0F2.CDB

==========

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

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

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

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

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

Identificação do emitente

Rioclarense

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

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 – ENTRADA
1 – SAÍDA [1]

Nº. 1386161 FL 1 / 1
SÉRIE 1

CHAVE DE ACESSO
3521 0167 7291 7800 0491 5500 1001 3861 6118 8803 8007

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		135210019763890 07/01/2021 15:44:29
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	07/01/2021
ENDEREÇO	**BAIRRO / DISTRITO**	**CEP**		**DATA DA ENTRADA/SAÍDA**
AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303	JARDIM ARIANO	16400-400		07/01/2021
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
1386161/1	04/02/2021	525,38						

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
525,38	66,32	0,00	0,00	525,38

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	525,38

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

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

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
3,00	VOLUME(S)		0,00916	1,928	1,928

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
029394	SERINGA GASOMETRIA LL 3ML (BD/BECTON) L: 0203277 Q 200,0000 F: 30/08/20 V: 31/08/2022	90183119	200	5102	PC	200,00	2,3539	470,78	470,78	56,49	0,00	12,00	0,00
030366	TIRAS REAGENTES N/INDIV (MEDLEVENSOHN) L: 1290686 Q 100,0000 F: 15/06/20 V: 14/06/2022	38220090	700	5102	TI	100,00	0,546	54,60	54,60	9,83	0,00	18,00	0,00

CÁLCULO DO ISSQN

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

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

LOCAL DE ENTREGA: 46374500001247-AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Municipio: MIRANDOPOLIS CEP: 16800000 UF: SP Pais: BRASIL. PREZADO CLIENTE, FAVOR CONFERIR NO ATO DA ENTREGA - [redacted] REMOS RECLAMACOES APOS 48hs DO RECEBIMENTO. DATA ENTREGA: 07/01/2021 Pedido: 1805974 A[redacted] Compra(Pedido Cliente): 1805974 *** O pagamento devera ser realizado atraves do boleto anexo a nota fiscal, caso não [redacted] em contato atraves do e-mail boletos@rioclarense.com.br ou no telefone (19)3522-5800, Setor de Cobranca Privado. AFE: [redacted]4597-7 ** AE: 1 22375-2 ** ASS: 1302/16 Validade: 23/01/2021 MODAL: RODOVIARIO / TIPO ENTREGA: EXPRESSA Aliquota ICMS 12% cf. art.54, Inc.XV, RICMS/SP Dec.45490/00. LOCAL DE ENTREGA: Endereço: AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Municipio: MIRANDOPOLIS CEP: 16800000 UF: SP Pais: BRASIL(Código Interno Emitente: 4768 Nome Fantasia: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL) LOCAL DE ENTREGA: AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Municipio: MIRANDOPOLIS UF: SP Pais: BRASIL

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 07/01/21
ASS.

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

26/02/2021 - BANCO DO BRASIL - 16:32:16
679006790 0004

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

==========

ITAU UNIBANCO S.A.

34191570070402033451463380110005385220000070000
BENEFICIARIO:
EDR COM EQUIPTOS MEDICO HOSPIT
NOME FANTASIA:
EDR COM EQUIPTOS MEDICO HOSPIT
CNPJ: 16.671.989/0001-03
BENEFICIARIO FINAL:
EDR COM EQUIPTOS MEDICO HOSPIT
CNPJ: 16.671.989/0001-03
PAGADOR:
ASSOC. HOSPITALAR BENE BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	20.501
DATA DE VENCIMENTO	05/02/2021
DATA DO PAGAMENTO	05/02/2021
VALOR DO DOCUMENTO	700,00
VALOR COBRADO	700,00

==========

NR.AUTENTICACAO 4.ED5.BEB.23F.832.D04

==========

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

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

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

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

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

05/01

RECEBEMOS DE EDR COMÉRCIO DE EQUIP. MÉDICO-HOSP. LTDA - ME OS PRODUTOS/SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO		NF-e Nº 000.002.119 SÉRIE: 1
DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	

REGAL HOSPITALAR

EDR COMÉRCIO DE EQUIP. MÉDICO-HOSP. LTDA - ME

RUA GALILEU GALILEI, 1800 - SALA 402 - CONDOMÍNIO ITAMARATY, Ribeirao Preto, SP - CEP: 14024193 - Fone/Fax: 1639165339

DANFE

Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

0 - Entrada
1 - Saída [1]

Nº 000.002.119
SÉRIE: 1
Página 1 de 1

CONTROLE DO FISCO

CHAVE DE ACESSO
3521 0116 6719 8900 0103 5500 1000 0021 1910 0300 0069

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 MERCADORIA		135210014028532 - 06/01/2021 12:44
INSCRIÇÃO ESTADUAL	**INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIB.**	**CNPJ / CPF**
582916978110		16.671.989/0001-03

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL			CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL			45.349.461/0001-02	06/01/2021
ENDEREÇO	**BAIRRO/DISTRITO**		**CEP**	**DATA DE ENTRADA/SAÍDA**
RUA JOSÉ ARIANO RODRIGUES, 303 -	JD. ARIANO		16400-400	06/01/2021
MUNICÍPIO	**FONE/FAX**	**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**	**HORA DE ENTRADA/SAÍDA**
Lins		SP		11:37

FATURA

/ Num.: 02119 / V. Orig.: 700,00 / V. Desc.: 0,00 / V. Liq.: 700,00

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
0,00	0,00	0,00	0,00	700,00

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	700,00

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
PROPRIO.	3-Remetente Próprio				

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM/SH	CST	CFOP	UNID.	QTD.	VLR. UNIT.	VLR. TOTAL	BC ICMS	VLR. ICMS	VLR. IPI	ALÍQ. ICMS	ALÍQ. IPI
386MSCFCLRS MTNHM.	MASCARA FACIAL RESMED TRAMANHO M Total aproximado de tributos federais, estaduais e municipais: 107,84	90192090	0102	5102	UN	1,0000	350,0000	350,00					
387MSCFCLRS MTNHL.	MASCARA FACIAL RESMED TAMANHO L Total aproximado de tributos federais, estaduais e municipais: 107,84	90192090	0102	5102	UN	1,0000	350,0000	350,00					

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

05/021

211

CÁLCULO DO ISSQN

INSCRIÇÃO MUNICIPAL	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	BASE DE CÁLCULO DO ISSQN	VALOR DO ISSQN
20007988			

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	RESERVADO AO FISCO
ENDEREÇO DE ENTREGA: RUA DR. RAUL DA CUNHA BUENO, Nº 585 - MIRANDÓPOLIS/SP - PAGAMENTO: BOLETO BANCÁRIO (30 DIAS) - DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL. Total aproximado de tributos federais, estaduais e municipais: 215,68	AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS RECEBIDO 11 / 01 / 21 ASS.

RELAÇÃO GERAL DOS LÍQUIDOS

Código	Nome do empregado	CPF	Valor
Empregados			
3908	ALESSANDRA APARECIDA DOS SAN	117.356.088-23	1.300,96
2329	ALCIONE BOGAZ	328.629.558-25	1.754,00
2163	ALESSANDRA DE CASSIA MARDEGAI	295.556.788-47	3.193,22
2122	ANA AUGUSTA FELICIANI NOGUEIR	214.220.888-63	1.571,92
2123	ANA PAULA AZEVEDO ZANATTA	214.801.238-03	179,46
2336	BIANCA CAETANO COSTA	301.663.768-50	2.793,54
2977	BRUNA BERALDO FERRANTE	368.501.738-12	3.137,66
2125	CATIA FERNANDA FERRAZ	377.077.858-86	1.811,52
2752	CRISTIANE PASCOALETO VENDRAM	295.136.688-43	1.476,12
2772	DANIELA DOS SANTOS DE OLIVEIR/	218.471.208-65	1.692,14
2126	DEBORA CRISTINA LOCHE	385.855.778-19	1.615,67
2132	DENISE PRISCILA ANCILOTTO LISB(	322.986.678-96	1.837,20
2134	EDILAINE MUNHOZ MAQUEA	108.823.788-64	1.851,84
2135	EDILENE MANOEL	291.914.308-52	1.596,05
2136	ELAINE CRISTINA DIAS BORGES	095.608.758-25	1.546,27
2992	ELIANA CRISTINA RODRIGUES	294.873.608-08	1.438,84
2127	ISADORA MORAIS DE CASTRO SANT	379.629.418-98	1.411,46
2130	IZABEL CRISTINA DE SOUZA	095.493.888-75	1.398,90
2139	JOSE LOPES DE OLIVEIRA	061.725.928-31	172,10
2146	KELLY CRISTINA RAMOS ROCHA	389.267.668-29	1.584,95
2147	LETICIA MAIARA DOS SANTOS FERI	427.001.668-09	1.350,70
2148	LUCAS CARVALHO DOS SANTOS	400.061.728-14	1.856,56
2149	MAIRA TEIXEIRA DE CASTRO	427.566.218-03	1.584,20
2129	MARCIA MAIARA POSSENTI	382.523.438-05	2.069,21
3021	MAURO CELSO CHIAVELLI	365.760.718-84	2.868,75
2721	NATALIA PAZINATO DA SILVA	434.914.478-10	1.388,62
2154	NATALIA XAVIER NASCIMENTO OLI'	394.946.148-52	310,14
2153	PATRICIA ADRIANA FERREIRA	285.280.548-02	1.851,68
2164	PATRICIA MICHELE DE ALMEIDA	305.075.078-27	1.546,38
2155	PRISCILA SANTOS LEITE DE ALMEII	298.440.178-66	3.023,24
2128	REGINA LEIA PARRO RODRIGUES D	259.782.788-73	1.632,24
2157	RICARDO DE CARVALHO	281.686.478-23	1.907,79
3807	SAMIR BISPO DOS SANTOS	246.121.428-02	1.488,62
2839	SONIA DOS SANTOS ROCHA	304.418.188-70	1.704,39
33	THAIS BOARETO DA SILVA	329.168.118-50	5.344,93
2799	VALERIA CRISTINA DE SOUZA DA C	298.834.288-12	27,47

Empregados: 36 Estagiários: 0 Contribuintes: 0 Total da Empresa: 63.318,74

(sessenta e três mil trezentos e dezoito reais e setenta e quatro centavos)

MIRANDOPOLIS, 08/02/2021 Responsável:

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

EXTRATO MENSAL

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

8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.191,49 P	998	I.N.S.S.	7,83	110,53 D
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00 P				

ND:	0	Proventos:	1.411,49	Descontos:	110,53	Informativa:	112,91	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	1.300,96
NF:	0	Base INSS:	1.411,49	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.411,49	Valor FGTS:	112,91	Base IRRF:	1.300,96

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

8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71 P	998	I.N.S.S.	8,07	143,73 D
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	117,38	117,38 P				
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00 P				
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	64,00	162,64 P				

ND:	1	Proventos:	1.897,73	Descontos:	143,73	Informativa:	142,42	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	1.754,00
NF:	1	Base INSS:	1.780,35	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.780,35	Valor FGTS:	142,42	Base IRRF:	1.447,03

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

8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.548,41 P	339	DESC ODONTO COMPANY	12,50	12,50 D
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	196,76	196,76 P	998	I.N.S.S.	9,70	335,38 D
150	HORAS EXTRAS	11,00	207,63 P	999	IMPOSTO DE RENDA	15,00	113,58 D
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00 P				
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	104,00	481,88 P				

ND:	0	Proventos:	3.654,68	Descontos:	461,46	Informativa:	276,63	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	3.193,22
NF:	0	Base INSS:	3.457,92	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	3.457,92	Valor FGTS:	276,63	Base IRRF:	3.122,54

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

8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71 P	339	DESC ODONTO COMPANY	25,00	25,00 D
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	108,30	108,30 P	998	I.N.S.S.	7,98	129,09 D
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00 P				

ND:	2	Proventos:	1.726,01	Descontos:	154,09	Informativa:	129,41	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	1.571,92
NF:	2	Base INSS:	1.617,71	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.617,71	Valor FGTS:	129,41	Base IRRF:	1.109,44

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

334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	115,76	115,76 P	339	DESC ODONTO COMPANY	25,00	25,00 D
8112	DIFERENCA DE 1/3 DE FERIAS	3,67	3,67 P	937	ADIANTAMENTO DE FERIAS	0,00	2.215,11 D
8192	DIFERENCA ADICIONAL FERIAS	11,00	11,00 P	812	INSS FERIAS	8,81	216,43 D
806	MEDIA HORAS FERIAS	235,86	235,86 P	821	INSS DIFERENCA FERIAS	0,00	0,10 D
807	VANTAGENS FERIAS	209,00	209,00 P	998	I.N.S.S.	7,50	7,19 D
931	1/3 DAS FERIAS	33,33	614,19 P	942	IRRF FERIAS	7,50	25,22 D
8783	DIAS FERIAS	30,00	1.397,71 P				
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	32,00	81,32 P				

ND:	0	Proventos:	2.668,51	Descontos:	2.489,05	Informativa:	204,21	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	179,46
NF:	0	Base INSS:	2.552,75	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	2.552,75	Valor FGTS:	204,21	Base IRRF:	74,03

FERIAS DE 01/01/2021 - 30/01/2021

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

EXTRATO MENSAL

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

8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.548,41 P	998	I.N.S.S.	9,26	278,96 D
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	107,43	107,43 P	999	IMPOSTO DE RENDA	7,50	48,04 D
150	HORAS EXTRAS	11,00	207,63 P				
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00 P				
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	8,00	37,07 P				

ND: 1 Proventos: 3.120,54 Descontos: 327,00 Informativa: 241,04 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 2.793,54
NF: 1 Base INSS: 3.013,11 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 3.013,11 Valor FGTS: 241,04 Base IRRF: 2.544,56

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

8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.548,41 P	998	I.N.S.S.	9,56	319,82 D
316	VALE REFEIÇÃO	210,00	210,00 P	999	IMPOSTO DE RENDA	15,00	99,24 D
150	HORAS EXTRAS	11,00	207,63 P				
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00 P				
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	80,00	370,68 P				

ND: 0 Proventos: 3.556,72 Descontos: 419,06 Informativa: 267,73 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 3.137,66
NF: 0 Base INSS: 3.346,72 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 3.346,72 Valor FGTS: 267,73 Base IRRF: 3.026,90

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

8785	DIAS AFAST.INSS (P/DOENCA)	30,00	2.548,41 P	8801	DESCONTO DIAS AFASTADOS	30,00	2.768,41 D
8013	INSALUB 20% DOENCA	20,00	220,00 P				

ND: 0 Proventos: 2.768,41 Descontos: 2.768,41 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
Doença período superior a 15 dias: 16/07/2018 a 30/12/2021

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

8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71 P	339	DESC ODONTO COMPANY	37,50	37,50 D
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	119,90	119,90 P	998	I.N.S.S.	8,12	152,88 D
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00 P				
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	104,00	264,29 P				

ND: 1 Proventos: 2.001,90 Descontos: 190,38 Informativa: 150,56 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.811,52
NF: 1 Base INSS: 1.882,00 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.882,00 Valor FGTS: 150,56 Base IRRF: 1.539,53

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

8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71 P	339	DESC ODONTO COMPANY	12,50	12,50 D
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00 P	998	I.N.S.S.	7,98	129,09 D

ND: 1 Proventos: 1.617,71 Descontos: 141,59 Informativa: 129,41 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.476,12
NF: 0 Base INSS: 1.617,71 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.617,71 Valor FGTS: 129,41 Base IRRF: 1.299,03

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

EXTRATO MENSAL

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

8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,72 P	998	I.N.S.S.	8,10	149,22 D
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00 P				
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	88,00	223,64 P				

ND: 0 Proventos: 1.841,36 Descontos: 149,22 Informativa: 147,30 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.692,14
NF: 0 Base INSS: 1.841,36 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.841,36 Valor FGTS: 147,30 Base IRRF: 1.692,14

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

8781	DIAS NORMAIS	28,00	1.112,06 P	339	DESC ODONTO COMPANY	12,50	12,50 D
8870	DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTE	2,00	79,43 P	998	I.N.S.S.	8,00	131,98 D
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	110,36	110,36 P				
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	205,33 P				
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR	20,00	14,67 P				
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	110,00	238,30 P				

ND: 0 Proventos: 1.760,15 Descontos: 144,48 Informativa: 131,98 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.615,67
NF: 0 Base INSS: 1.649,79 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.649,79 Valor FGTS: 131,98 Base IRRF: 1.517,81
Doença período igual ou inferior a 15 dias: 25/01/2021 a 25/01/2021
Doença período igual ou inferior a 15 dias: 27/01/2021 a 27/01/2021

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

8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71 P	339	DESC ODONTO COMPANY	50,00	50,00 D
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	121,07	121,07 P	998	I.N.S.S.	8,14	156,53 D
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00 P				
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	120,00	304,95 P				

ND: 2 Proventos: 2.043,73 Descontos: 206,53 Informativa: 153,81 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.837,20
NF: 1 Base INSS: 1.922,66 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.922,66 Valor FGTS: 153,81 Base IRRF: 1.386,95

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

8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71 P	998	I.N.S.S.	8,12	152,88 D
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	122,72	122,72 P				
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00 P				
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	104,00	264,29 P				

ND: 0 Proventos: 2.004,72 Descontos: 152,88 Informativa: 150,56 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.851,84
NF: 0 Base INSS: 1.882,00 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.882,00 Valor FGTS: 150,56 Base IRRF: 1.729,12

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

8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71 P	998	I.N.S.S.	7,98	129,09 D
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	107,43	107,43 P				
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00 P				

ND: 1 Proventos: 1.725,14 Descontos: 129,09 Informativa: 129,41 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.596,05
NF: 1 Base INSS: 1.617,71 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.617,71 Valor FGTS: 129,41 Base IRRF: 1.299,03

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

EXTRATO MENSAL

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

8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71 P	339	DESC ODONTO COMPANY	50,00	50,00 D
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	107,65	107,65 P	998	I.N.S.S.	7,98	129,09 D
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00 P				

ND: 0 Proventos: 1.725,36 Descontos: 179,09 Informativa: 129,41 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.546,27
NF: 0 Base INSS: 1.617,71 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.617,71 Valor FGTS: 129,41 Base IRRF: 1.488,62

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

8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,95 P	339	DESC ODONTO COMPANY	50,00	50,00 D
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00 P	998	I.N.S.S.	7,98	129,11 D

ND: 1 Proventos: 1.617,95 Descontos: 179,11 Informativa: 129,43 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.438,84
NF: 1 Base INSS: 1.617,95 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.617,95 Valor FGTS: 129,43 Base IRRF: 1.299,25

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

8785	DIAS AFAST.INSS (P/DOENCA)	30,00	1.397,71 P	8801	DESCONTO DIAS AFASTADOS	30,00	1.617,71 D
8013	INSALUB 20% DOENCA	20,00	220,00 P				

ND: 2 Proventos: 1.617,71 Descontos: 1.617,71 Informativa: 0 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 0,00
NF: 1 Base INSS: 0,00 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 0,00 Valor FGTS: 0,00 Base IRRF: 0,00
Novo afast. mesma doença: 01/01/2021 a 27/02/2021

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

8781	DIAS NORMAIS	20,00	794,33 P	998	I.N.S.S.	7,84	112,09 D
8870	DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTE	10,00	397,16 P				
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	94,73	94,73 P				
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	146,67 P				
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR	20,00	73,33 P				
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	8,00	17,33 P				

ND: 0 Proventos: 1.523,55 Descontos: 112,09 Informativa: 114,30 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.411,46
NF: 0 Base INSS: 1.428,82 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.428,82 Valor FGTS: 114,30 Base IRRF: 1.316,73
Doença período igual ou inferior a 15 dias: 22/01/2021 a 04/02/2021

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

8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.191,49 P	339	DESC ODONTO COMPANY	12,50	12,50 D
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	94,67	94,67 P	998	I.N.S.S.	7,84	112,09 D
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00 P				
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	8,00	17,33 P				

ND: 0 Proventos: 1.523,49 Descontos: 124,59 Informativa: 114,30 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.398,90
NF: 0 Base INSS: 1.428,82 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.428,82 Valor FGTS: 114,30 Base IRRF: 1.316,73

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

EXTRATO MENSAL

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

8781	DIAS NORMAIS	1,00	46,59 P	8801	DESCONTO DIAS AFASTADOS	29,00	1.563,79 D
8785	DIAS AFAST.INSS (P/DOENCA)	29,00	1.351,12 P	998	I.N.S.S.	7,50	4,04 D
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	122,22	122,22 P				
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	7,33 P				
8013	INSALUB 20% DOENCA	20,00	212,67 P				

ND: 2 Proventos: 1.739,93 Descontos: 1.567,83 Informativa: 4,31 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 172,10
NF: 1 Base INSS: 53,92 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 53,92 Valor FGTS: 4,31 Base IRRF: 0,00
Novo afast. mesma doença: 05/12/2020 a 10/01/2021
Novo afast. mesma doença: 12/01/2021 a 12/03/2021

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

8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71 P	339	DESC ODONTO COMPANY	12,50	12,50 D
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	108,83	108,83 P	998	I.N.S.S.	7,98	129,09 D
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00 P				

ND: 0 Proventos: 1.726,54 Descontos: 141,59 Informativa: 129,41 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.584,95
NF: 0 Base INSS: 1.617,71 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.617,71 Valor FGTS: 129,41 Base IRRF: 1.488,62

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

8781	DIAS NORMAIS	25,00	1.164,76 P	8801	DESCONTO DIAS AFASTADOS	5,00	269,62 D
8785	DIAS AFAST.INSS (P/DOENCA)	5,00	232,95 P	998	I.N.S.S.	7,78	104,82 D
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	107,43	107,43 P				
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	183,33 P				
8013	INSALUB 20% DOENCA	20,00	36,67 P				

ND: 0 Proventos: 1.725,14 Descontos: 374,44 Informativa: 107,84 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.350,70
NF: 0 Base INSS: 1.348,09 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.348,09 Valor FGTS: 107,84 Base IRRF: 1.243,27
Doença período superior a 15 dias: 07/12/2020 a 05/01/2021

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

8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71 P	339	DESC ODONTO COMPANY	12,50	12,50 D
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	121,43	121,43 P	998	I.N.S.S.	8,13	154,70 D
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00 P				
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	112,00	284,62 P				

ND: 0 Proventos: 2.023,76 Descontos: 167,20 Informativa: 152,18 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.856,56
NF: 0 Base INSS: 1.902,33 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.902,33 Valor FGTS: 152,18 Base IRRF: 1.747,63

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

8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71 P	339	DESC ODONTO COMPANY	12,50	12,50 D
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	108,08	108,08 P	998	I.N.S.S.	7,98	129,09 D
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00 P				

ND: 0 Proventos: 1.725,79 Descontos: 141,59 Informativa: 129,41 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.584,20
NF: 0 Base INSS: 1.617,71 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.617,71 Valor FGTS: 129,41 Base IRRF: 1.488,62

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

EXTRATO MENSAL

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

8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.242,33 P	339	DESC ODONTO COMPANY	25,00	25,00 D
322	AJUDA DE CUSTO	650,00	650,00 P	998	I.N.S.S.	7,87	115,10 D
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	96,98	96,98 P				
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00 P				

ND: 0 Proventos: 2.209,31 Descontos: 140,10 Informativa: 116,98 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 2.069,21
NF: 0 Base INSS: 1.462,33 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.462,33 Valor FGTS: 116,98 Base IRRF: 1.347,23

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

8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.548,41 P	998	I.N.S.S.	9,47	309,60 D
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00 P	999	IMPOSTO DE RENDA	15,00	89,02 D
27	ADICIONAL RT	500,00	500,00 P	991	ESTOURO MES ANTERIOR	1,04	1,04 D

ND: 0 Proventos: 3.268,41 Descontos: 399,66 Informativa: 261,47 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 2.868,75
NF: 0 Base INSS: 3.268,41 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 3.268,41 Valor FGTS: 261,47 Base IRRF: 2.958,81

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

8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71 P	339	DESC ODONTO COMPANY	50,00	50,00 D
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00 P	998	I.N.S.S.	7,98	129,09 D
				991	ESTOURO MES ANTERIOR	50,00	50,00 D

ND: 0 Proventos: 1.617,71 Descontos: 229,09 Informativa: 129,41 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.388,62
NF: 0 Base INSS: 1.617,71 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.617,71 Valor FGTS: 129,41 Base IRRF: 1.488,62

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

334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	187,21	187,21 P	339	DESC ODONTO COMPANY	25,00	25,00 D
8112	DIFERENCA DE 1/3 DE FERIAS	3,71	3,71 P	937	ADIANTAMENTO DE FERIAS	0,00	3.016,93 D
8189	DIFERENCA MEDIA HORA FERIAS	0,13	0,13 P	812	INSS FERIAS	10,24	384,42 D
8192	DIFERENCA ADICIONAL FERIAS	11,00	11,00 P	821	INSS DIFERENCA FERIAS	0,00	2,95 D
806	MEDIA HORAS FERIAS	57,71	57,71 P	998	I.N.S.S.	7,50	12,23 D
807	VANTAGENS FERIAS	209,00	209,00 P	942	IRRF FERIAS	22,50	352,14 D
931	1/3 DAS FERIAS	33,33	938,37 P				
8783	DIAS FERIAS	30,00	2.548,41 P				
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	32,00	148,27 P				

ND: 0 Proventos: 4.103,81 Descontos: 3.793,67 Informativa: 313,31 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 310,14
NF: 0 Base INSS: 3.916,60 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 3.916,60 Valor FGTS: 313,31 Base IRRF: 133,09
FERIAS DE 01/01/2021 - 30/01/2021

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

8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71 P	998	I.N.S.S.	8,12	152,88 D
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	122,56	122,56 P				
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00 P				
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	104,00	264,29 P				

ND: 0 Proventos: 2.004,56 Descontos: 152,88 Informativa: 150,56 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.851,68
NF: 0 Base INSS: 1.882,00 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.882,00 Valor FGTS: 150,56 Base IRRF: 1.729,12

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

EXTRATO MENSAL

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

8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71 P	339	DESC ODONTO COMPANY	50,00	50,00 D
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	107,76	107,76 P	998	I.N.S.S.	7,98	129,09 D
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00 P				

ND: 1 Proventos: 1.725,47 Descontos: 179,09 Informativa: 129,41 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.546,38
NF: 1 Base INSS: 1.617,71 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.617,71 Valor FGTS: 129,41 Base IRRF: 1.299,03

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

8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.548,41 P	998	I.N.S.S.	9,45	306,14 D
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	174,98	174,98 P	999	IMPOSTO DE RENDA	15,00	85,22 D
150	HORAS EXTRAS	23,00	434,14 P				
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00 P				
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	8,00	37,07 P				

ND: 0 Proventos: 3.414,60 Descontos: 391,36 Informativa: 259,16 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 3.023,24
NF: 0 Base INSS: 3.239,62 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 3.239,62 Valor FGTS: 259,16 Base IRRF: 2.933,48

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

8781	DIAS NORMAIS	23,00	913,48 P	998	I.N.S.S.	8,00	132,37 D
8870	DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTE	7,00	278,01 P				
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	110,49	110,49 P				
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	168,67 P				
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR	20,00	51,33 P				
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	112,00	242,63 P				

ND: 1 Proventos: 1.764,61 Descontos: 132,37 Informativa: 132,32 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.632,24
NF: 0 Base INSS: 1.654,12 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.654,12 Valor FGTS: 132,32 Base IRRF: 1.332,16
Doença período igual ou inferior a 15 dias: 25/01/2021 a 04/02/2021

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

8781	DIAS NORMAIS	24,00	1.118,17 P	998	I.N.S.S.	8,15	158,37 D
8870	DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTE	6,00	279,54 P				
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	123,16	123,16 P				
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	176,00 P				
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR	20,00	44,00 P				
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	128,00	325,29 P				

ND: 0 Proventos: 2.066,16 Descontos: 158,37 Informativa: 155,44 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.907,79
NF: 0 Base INSS: 1.943,00 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.943,00 Valor FGTS: 155,44 Base IRRF: 1.784,63
Doença período igual ou inferior a 15 dias: 26/01/2021 a 02/02/2021

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

8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71 P	998	I.N.S.S.	7,98	129,09 D
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00 P				

ND: 0 Proventos: 1.617,71 Descontos: 129,09 Informativa: 129,41 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.488,62
NF: 0 Base INSS: 1.617,71 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.617,71 Valor FGTS: 129,41 Base IRRF: 1.488,62

Convênio nº 187/2017
Fonte de Recurso Estadual
Termo Aditivo nº 00002/2020
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

EXTRATO MENSAL

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

8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,95 P	339	DESC ODONTO COMPANY	25,00	25,00 D
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00 P	998	I.N.S.S.	8,12	152,90 D
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	104,00	264,34 P				

ND: 0 Proventos: 1.882,29 Descontos: 177,90 Informativa: 150,58 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.704,39
NF: 0 Base INSS: 1.882,29 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.882,29 Valor FGTS: 150,58 Base IRRF: 1.729,39

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

294	PARCELA DIFERENCA DISSIDIO	185,02	185,02 P	998	I.N.S.S.	10,79	499,62 D
8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.886,86 P	999	IMPOSTO DE RENDA	22,50	293,44 D
242	REEMBOLSO DESP PAGO	205,19	205,19 P	991	ESTOURO MES ANTERIOR	1,04	1,04 D
245	AJUDA DE CUSTO	277,58	277,58 P				
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	241,22	241,22 P				
341	AJUDA DE CUSTO	1.061,58	1.061,58 P				
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00 P				
27	ADICIONAL RT	1.061,58	1.061,58 P				

ND: 0 Proventos: 6.139,03 Descontos: 794,10 Informativa: 370,48 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 5.344,93
NF: 0 Base INSS: 4.631,04 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 4.631,04 Valor FGTS: 370,48 Base IRRF: 4.131,42

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

8781	DIAS NORMAIS	1,00	46,59 P	339	DESC ODONTO COMPANY	37,50	37,50 D
8112	DIFERENCA DE 1/3 DE FERIAS	3,54	3,54 P	937	ADIANTAMENTO DE FERIAS	0,00	1.903,97 D
8192	DIFERENCA ADICIONAL FERIAS	10,64	10,64 P	812	INSS FERIAS	8,35	173,46 D
806	MEDIA HORAS FERIAS	4,91	4,91 P	998	I.N.S.S.	7,50	5,10 D
807	VANTAGENS FERIAS	202,03	202,03 P				
931	1/3 DAS FERIAS	33,33	519,36 P				
8783	DIAS FERIAS	29,00	1.351,13 P				
836	INSS DIF FER DESC A MAIOR	0,00	1,97 P				
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	7,33 P				

ND: 2 Proventos: 2.147,50 Descontos: 2.120,03 Informativa: 171,63 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 27,47
NF: 1 Base INSS: 2.145,53 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 2.145,53 Valor FGTS: 171,63 Base IRRF: 0,00
FERIAS DE 03/01/2021 - 01/02/2021

Total Geral Proventos: 84.709,19 Total Geral Descontos: 21.390,45
Líquido Geral: 63.318,74

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

EXTRATO MENSAL

Resumo por Rubrica

16	INSALUBRIDADE 20%	680,00	6.834,66 P	339	DESC ODONTO COMPANY	537,50	537,50 D
27	ADICIONAL RT	1.561,58	1.561,58 P	812	INSS FERIAS	27,40	774,31 D
150	HORAS EXTRAS	56,00	1.057,03 P	821	INSS DIFERENCA FERIAS	0,00	3,05 D
242	REEMBOLSO DESP PAGO	205,19	205,19 P	937	ADIANTAMENTO DE FERIAS	0,00	7.136,01 D
245	AJUDA DE CUSTO	277,58	277,58 P	942	IRRF FERIAS	30,00	377,36 D
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	1.430,00	4.030,23 P	991	ESTOURO MES ANTERIOR	52,08	52,08 D
294	PARCELA DIFERENCA DISSIDIO	185,02	185,02 P	998	I.N.S.S.	296,26	5.562,07 D
316	VALE REFEIÇÃO	210,00	210,00 P	999	IMPOSTO DE RENDA	90,00	728,54 D
322	AJUDA DE CUSTO	650,00	650,00 P	8801	DESCONTO DIAS AFASTADOS	94,00	6.219,53 D
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	3.256,51	3.256,51 P				
341	AJUDA DE CUSTO	1.061,58	1.061,58 P				
806	MEDIA HORAS FERIAS	298,48	298,48 P				
807	VANTAGENS FERIAS	620,03	620,03 P				
836	INSS DIF FER DESC A MAIOR	0,00	1,97 P				
931	1/3 DAS FERIAS	99,99	2.071,92 P				
8013	INSALUB 20% DOENCA	80,00	689,34 P				
8112	DIFERENCA DE 1/3 DE FERIAS	10,92	10,92 P				
8189	DIFERENCA MEDIA HORA FERIAS	0,13	0,13 P				
8192	DIFERENCA ADICIONAL FERIAS	32,64	32,64 P				
8781	DIAS NORMAIS	932,00	49.609,47 P				
8783	DIAS FERIAS	89,00	5.297,25 P				
8785	DIAS AFAST.INSS (P/DOENCA)	94,00	5.530,19 P				
8870	DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTE	25,00	1.034,14 P				
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR	80,00	183,33 P				

Líquido Geral: 63.318,74

Situações

Número de empregados:	38	Salário contribuição empregados:	73.104,41	Base IRRF Mensal:	56.176,45
Numero de estagiários:	0	Salário contribuição contribuintes:	0,00	Valor IRRF Mensal:	728,54
Trabalhando:	34	Excedente:	0,00	Base IRRF Férias:	7.190,52
Afastado direitos integrais:	0	Base total:	73.104,41	Valor IRRF Férias:	377,36
Afastado acidente de trabalho:	0	Segurados:	6.337,46	Base IRRF Partic. Lucros:	0,00
Afastado serviço militar:	0	Empresa:	0,00	Valor IRRF Partic. Lucros:	0,00
Salário maternidade:	0	RAT:	0,00	Base IRRF Exterior:	0,00
Salário maternidade INSS:	0	Contribuintes:	0,00	Valor IRRF Exterior:	0,00
Doença:	2	Sub-Total:	6.337,46	Base IRRF 13º Salário:	0,00
Doença Profissional:	0	Retenções:	0,00	Valor IRRF 13º Salário:	0,00
Licença sem vencimento:	0	(-) Salário família/maternidade:	0,00	Valor Total do IRRF:	1.105,90
Demitido:	0	Compensações:	0,00	IRRF Aluguéis:	0,00
Transferido:	0	Valores pagos a Cooperativas:	0,00	IRRF contribuintes:	0,00
Férias:	2	Outras Compensações:	0,00	Base do FGTS:	73.104,41
Mandato sindical:	0	Total:	6.337,46	Valor do FGTS:	5.848,13
Aposentadoria:	0	Terceiros:	0,00	Base do FGTS Aprendiz:	0,00
Partic. curso/programa de qualificação:	0	Total INSS:	6.337,46	Valor do FGTS Aprendiz:	0,00
Ausência justificada:	0			Base FGTS - GRRF:	0,00
Outros motivos de afastamento:	0			FGTS - GRRF:	0,00
Admissões:	0			Base FGTS mes ant. - GRRF:	0,00
Número de contribuintes:	0			FGTS mes ant. - GRRF:	0,00
				Base PIS:	0,00
				Valor PIS:	0,00
				Base ISS:	0,00
				Valor ISS:	0,00

Líquido Geral: 63.318,74

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

EMPRESA

Aviso de lançamento

G3321911228244661
19/03/2021 11:34:12

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

Data 08/02/2021 Valor R$ 1.754,00 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 266, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

(Um mil e setecentos e cinqüenta e quatro reais)

* 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 11:34:12

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0008-89 CC: UTI MIRANDOPOLIS Folha Mensal

Mensalista Janeiro de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2329	ALCIONE BOGAZ	322205	600	1
	TEC. ENFERMAGEM	Admissão:	16/01/2018	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71	
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	117,38	117,38	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	64,00	162,64	
998	I.N.S.S.	8,07		143,73

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.897,73	143,73

BANCO DO BRASIL 1

conta corrente: 108306-6 Agência: 448 - 0

Valor Líquido ⇨ 1.754,00

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.780,35	1.780,35	142,42	1.447,03	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0008-89 CC: UTI MIRANDOPOLIS Folha Mensal

Mensalista Janeiro de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2329	ALCIONE BOGAZ	322205	600	1
	TEC. ENFERMAGEM	Admissão:	16/01/2018	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71	
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	117,38	117,38	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	64,00	162,64	
998	I.N.S.S.	8,07		143,73

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.897,73	143,73

BANCO DO BRASIL 1

conta corrente: 108306-6 Agência: 448 - 0

Valor Líquido ⇨ 1.754,00

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.780,35	1.780,35	142,42	1.447,03	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

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

EMPRESA

Aviso de lançamento

G3321911228244661
19/03/2021 11:34:12

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

Data 08/02/2021 Valor R$ 3.193,22 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 266, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

(Três mil e cento e noventa e três reais e vinte e dois centavos)

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

Documento emitido por: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO em 19/03/2021 11:34:12

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0008-89 CC: UTI MIRANDOPOLIS Folha Mensal
Mensalista Janeiro de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2163	ALESSANDRA DE CASSIA MARDEGAN	223505	600	1
	ENFERMEIRO (A)	Admissão:	04/10/2017	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.548,41	
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	196,76	196,76	
150	HORAS EXTRAS	11,00	207,63	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	104,00	481,88	
339	DESC ODONTO COMPANY	12,50		12,50
998	I.N.S.S.	9,70		335,38
999	IMPOSTO DE RENDA	15,00		113,58

Total de Vencimentos	Total de Descontos
3.654,68	461,46
Valor Líquido ⇨	3.193,22

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

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
2.548,41	3.457,92	3.457,92	276,63	3.122,54	15,00

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0008-89 CC: UTI MIRANDOPOLIS Folha Mensal
Mensalista Janeiro de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2163	ALESSANDRA DE CASSIA MARDEGAN	223505	600	1
	ENFERMEIRO (A)	Admissão:	04/10/2017	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.548,41	
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	196,76	196,76	
150	HORAS EXTRAS	11,00	207,63	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	104,00	481,88	
339	DESC ODONTO COMPANY	12,50		12,50
998	I.N.S.S.	9,70		335,38
999	IMPOSTO DE RENDA	15,00		113,58

Total de Vencimentos	Total de Descontos
3.654,68	461,46
Valor Líquido ⇨	3.193,22

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

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
2.548,41	3.457,92	3.457,92	276,63	3.122,54	15,00

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

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

EMPRESA

Aviso de lançamento

G3321911228244661
19/03/2021 11:34:12

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

Data 08/02/2021 Valor R$ 1.571,92 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 266, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

(Um mil e quinhentos e setenta e um reais e noventa 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 11:34:12

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0008-89 CC: UTI MIRANDOPOLIS Folha Mensal
Mensalista Janeiro de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2122	ANA AUGUSTA FELICIANI NOGUEIRA	322205	600	1
	TEC. ENFERMAGEM	Admissão:	04/10/2017	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71	
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	108,30	108,30	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00	
339	DESC ODONTO COMPANY	25,00		25,00
998	I.N.S.S.	7,98		129,09

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.726,01	154,09
Valor Líquido ⇨	1.571,92

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

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.617,71	1.617,71	129,41	1.109,44	0,00

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0008-89 CC: UTI MIRANDOPOLIS Folha Mensal
Mensalista Janeiro de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2122	ANA AUGUSTA FELICIANI NOGUEIRA	322205	600	1
	TEC. ENFERMAGEM	Admissão:	04/10/2017	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71	
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	108,30	108,30	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00	
339	DESC ODONTO COMPANY	25,00		25,00
998	I.N.S.S.	7,98		129,09

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.726,01	154,09
Valor Líquido ⇨	1.571,92

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

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.617,71	1.617,71	129,41	1.109,44	0,00

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

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

EMPRESA

Aviso de lançamento

G3321911228244661
19/03/2021 11:34:12

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

Data 08/02/2021 Valor R$ 179,46 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 266, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

(Cento e setenta e nove 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 11:34:12

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0008-89 CC: UTI MIRANDOPOLIS Folha Mensal
Mensalista Janeiro de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2123	ANA PAULA AZEVEDO ZANATTA	322205	600	1
	TEC. ENFERMAGEM	Admissão:	04/10/2017	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	115,76	115,76	
8112	DIFERENCA DE 1/3 DE FERIAS	3,67	3,67	
8192	DIFERENCA ADICIONAL FERIAS	11,00	11,00	
806	MEDIA HORAS FERIAS	235,86	235,86	
807	VANTAGENS FERIAS	209,00	209,00	
931	1/3 DAS FERIAS	33,33	614,19	
8783	DIAS FERIAS	30,00	1.397,71	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	32,00	81,32	
339	DESC ODONTO COMPANY	25,00		25,00
937	ADIANTAMENTO DE FERIAS	0,00		2.215,11
812	INSS FERIAS	8,81		216,43
821	INSS DIFERENCA FERIAS	0,00		0,10
998	I.N.S.S.	7,50		7,19
942	IRRF FERIAS	7,50		25,22

Total de Vencimentos	Total de Descontos
2.668,51	2.489,05
Valor Líquido ⇨	179,46

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

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	2.552,75	2.552,75	204,21	88,70	0,00

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0008-89 CC: UTI MIRANDOPOLIS Folha Mensal
Mensalista Janeiro de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2123	ANA PAULA AZEVEDO ZANATTA	322205	600	1
	TEC. ENFERMAGEM	Admissão:	04/10/2017	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	115,76	115,76	
8112	DIFERENCA DE 1/3 DE FERIAS	3,67	3,67	
8192	DIFERENCA ADICIONAL FERIAS	11,00	11,00	
806	MEDIA HORAS FERIAS	235,86	235,86	
807	VANTAGENS FERIAS	209,00	209,00	
931	1/3 DAS FERIAS	33,33	614,19	
8783	DIAS FERIAS	30,00	1.397,71	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	32,00	81,32	
339	DESC ODONTO COMPANY	25,00		25,00
937	ADIANTAMENTO DE FERIAS	0,00		2.215,11
812	INSS FERIAS	8,81		216,43
821	INSS DIFERENCA FERIAS	0,00		0,10
998	I.N.S.S.	7,50		7,19
942	IRRF FERIAS	7,50		25,22

Total de Vencimentos	Total de Descontos
2.668,51	2.489,05
Valor Líquido ⇨	179,46

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

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	2.552,75	2.552,75	204,21	88,70	0,00

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

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

EMPRESA

Aviso de lançamento

G3321911228244661
19/03/2021 11:34:12

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

Data 08/02/2021 Valor R$ 2.793,54 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 266, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

(Dois mil e setecentos e noventa e três reais e cinqüenta e quatro centavos)

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

Documento emitido por: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO em 19/03/2021 11:34:12

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0008-89 CC: UTI MIRANDOPOLIS Folha Mensal
Mensalista Janeiro de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2336	BIANCA CAETANO COSTA	223505	600	1
	ENFERMEIRO (A)	Admissão:		17/01/2018

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.548,41	
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	107,43	107,43	
150	HORAS EXTRAS	11,00	207,63	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	8,00	37,07	
998	I.N.S.S.	9,26		278,96
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		48,04

	Total de Vencimentos	Total de Descontos
	3.120,54	327,00
BANCO DO BRASIL 1 conta: 111247-3 Agência: 448 - 0	Valor Líquido ⇨	2.793,54

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
2.548,41	3.013,11	3.013,11	241,04	2.544,56	7,50

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0008-89 CC: UTI MIRANDOPOLIS Folha Mensal
Mensalista Janeiro de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2336	BIANCA CAETANO COSTA	223505	600	1
	ENFERMEIRO (A)	Admissão:		17/01/2018

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.548,41	
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	107,43	107,43	
150	HORAS EXTRAS	11,00	207,63	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	8,00	37,07	
998	I.N.S.S.	9,26		278,96
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		48,04

	Total de Vencimentos	Total de Descontos
	3.120,54	327,00
BANCO DO BRASIL 1 conta: 111247-3 Agência: 448 - 0	Valor Líquido ⇨	2.793,54

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
2.548,41	3.013,11	3.013,11	241,04	2.544,56	7,50

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

Convênio nº 167/2017
Fonte de Recurso Estadual
Termo Aditivo nº 00002/2020
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

EMPRESA

Aviso de lançamento

G3321911228244661
19/03/2021 11:34:12

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

Data 08/02/2021 Valor R$ 3.137,66 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 266, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

(Três mil e cento e trinta e sete reais e sessenta 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 11:34:12

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0008-89 CC: UTI MIRANDOPOLIS Folha Mensal
Mensalista Janeiro de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2977	BRUNA BERALDO FERRANTE	223505	600	1
	ENFERMEIRO (A)	Admissão:		20/12/2019

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.548,41	
316	VALE REFEIÇÃO	210,00	210,00	
150	HORAS EXTRAS	11,00	207,63	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	80,00	370,68	
998	I.N.S.S.	9,56		319,82
999	IMPOSTO DE RENDA	15,00		99,24

	Total de Vencimentos	Total de Descontos
	3.556,72	419,06
BANCO DO BRASIL 1 conta salário: 88948-2 Agência: 0295 - X	Valor Líquido ⇨	3.137,66

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
2.548,41	3.346,72	3.346,72	267,73	3.026,90	15,00

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0008-89 CC: UTI MIRANDOPOLIS Folha Mensal
Mensalista Janeiro de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2977	BRUNA BERALDO FERRANTE	223505	600	1
	ENFERMEIRO (A)	Admissão:		20/12/2019

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.548,41	
316	VALE REFEIÇÃO	210,00	210,00	
150	HORAS EXTRAS	11,00	207,63	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	80,00	370,68	
998	I.N.S.S.	9,56		319,82
999	IMPOSTO DE RENDA	15,00		99,24

	Total de Vencimentos	Total de Descontos
	3.556,72	419,06
BANCO DO BRASIL 1 conta salário: 88948-2 Agência: 0295 - X	Valor Líquido ⇨	3.137,66

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
2.548,41	3.346,72	3.346,72	267,73	3.026,90	15,00

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

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

EMPRESA

Aviso de lançamento

G3321911228244661
19/03/2021 11:34:12

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

Data 08/02/2021 Valor R$ 1.811,52 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 266, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

(Um mil e oitocentos e onze reais e cinqüenta 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 11:34:12

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0008-89 CC: UTI MIRANDOPOLIS Folha Mensal
Mensalista Janeiro de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2125	CATIA FERNANDA FERRAZ	322205	600	1
	TEC. ENFERMAGEM	Admissão:	04/10/2017	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71	
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	119,90	119,90	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	104,00	264,29	
339	DESC ODONTO COMPANY	37,50		37,50
998	I.N.S.S.	8,12		152,88

Total de Vencimentos	Total de Descontos
2.001,90	190,38
Valor Líquido ⇨	1.811,52

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

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.882,00	1.882,00	150,56	1.539,53	0,00

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0008-89 CC: UTI MIRANDOPOLIS Folha Mensal
Mensalista Janeiro de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2125	CATIA FERNANDA FERRAZ	322205	600	1
	TEC. ENFERMAGEM	Admissão:	04/10/2017	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71	
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	119,90	119,90	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	104,00	264,29	
339	DESC ODONTO COMPANY	37,50		37,50
998	I.N.S.S.	8,12		152,88

Total de Vencimentos	Total de Descontos
2.001,90	190,38
Valor Líquido ⇨	1.811,52

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

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.882,00	1.882,00	150,56	1.539,53	0,00

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

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

EMPRESA

Aviso de lançamento

G3321911228244661
19/03/2021 11:34:12

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

Data 08/02/2021 Valor R$ 1.476,12 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 266, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

(Um mil e quatrocentos e setenta e seis reais e doze centavos)

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

Documento emitido por: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO em 19/03/2021 11:34:12

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0008-89 CC: UTI MIRANDOPOLIS Folha Mensal
Mensalista Janeiro de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2752	CRISTIANE PASCOALETO VENDRAME	322205	600	1
	TEC. ENFERMAGEM	Admissão:	22/03/2019	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00	
339	DESC ODONTO COMPANY	12,50		12,50
998	I.N.S.S.	7,98		129,09

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.617,71	141,59

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

Valor Líquido ⇨ 1.476,12

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.617,71	1.617,71	129,41	1.299,03	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0008-89 CC: UTI MIRANDOPOLIS Folha Mensal
Mensalista Janeiro de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2752	CRISTIANE PASCOALETO VENDRAME	322205	600	1
	TEC. ENFERMAGEM	Admissão:	22/03/2019	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00	
339	DESC ODONTO COMPANY	12,50		12,50
998	I.N.S.S.	7,98		129,09

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.617,71	141,59

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

Valor Líquido ⇨ 1.476,12

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.617,71	1.617,71	129,41	1.299,03	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

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

EMPRESA

Aviso de lançamento

G3321911228244661
19/03/2021 11:34:12

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

Data 08/02/2021 Valor R$ 1.692,14 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 266, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

(Um mil e seiscentos e noventa e dois reais e catorze 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 11:34:12

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0008-89 | CC: UTI MIRANDOPOLIS Mensalista | Folha Mensal Janeiro de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2772	DANIELA DOS SANTOS DE OLIVEIRA	322205	600	1
	TEC. ENFERMAGEM	Admissão:	03/05/2019	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,72	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	88,00	223,64	
998	I.N.S.S.	8,10		149,22

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.841,36	149,22
Valor Líquido ⇨	1.692,14

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

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,72	1.841,36	1.841,36	147,30	1.692,14	0,00

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

Data ___/___/___

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0008-89 | CC: UTI MIRANDOPOLIS Mensalista | Folha Mensal Janeiro de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2772	DANIELA DOS SANTOS DE OLIVEIRA	322205	600	1
	TEC. ENFERMAGEM	Admissão:	03/05/2019	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,72	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	88,00	223,64	
998	I.N.S.S.	8,10		149,22

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.841,36	149,22
Valor Líquido ⇨	1.692,14

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

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,72	1.841,36	1.841,36	147,30	1.692,14	0,00

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

Data ___/___/___

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

Convênio nº 167/2017
Fonte de Recurso Estadual
Termo Aditivo nº 00002/2020
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

EMPRESA

Aviso de lançamento

G3321911228244661
19/03/2021 11:34:12

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

Data 08/02/2021 Valor R$ 1.615,67 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 266, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

(Um mil e seiscentos e quinze reais e sessenta 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 11:34:12

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0008-89 CC: UTI MIRANDOPOLIS Folha Mensal
Mensalista Janeiro de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2126	DEBORA CRISTINA LOCHE	411005	700	1
	AUX. ADM. FARMACIA	Admissão:	04/10/2017	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	28,00	1.112,06	
8870	DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTEGRAIS	2,00	79,43	
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	110,36	110,36	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	205,33	
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	14,67	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	110,00	238,30	
339	DESC ODONTO COMPANY	12,50		12,50
998	I.N.S.S.	8,00		131,98

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.760,15	144,48
Valor Líquido ⇨	1.615,67

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

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.191,49	1.649,79	1.649,79	131,98	1.517,81	0,00

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0008-89 CC: UTI MIRANDOPOLIS Folha Mensal
Mensalista Janeiro de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2126	DEBORA CRISTINA LOCHE	411005	700	1
	AUX. ADM. FARMACIA	Admissão:	04/10/2017	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	28,00	1.112,06	
8870	DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTEGRAIS	2,00	79,43	
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	110,36	110,36	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	205,33	
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	14,67	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	110,00	238,30	
339	DESC ODONTO COMPANY	12,50		12,50
998	I.N.S.S.	8,00		131,98

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.760,15	144,48
Valor Líquido ⇨	1.615,67

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

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.191,49	1.649,79	1.649,79	131,98	1.517,81	0,00

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

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

EMPRESA

Aviso de lançamento

G3321911228244661
19/03/2021 11:34:12

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

Data 08/02/2021 Valor R$ 1.837,20 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 266, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

(Um mil e oitocentos e trinta e sete reais e vinte 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 11:34:12

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0008-89 CC: UTI MIRANDOPOLIS Folha Mensal
Mensalista Janeiro de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2132	DENISE PRISCILA ANCILOTTO LISBOA DE SOI	322205	600	1
	TEC. ENFERMAGEM	Admissão:	04/10/2017	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71	
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	121,07	121,07	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	120,00	304,95	
339	DESC ODONTO COMPANY	50,00		50,00
998	I.N.S.S.	8,14		156,53

Total de Vencimentos	Total de Descontos
2.043,73	206,53
Valor Líquido ⇨	1.837,20

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

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.922,66	1.922,66	153,81	1.386,95	0,00

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0008-89 CC: UTI MIRANDOPOLIS Folha Mensal
Mensalista Janeiro de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2132	DENISE PRISCILA ANCILOTTO LISBOA DE SOI	322205	600	1
	TEC. ENFERMAGEM	Admissão:	04/10/2017	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71	
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	121,07	121,07	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	120,00	304,95	
339	DESC ODONTO COMPANY	50,00		50,00
998	I.N.S.S.	8,14		156,53

Total de Vencimentos	Total de Descontos
2.043,73	206,53
Valor Líquido ⇨	1.837,20

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

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.922,66	1.922,66	153,81	1.386,95	0,00

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

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

EMPRESA

Aviso de lançamento

G3321911228244661
19/03/2021 11:34:12

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

Data 08/02/2021 Valor R$ 1.851,84 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 266, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

(Um mil e oitocentos e cinqüenta e um 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 11:34:12

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0008-89 CC: UTI MIRANDOPOLIS Folha Mensal
Mensalista Janeiro de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2134	EDILAINE MUNHOZ MAQUEA	322205	600	1
	TEC. ENFERMAGEM	Admissão:	04/10/2017	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71	
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	122,72	122,72	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	104,00	264,29	
998	I.N.S.S.	8,12		152,88

	Total de Vencimentos	Total de Descontos
	2.004,72	152,88
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 14727-3 Agência: 448 - 0	Valor Líquido ⇨	1.851,84

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.882,00	1.882,00	150,56	1.729,12	0,00

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0008-89 CC: UTI MIRANDOPOLIS Folha Mensal
Mensalista Janeiro de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2134	EDILAINE MUNHOZ MAQUEA	322205	600	1
	TEC. ENFERMAGEM	Admissão:	04/10/2017	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71	
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	122,72	122,72	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	104,00	264,29	
998	I.N.S.S.	8,12		152,88

	Total de Vencimentos	Total de Descontos
	2.004,72	152,88
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 14727-3 Agência: 448 - 0	Valor Líquido ⇨	1.851,84

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.882,00	1.882,00	150,56	1.729,12	0,00

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

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

EMPRESA

Aviso de lançamento

G3321911228244661
19/03/2021 11:34:12

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

Data 08/02/2021 Valor R$ 1.596,05 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 266, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

(Um mil e quinhentos e noventa e seis reais e cinco centavos)

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

Documento emitido por: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO em 19/03/2021 11:34:12

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0008-89 | CC: UTI MIRANDOPOLIS Mensalista | Folha Mensal Janeiro de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2135	EDILENE MANOEL	322205	600	1
	TEC. ENFERMAGEM	Admissão:	04/10/2017	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71	
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	107,43	107,43	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00	
998	I.N.S.S.	7,98		129,09

	Total de Vencimentos	Total de Descontos
	1.725,14	129,09
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 19434-4 Agência: 448 - 0	Valor Líquido ⇨	1.596,05

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.617,71	1.617,71	129,41	1.299,03	0,00

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

/ / Data

*** PARABÉNS PELO SEU ANIVERSÁRIO NO DIA 07 DE FEVEREIRO ***

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0008-89 | CC: UTI MIRANDOPOLIS Mensalista | Folha Mensal Janeiro de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2135	EDILENE MANOEL	322205	600	1
	TEC. ENFERMAGEM	Admissão:	04/10/2017	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71	
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	107,43	107,43	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00	
998	I.N.S.S.	7,98		129,09

	Total de Vencimentos	Total de Descontos
	1.725,14	129,09
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 19434-4 Agência: 448 - 0	Valor Líquido ⇨	1.596,05

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.617,71	1.617,71	129,41	1.299,03	0,00

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

/ / Data

*** PARABÉNS PELO SEU ANIVERSÁRIO NO DIA 07 DE FEVEREIRO ***

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

EMPRESA

Aviso de lançamento

G3321911228244661
19/03/2021 11:34:12

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

Data 08/02/2021 Valor R$ 1.546,27 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 266, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

(Um mil e quinhentos e quarenta e seis 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 11:34:12

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0008-89 CC: UTI MIRANDOPOLIS Folha Mensal
Mensalista Janeiro de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2136	ELAINE CRISTINA DIAS BORGES	322205	600	1
	TEC. ENFERMAGEM	Admissão:	04/10/2017	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71	
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	107,65	107,65	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00	
339	DESC ODONTO COMPANY	50,00		50,00
998	I.N.S.S.	7,98		129,09

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.725,36	179,09
Valor Líquido ⇨	1.546,27

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

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.617,71	1.617,71	129,41	1.488,62	0,00

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0008-89 CC: UTI MIRANDOPOLIS Folha Mensal
Mensalista Janeiro de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2136	ELAINE CRISTINA DIAS BORGES	322205	600	1
	TEC. ENFERMAGEM	Admissão:	04/10/2017	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71	
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	107,65	107,65	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00	
339	DESC ODONTO COMPANY	50,00		50,00
998	I.N.S.S.	7,98		129,09

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

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.725,36	179,09
Valor Líquido ⇨	1.546,27

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

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.617,71	1.617,71	129,41	1.488,62	0,00

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

EMPRESA

Aviso de lançamento

G3321911228244661
19/03/2021 11:34:12

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

Data 08/02/2021 Valor R$ 1.411,46 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 266, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

(Um mil e quatrocentos e onze 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 11:34:12

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0008-89 CC: UTI MIRANDOPOLIS Folha Mensal
Mensalista Janeiro de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2127	ISADORA MORAIS DE CASTRO SANTOS	411005	700	1
	AUX. ADM. FARMACIA	Admissão:	04/10/2017	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	20,00	794,33	
8870	DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTEGRAIS	10,00	397,16	
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	94,73	94,73	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	146,67	
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	73,33	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	8,00	17,33	
998	I.N.S.S.	7,84		112,09

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.523,55	112,09
Valor Líquido ⇨	1.411,46

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

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.191,49	1.428,82	1.428,82	114,30	1.316,73	0,00

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0008-89 CC: UTI MIRANDOPOLIS Folha Mensal
Mensalista Janeiro de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2127	ISADORA MORAIS DE CASTRO SANTOS	411005	700	1
	AUX. ADM. FARMACIA	Admissão:	04/10/2017	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	20,00	794,33	
8870	DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTEGRAIS	10,00	397,16	
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	94,73	94,73	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	146,67	
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	73,33	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	8,00	17,33	
998	I.N.S.S.	7,84		112,09

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

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.523,55	112,09
Valor Líquido ⇨	1.411,46

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

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.191,49	1.428,82	1.428,82	114,30	1.316,73	0,00

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

EMPRESA

Aviso de lançamento

G3321911228244661
19/03/2021 11:34:12

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

Data 08/02/2021 Valor R$ 1.398,90 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 266, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

(Um mil e trezentos e noventa e oito reais e noventa 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 11:34:12

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0008-89 CC: UTI MIRANDOPOLIS Folha Mensal
Mensalista Janeiro de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2130	IZABEL CRISTINA DE SOUZA	411005	700	1
	AUX. ADM. FARMACIA	Admissão:	04/10/2017	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.191,49	
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	94,67	94,67	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	8,00	17,33	
339	DESC ODONTO COMPANY	12,50		12,50
998	I.N.S.S.	7,84		112,09

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.523,49	124,59

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

Valor Líquido ⇨ 1.398,90

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.191,49	1.428,82	1.428,82	114,30	1.316,73	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

/ /
Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0008-89 CC: UTI MIRANDOPOLIS Folha Mensal
Mensalista Janeiro de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2130	IZABEL CRISTINA DE SOUZA	411005	700	1
	AUX. ADM. FARMACIA	Admissão:	04/10/2017	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.191,49	
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	94,67	94,67	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	8,00	17,33	
339	DESC ODONTO COMPANY	12,50		12,50
998	I.N.S.S.	7,84		112,09

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

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.523,49	124,59

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

Valor Líquido ⇨ 1.398,90

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.191,49	1.428,82	1.428,82	114,30	1.316,73	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

/ /
Data

EMPRESA

Aviso de lançamento

G3321911228244661
19/03/2021 11:34:12

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

Data 08/02/2021 Valor R$ 172,10 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 266, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

Pagamento efetuado a JOSE LOPES DE OLIVEIRA, na conta 107.885, agência 0448 do banco 001.

(Cento e setenta e dois reais e dez 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 11:34:12

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0008-89 CC: UTI MIRANDOPOLIS Folha Mensal
Mensalista Janeiro de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2139	JOSE LOPES DE OLIVEIRA	322205	600	1
	TEC. ENFERMAGEM	Admissão:		04/10/2017

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	1,00	46,59	
8785	DIAS AFAST.INSS (P/DOENCA)	29,00	1.351,12	
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	122,22	122,22	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	7,33	
8013	INSALUB 20% DOENCA	20,00	212,67	
8801	DESCONTO DIAS AFASTADOS	29,00		1.563,79
998	I.N.S.S.	7,50		4,04

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.739,93	1.567,83

BANCO DO BRASIL 1
conta corrente: 107885-2 Agência: 448 - 0

Valor Líquido ⇨ 172,10

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	53,92	53,92	4,31	0,00	0,00

*** PARABÉNS PELO SEU ANIVERSÁRIO NO DIA 20 DE FEVEREIRO ***

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0008-89 CC: UTI MIRANDOPOLIS Folha Mensal
Mensalista Janeiro de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2139	JOSE LOPES DE OLIVEIRA	322205	600	1
	TEC. ENFERMAGEM	Admissão:		04/10/2017

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	1,00	46,59	
8785	DIAS AFAST.INSS (P/DOENCA)	29,00	1.351,12	
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	122,22	122,22	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	7,33	
8013	INSALUB 20% DOENCA	20,00	212,67	
8801	DESCONTO DIAS AFASTADOS	29,00		1.563,79
998	I.N.S.S.	7,50		4,04

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

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.739,93	1.567,83

BANCO DO BRASIL 1
conta corrente: 107885-2 Agência: 448 - 0

Valor Líquido ⇨ 172,10

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	53,92	53,92	4,31	0,00	0,00

*** PARABÉNS PELO SEU ANIVERSÁRIO NO DIA 20 DE FEVEREIRO ***

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

EMPRESA

Aviso de lançamento

G3321911228244661
19/03/2021 11:34:12

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

Data 08/02/2021 Valor R$ 1.584,95 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 266, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

(Um mil e quinhentos e oitenta e quatro reais e noventa e cinco centavos)

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

Documento emitido por: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO em 19/03/2021 11:34:12

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0008-89 | CC: UTI MIRANDOPOLIS Mensalista | Folha Mensal Janeiro de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2146	KELLY CRISTINA RAMOS ROCHA	322205	600	1
	TEC. ENFERMAGEM	Admissão:	04/10/2017	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71	
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	108,83	108,83	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00	
339	DESC ODONTO COMPANY	12,50		12,50
998	I.N.S.S.	7,98		129,09

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.726,54	141,59

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

Valor Líquido ⇨ 1.584,95

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.617,71	1.617,71	129,41	1.488,62	0,00

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

__/__/__ Data

*** PARABÉNS PELO SEU ANIVERSÁRIO NO DIA 20 DE FEVEREIRO ***

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0008-89 | CC: UTI MIRANDOPOLIS Mensalista | Folha Mensal Janeiro de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2146	KELLY CRISTINA RAMOS ROCHA	322205	600	1
	TEC. ENFERMAGEM	Admissão:	04/10/2017	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71	
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	108,83	108,83	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00	
339	DESC ODONTO COMPANY	12,50		12,50
998	I.N.S.S.	7,98		129,09

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

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.726,54	141,59

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

Valor Líquido ⇨ 1.584,95

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.617,71	1.617,71	129,41	1.488,62	0,00

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

__/__/__ Data

*** PARABÉNS PELO SEU ANIVERSÁRIO NO DIA 20 DE FEVEREIRO ***

EMPRESA

Aviso de lançamento

G3321911228244661
19/03/2021 11:34:12

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

Data 08/02/2021 Valor R$ 1.350,70 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 266, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

Pagamento efetuado a LETICIA MAIARA DOS SANTOS, na conta 19.003, agência 0448 do banco 001.

(Um mil e trezentos e cinqüenta 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 11:34:12

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0008-89 CC: UTI MIRANDOPOLIS Folha Mensal
Mensalista Janeiro de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2147	LETICIA MAIARA DOS SANTOS FERRAZ	322205	600	1
	TEC. ENFERMAGEM	Admissão:	04/10/2017	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	25,00	1.164,76	
8785	DIAS AFAST.INSS (P/DOENCA)	5,00	232,95	
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	107,43	107,43	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	183,33	
8013	INSALUB 20% DOENCA	20,00	36,67	
8801	DESCONTO DIAS AFASTADOS	5,00		269,62
998	I.N.S.S.	7,78		104,82

	Total de Vencimentos	Total de Descontos
	1.725,14	374,44
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 19003-9 Agência: 448 - 0	Valor Líquido ⇨	1.350,70

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.348,09	1.348,09	107,84	1.243,27	0,00

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0008-89 CC: UTI MIRANDOPOLIS Folha Mensal
Mensalista Janeiro de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2147	LETICIA MAIARA DOS SANTOS FERRAZ	322205	600	1
	TEC. ENFERMAGEM	Admissão:	04/10/2017	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	25,00	1.164,76	
8785	DIAS AFAST.INSS (P/DOENCA)	5,00	232,95	
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	107,43	107,43	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	183,33	
8013	INSALUB 20% DOENCA	20,00	36,67	
8801	DESCONTO DIAS AFASTADOS	5,00		269,62
998	I.N.S.S.	7,78		104,82

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

	Total de Vencimentos	Total de Descontos
	1.725,14	374,44
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 19003-9 Agência: 448 - 0	Valor Líquido ⇨	1.350,70

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.348,09	1.348,09	107,84	1.243,27	0,00

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

EMPRESA

Aviso de lançamento

G3321911228244661
19/03/2021 11:34:12

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

Data 08/02/2021 Valor R$ 1.856,56 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 266, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

Pagamento efetuado a LUCAS CARVALHO DOS SANTOS, na conta 19.412, agência 0448 do banco 001.

(Um mil e oitocentos e cinqüenta e seis reais e cinqüenta 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 11:34:12

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0008-89 CC: UTI MIRANDOPOLIS Folha Mensal
Mensalista Janeiro de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2148	LUCAS CARVALHO DOS SANTOS	322205	600	1
	TEC. ENFERMAGEM	Admissão:	04/10/2017	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71	
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	121,43	121,43	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	112,00	284,62	
339	DESC ODONTO COMPANY	12,50		12,50
998	I.N.S.S.	8,13		154,70

Total de Vencimentos	Total de Descontos
2.023,76	167,20
Valor Líquido ⇨	1.856,56

BANCO DO BRASIL 1
conta corrente: 19412-3 Agência: 448 - 0

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.902,33	1.902,33	152,18	1.747,63	0,00

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0008-89 CC: UTI MIRANDOPOLIS Folha Mensal
Mensalista Janeiro de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2148	LUCAS CARVALHO DOS SANTOS	322205	600	1
	TEC. ENFERMAGEM	Admissão:	04/10/2017	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71	
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	121,43	121,43	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	112,00	284,62	
339	DESC ODONTO COMPANY	12,50		12,50
998	I.N.S.S.	8,13		154,70

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

Total de Vencimentos	Total de Descontos
2.023,76	167,20
Valor Líquido ⇨	1.856,56

BANCO DO BRASIL 1
conta corrente: 19412-3 Agência: 448 - 0

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.902,33	1.902,33	152,18	1.747,63	0,00

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

EMPRESA

Aviso de lançamento

G3321911228244661
19/03/2021 11:34:12

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

Data 08/02/2021 Valor R$ 1.584,20 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 266, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

Pagamento efetuado a MAIRA TEIXEIRA DE CASTRO, na conta 19.415, agência 0448 do banco 001.

(Um mil e quinhentos e oitenta e quatro reais e vinte 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 11:34:12

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0008-89 CC: UTI MIRANDOPOLIS Folha Mensal
Mensalista Janeiro de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2149	MAIRA TEIXEIRA DE CASTRO	322205	600	1
	TEC. ENFERMAGEM	Admissão:	04/10/2017	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71	
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	108,08	108,08	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00	
339	DESC ODONTO COMPANY	12,50		12,50
998	I.N.S.S.	7,98		129,09

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.725,79	141,59
Valor Líquido ⇨	1.584,20

BANCO DO BRASIL 1
conta corrente: 19415-8 Agência: 448 - 0

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.617,71	1.617,71	129,41	1.488,62	0,00

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0008-89 CC: UTI MIRANDOPOLIS Folha Mensal
Mensalista Janeiro de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2149	MAIRA TEIXEIRA DE CASTRO	322205	600	1
	TEC. ENFERMAGEM	Admissão:	04/10/2017	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71	
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	108,08	108,08	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00	
339	DESC ODONTO COMPANY	12,50		12,50
998	I.N.S.S.	7,98		129,09

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

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.725,79	141,59
Valor Líquido ⇨	1.584,20

BANCO DO BRASIL 1
conta corrente: 19415-8 Agência: 448 - 0

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.617,71	1.617,71	129,41	1.488,62	0,00

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

EMPRESA

Aviso de lançamento

G3321911228244661
19/03/2021 11:34:12

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

Data 08/02/2021 Valor R$ 2.069,21 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 266, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

Pagamento efetuado a MARCIA MAIARA POSSENTI, na conta 16.147, agência 0448 do banco 001.

(Dois mil e sessenta e nove reais e vinte 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 11:34:12

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0008-89 CC: UTI MIRANDOPOLIS Folha Mensal
Mensalista Janeiro de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2129	MARCIA MAIARA POSSENTI	411005	800	1
	AUX. ADMINIST.	Admissão:		04/10/2017

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.242,33	
322	AJUDA DE CUSTO	650,00	650,00	
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	96,98	96,98	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00	
339	DESC ODONTO COMPANY	25,00		25,00
998	I.N.S.S.	7,87		115,10

Total de Vencimentos	Total de Descontos
2.209,31	140,10
Valor Líquido ⇨	2.069,21

BANCO DO BRASIL 1
conta corrente: 16147-0 Agência: 448 - 0

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.242,33	1.462,33	1.462,33	116,98	1.347,23	0,00

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0008-89 CC: UTI MIRANDOPOLIS Folha Mensal
Mensalista Janeiro de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2129	MARCIA MAIARA POSSENTI	411005	800	1
	AUX. ADMINIST.	Admissão:		04/10/2017

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.242,33	
322	AJUDA DE CUSTO	650,00	650,00	
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	96,98	96,98	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00	
339	DESC ODONTO COMPANY	25,00		25,00
998	I.N.S.S.	7,87		115,10

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

Total de Vencimentos	Total de Descontos
2.209,31	140,10
Valor Líquido ⇨	2.069,21

BANCO DO BRASIL 1
conta corrente: 16147-0 Agência: 448 - 0

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.242,33	1.462,33	1.462,33	116,98	1.347,23	0,00

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

EMPRESA

Aviso de lançamento

G3321911228244661
19/03/2021 11:34:12

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

Data 08/02/2021 Valor R$ 1.388,62 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 266, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

Pagamento efetuado a NATALIA PAZINATO DA SILVA, na conta 26.458, agência 0373 do banco 001.

(Um mil e trezentos e oitenta e oito reais e sessenta 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 11:34:12

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0008-89 CC: UTI MIRANDOPOLIS Folha Mensal

Mensalista Janeiro de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2721	NATALIA PAZINATO DA SILVA	322205	600	1
	TEC. ENFERMAGEM	Admissão:	25/01/2019	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00	
339	DESC ODONTO COMPANY	50,00		50,00
998	I.N.S.S.	7,98		129,09
991	ESTOURO MES ANTERIOR	50,00		50,00

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.617,71	229,09
Valor Líquido ⇨	1.388,62

BANCO DO BRASIL 1

conta corrente: 26458-X Agência: 373 - 5

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.617,71	1.617,71	129,41	1.488,62	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0008-89 CC: UTI MIRANDOPOLIS Folha Mensal

Mensalista Janeiro de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2721	NATALIA PAZINATO DA SILVA	322205	600	1
	TEC. ENFERMAGEM	Admissão:	25/01/2019	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00	
339	DESC ODONTO COMPANY	50,00		50,00
998	I.N.S.S.	7,98		129,09
991	ESTOURO MES ANTERIOR	50,00		50,00

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

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.617,71	229,09
Valor Líquido ⇨	1.388,62

BANCO DO BRASIL 1

conta corrente: 26458-X Agência: 373 - 5

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.617,71	1.617,71	129,41	1.488,62	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

EMPRESA

Aviso de lançamento

G3321911228244661
19/03/2021 11:34:12

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

Data 08/02/2021 Valor R$ 310,14 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 266, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

Pagamento efetuado a NATALIA XAVIER NASCIMENTO, na conta 19.553, agência 0448 do banco 001.

(Trezentos e dez reais e catorze 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 11:34:12

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0008-89 CC: UTI MIRANDOPOLIS Folha Mensal
Mensalista Janeiro de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2154	NATALIA XAVIER NASCIMENTO OLIVEIRA	223505	600	1
	ENFERMEIRO (A)	Admissão:	04/10/2017	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	187,21	187,21	
8112	DIFERENCA DE 1/3 DE FERIAS	3,71	3,71	
8189	DIFERENCA MEDIA HORA FERIAS	0,13	0,13	
8192	DIFERENCA ADICIONAL FERIAS	11,00	11,00	
806	MEDIA HORAS FERIAS	57,71	57,71	
807	VANTAGENS FERIAS	209,00	209,00	
931	1/3 DAS FERIAS	33,33	938,37	
8783	DIAS FERIAS	30,00	2.548,41	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	32,00	148,27	
339	DESC ODONTO COMPANY	25,00		25,00
937	ADIANTAMENTO DE FERIAS	0,00		3.016,93
812	INSS FERIAS	10,24		384,42
821	INSS DIFERENCA FERIAS	0,00		2,95
998	I.N.S.S.	7,50		12,23
942	IRRF FERIAS	22,50		352,14

Total de Vencimentos	Total de Descontos
4.103,81	3.793,67
Valor Líquido ⇨	310,14

BANCO DO BRASIL 1
conta corrente: 19553-7 Agência: 448 - 0

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
2.548,41	3.916,60	3.916,60	313,31	147,93	0,00

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0008-89 CC: UTI MIRANDOPOLIS Folha Mensal
Mensalista Janeiro de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2154	NATALIA XAVIER NASCIMENTO OLIVEIRA	223505	600	1
	ENFERMEIRO (A)	Admissão:	04/10/2017	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	187,21	187,21	
8112	DIFERENCA DE 1/3 DE FERIAS	3,71	3,71	
8189	DIFERENCA MEDIA HORA FERIAS	0,13	0,13	
8192	DIFERENCA ADICIONAL FERIAS	11,00	11,00	
806	MEDIA HORAS FERIAS	57,71	57,71	
807	VANTAGENS FERIAS	209,00	209,00	
931	1/3 DAS FERIAS	33,33	938,37	
8783	DIAS FERIAS	30,00	2.548,41	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	32,00	148,27	
339	DESC ODONTO COMPANY	25,00		25,00
937	ADIANTAMENTO DE FERIAS	0,00		3.016,93
812	INSS FERIAS	10,24		384,42
821	INSS DIFERENCA FERIAS	0,00		2,95
998	I.N.S.S.	7,50		12,23
942	IRRF FERIAS	22,50		352,14

Total de Vencimentos	Total de Descontos
4.103,81	3.793,67
Valor Líquido ⇨	310,14

BANCO DO BRASIL 1
conta corrente: 19553-7 Agência: 448 - 0

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
2.548,41	3.916,60	3.916,60	313,31	147,93	0,00

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

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

EMPRESA

Aviso de lançamento

G3321911228244661
19/03/2021 11:34:12

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

Data 08/02/2021 Valor R$ 1.851,68 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 266, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

Pagamento efetuado a PATRICIA ADRIANA FERREIRA, na conta 19.428, agência 0448 do banco 001.

(Um mil e oitocentos e cinqüenta e um reais e sessenta 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 11:34:12

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0008-89 CC: UTI MIRANDOPOLIS Folha Mensal
Mensalista Janeiro de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2153	PATRICIA ADRIANA FERREIRA	322205	600	1
	TEC. ENFERMAGEM	Admissão:	04/10/2017	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71	
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	122,56	122,56	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	104,00	264,29	
998	I.N.S.S.	8,12		152,88

	Total de Vencimentos	Total de Descontos
	2.004,56	152,88
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 19428-X Agência: 448 - 0	Valor Líquido ⇨	1.851,68

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.882,00	1.882,00	150,56	1.729,12	0,00

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0008-89 CC: UTI MIRANDOPOLIS Folha Mensal
Mensalista Janeiro de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2153	PATRICIA ADRIANA FERREIRA	322205	600	1
	TEC. ENFERMAGEM	Admissão:	04/10/2017	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71	
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	122,56	122,56	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	104,00	264,29	
998	I.N.S.S.	8,12		152,88

	Total de Vencimentos	Total de Descontos
	2.004,56	152,88
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 19428-X Agência: 448 - 0	Valor Líquido ⇨	1.851,68

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.882,00	1.882,00	150,56	1.729,12	0,00

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

Convênio nº 167/2017
Fonte de Recurso Estadual
Termo Aditivo nº 00002/2020
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

EMPRESA

Aviso de lançamento

G3321911228244661
19/03/2021 11:34:12

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

Data 08/02/2021 Valor R$ 1.546,38 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 266, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

Pagamento efetuado a PATRICIA MICHELE DE ALMEI, na conta 7.812, agência 0448 do banco 001.

(Um mil e quinhentos e quarenta e seis reais e trinta 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 11:34:12

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0008-89 | CC: UTI MIRANDOPOLIS Mensalista | Folha Mensal Janeiro de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2164	PATRICIA MICHELE DE ALMEIDA	322205	600	1
	TEC. ENFERMAGEM	Admissão:	04/10/2017	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71	
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	107,76	107,76	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00	
339	DESC ODONTO COMPANY	50,00		50,00
998	I.N.S.S.	7,98		129,09

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.725,47	179,09
Valor Líquido ⇨	1.546,38

BANCO DO BRASIL 1
conta corrente: 7812-3 Agência: 448 - 0

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.617,71	1.617,71	129,41	1.299,03	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0008-89 | CC: UTI MIRANDOPOLIS Mensalista | Folha Mensal Janeiro de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2164	PATRICIA MICHELE DE ALMEIDA	322205	600	1
	TEC. ENFERMAGEM	Admissão:	04/10/2017	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71	
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	107,76	107,76	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00	
339	DESC ODONTO COMPANY	50,00		50,00
998	I.N.S.S.	7,98		129,09

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.725,47	179,09
Valor Líquido ⇨	1.546,38

BANCO DO BRASIL 1
conta corrente: 7812-3 Agência: 448 - 0

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.617,71	1.617,71	129,41	1.299,03	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

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

EMPRESA

Aviso de lançamento

G3321911228244661
19/03/2021 11:34:12

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

Data 08/02/2021 Valor R$ 3.023,24 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 266, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

Pagamento efetuado a PRISCILA SANTOS LEITE DE, na conta 19.439, agência 0448 do banco 001.

(Três mil e vinte e três reais e vinte e quatro centavos)

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

Documento emitido por: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO em 19/03/2021 11:34:12

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0008-89 CC: UTI MIRANDOPOLIS Folha Mensal
Mensalista Janeiro de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2155	PRISCILA SANTOS LEITE DE ALMEIDA	223505	600	1
	ENFERMEIRO (A)	Admissão:	04/10/2017	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.548,41	
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	174,98	174,98	
150	HORAS EXTRAS	23,00	434,14	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	8,00	37,07	
998	I.N.S.S.	9,45		306,14
999	IMPOSTO DE RENDA	15,00		85,22

Total de Vencimentos	Total de Descontos
3.414,60	391,36
Valor Líquido ⇨	3.023,24

BANCO DO BRASIL 1
conta corrente: 19439-5 Agência: 448 - 0

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
2.548,41	3.239,62	3.239,62	259,16	2.933,48	15,00

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0008-89 CC: UTI MIRANDOPOLIS Folha Mensal
Mensalista Janeiro de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2155	PRISCILA SANTOS LEITE DE ALMEIDA	223505	600	1
	ENFERMEIRO (A)	Admissão:	04/10/2017	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.548,41	
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	174,98	174,98	
150	HORAS EXTRAS	23,00	434,14	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	8,00	37,07	
998	I.N.S.S.	9,45		306,14
999	IMPOSTO DE RENDA	15,00		85,22

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

Total de Vencimentos	Total de Descontos
3.414,60	391,36
Valor Líquido ⇨	3.023,24

BANCO DO BRASIL 1
conta corrente: 19439-5 Agência: 448 - 0

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
2.548,41	3.239,62	3.239,62	259,16	2.933,48	15,00

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

EMPRESA

Aviso de lançamento

G3321911228244661
19/03/2021 11:34:12

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

Data 08/02/2021 Valor R$ 1.632,24 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 266, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

Pagamento efetuado a REGINA LEIA PARRO RODRIGU, na conta 19.429, agência 0448 do banco 001.

(Um mil e seiscentos e trinta e dois reais e vinte e quatro centavos)

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

Documento emitido por: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO em 19/03/2021 11:34:12

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0008-89 | CC: UTI MIRANDOPOLIS Mensalista | Folha Mensal Janeiro de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2128	REGINA LEIA PARRO RODRIGUES DE SOUSA	411005	700	1
	AUX. ADM. FARMACIA	Admissão:	04/10/2017	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	23,00	913,48	
8870	DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTEGRAIS	7,00	278,01	
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	110,49	110,49	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	168,67	
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	51,33	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	112,00	242,63	
998	I.N.S.S.	8,00		132,37

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.764,61	132,37
Valor Líquido ⇨	1.632,24

BANCO DO BRASIL 1
conta corrente: 19429-8 Agência: 448 - 0

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.191,49	1.654,12	1.654,12	132,32	1.332,16	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0008-89 | CC: UTI MIRANDOPOLIS Mensalista | Folha Mensal Janeiro de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2128	REGINA LEIA PARRO RODRIGUES DE SOUSA	411005	700	1
	AUX. ADM. FARMACIA	Admissão:	04/10/2017	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	23,00	913,48	
8870	DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTEGRAIS	7,00	278,01	
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	110,49	110,49	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	168,67	
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	51,33	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	112,00	242,63	
998	I.N.S.S.	8,00		132,37

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

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.764,61	132,37
Valor Líquido ⇨	1.632,24

BANCO DO BRASIL 1
conta corrente: 19429-8 Agência: 448 - 0

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.191,49	1.654,12	1.654,12	132,32	1.332,16	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

EMPRESA

Aviso de lançamento

G3321911228244661
19/03/2021 11:34:12

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

Data 08/02/2021 Valor R$ 1.907,79 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 266, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

Pagamento efetuado a RICARDO DE CARVALHO, na conta 19.423, agência 0448 do banco 001.

(Um mil e novecentos e sete reais e setenta 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 11:34:12

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0008-89 CC: UTI MIRANDOPOLIS Folha Mensal
Mensalista Janeiro de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2157	RICARDO DE CARVALHO	322205	600	1
	TEC. ENFERMAGEM	Admissão:	04/10/2017	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	24,00	1.118,17	
8870	DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTEGRAIS	6,00	279,54	
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	123,16	123,16	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	176,00	
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	44,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	128,00	325,29	
998	I.N.S.S.	8,15		158,37

Total de Vencimentos	Total de Descontos
2.066,16	158,37
Valor Líquido ⇨	1.907,79

BANCO DO BRASIL 1
conta corrente: 19423-9 Agência: 448 - 0

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.943,00	1.943,00	155,44	1.784,63	0,00

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0008-89 CC: UTI MIRANDOPOLIS Folha Mensal
Mensalista Janeiro de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2157	RICARDO DE CARVALHO	322205	600	1
	TEC. ENFERMAGEM	Admissão:	04/10/2017	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	24,00	1.118,17	
8870	DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTEGRAIS	6,00	279,54	
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	123,16	123,16	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	176,00	
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	44,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	128,00	325,29	
998	I.N.S.S.	8,15		158,37

Total de Vencimentos	Total de Descontos
2.066,16	158,37
Valor Líquido ⇨	1.907,79

BANCO DO BRASIL 1
conta corrente: 19423-9 Agência: 448 - 0

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.943,00	1.943,00	155,44	1.784,63	0,00

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

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

EMPRESA

Aviso de lançamento

G3321911228244661
19/03/2021 11:34:12

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

Data 08/02/2021 Valor R$ 5.344,93 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 266, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

Pagamento efetuado a THAIS BOARETO DA SILVA, na conta 197.087, agência 6921 do banco 001.

(Cinco mil e trezentos e quarenta e quatro reais e noventa 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 11:34:12

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0008-89 | CC: UTI MIRANDOPOLIS Mensalista | Folha Mensal Janeiro de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
33	THAIS BOARETO DA SILVA	223525	600	1
	ENFERMEIRO (A) DE TERAPIA INTENSIVA	Admissão:	15/09/2014	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
294	PARCELA DIFERENCA DISSIDIO	185,02	185,02	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.886,86	
242	REEMBOLSO DESP PAGO	205,19	205,19	
245	AJUDA DE CUSTO	277,58	277,58	
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	241,22	241,22	
341	AJUDA DE CUSTO	1.061,58	1.061,58	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00	
27	ADICIONAL RT	1.061,58	1.061,58	
998	I.N.S.S.	10,79		499,62
999	IMPOSTO DE RENDA	22,50		293,44
991	ESTOURO MES ANTERIOR	1,04		1,04

Total de Vencimentos	Total de Descontos
6.139,03	794,10
Valor Líquido ⇨	5.344,93

BANCO DO BRASIL 1
conta poupança: 197087-9 Agência: 6921 - 3

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
2.886,86	4.631,04	4.631,04	370,48	4.131,42	22,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0008-89 | CC: UTI MIRANDOPOLIS Mensalista | Folha Mensal Janeiro de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
33	THAIS BOARETO DA SILVA	223525	600	1
	ENFERMEIRO (A) DE TERAPIA INTENSIVA	Admissão:	15/09/2014	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
294	PARCELA DIFERENCA DISSIDIO	185,02	185,02	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.886,86	
242	REEMBOLSO DESP PAGO	205,19	205,19	
245	AJUDA DE CUSTO	277,58	277,58	
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	241,22	241,22	
341	AJUDA DE CUSTO	1.061,58	1.061,58	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00	
27	ADICIONAL RT	1.061,58	1.061,58	
998	I.N.S.S.	10,79		499,62
999	IMPOSTO DE RENDA	22,50		293,44
991	ESTOURO MES ANTERIOR	1,04		1,04

Total de Vencimentos	Total de Descontos
6.139,03	794,10
Valor Líquido ⇨	5.344,93

BANCO DO BRASIL 1
conta poupança: 197087-9 Agência: 6921 - 3

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
2.886,86	4.631,04	4.631,04	370,48	4.131,42	22,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

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

EMPRESA

Aviso de lançamento

G3321911228244661
19/03/2021 11:34:12

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

Data 08/02/2021 Valor R$ 27,47 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 266, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

Pagamento efetuado a VALERIA CRISTINA DE SOUZA, na conta 19.514, agência 0448 do banco 001.

(Vinte e sete reais e quarenta 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 11:34:12

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0008-89 CC: UTI MIRANDOPOLIS Folha Mensal
Mensalista Janeiro de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2799	VALERIA CRISTINA DE SOUZA DA CRUZ	322205	600	1
	TEC. ENFERMAGEM	Admissão:	11/06/2019	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	1,00	46,59	
8112	DIFERENCA DE 1/3 DE FERIAS	3,54	3,54	
8192	DIFERENCA ADICIONAL FERIAS	10,64	10,64	
806	MEDIA HORAS FERIAS	4,91	4,91	
807	VANTAGENS FERIAS	202,03	202,03	
931	1/3 DAS FERIAS	33,33	519,36	
8783	DIAS FERIAS	29,00	1.351,13	
836	INSS DIF FER DESC A MAIOR	0,00	1,97	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	7,33	
339	DESC ODONTO COMPANY	37,50		37,50
937	ADIANTAMENTO DE FERIAS	0,00		1.903,97
812	INSS FERIAS	8,35		173,46
998	I.N.S.S.	7,50		5,10

Total de Vencimentos	Total de Descontos
2.147,50	2.120,03
Valor Líquido ⇨	27,47

BANCO DO BRASIL 1
conta corrente: 19514-6 Agência: 448 - 0

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,72	2.145,53	2.145,53	171,63	0,00	0,00

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0008-89 CC: UTI MIRANDOPOLIS Folha Mensal
Mensalista Janeiro de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2799	VALERIA CRISTINA DE SOUZA DA CRUZ	322205	600	1
	TEC. ENFERMAGEM	Admissão:	11/06/2019	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	1,00	46,59	
8112	DIFERENCA DE 1/3 DE FERIAS	3,54	3,54	
8192	DIFERENCA ADICIONAL FERIAS	10,64	10,64	
806	MEDIA HORAS FERIAS	4,91	4,91	
807	VANTAGENS FERIAS	202,03	202,03	
931	1/3 DAS FERIAS	33,33	519,36	
8783	DIAS FERIAS	29,00	1.351,13	
836	INSS DIF FER DESC A MAIOR	0,00	1,97	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	7,33	
339	DESC ODONTO COMPANY	37,50		37,50
937	ADIANTAMENTO DE FERIAS	0,00		1.903,97
812	INSS FERIAS	8,35		173,46
998	I.N.S.S.	7,50		5,10

Total de Vencimentos	Total de Descontos
2.147,50	2.120,03
Valor Líquido ⇨	27,47

BANCO DO BRASIL 1
conta corrente: 19514-6 Agência: 448 - 0

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,72	2.145,53	2.145,53	171,63	0,00	0,00

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

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0008-89 CC: UTI MIRANDOPOLIS Folha Mensal
Mensalista Janeiro de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2145	CAMILA DONATO INNOCENCIO	223505	600	1
	ENFERMEIRO (A)	Admissão:	04/10/2017	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8785	DIAS AFAST.INSS (P/DOENCA)	30,00	2.548,41	
8013	INSALUB 20% DOENCA	20,00	220,00	
8801	DESCONTO DIAS AFASTADOS	30,00		2.768,41

	Total de Vencimentos	Total de Descontos
	2.768,41	2.768,41
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 111351-8 Agência: 448 - 0	Valor Líquido ⇨	0,00

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

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0008-89 CC: UTI MIRANDOPOLIS Folha Mensal
Mensalista Janeiro de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2145	CAMILA DONATO INNOCENCIO	223505	600	1
	ENFERMEIRO (A)	Admissão:	04/10/2017	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8785	DIAS AFAST.INSS (P/DOENCA)	30,00	2.548,41	
8013	INSALUB 20% DOENCA	20,00	220,00	
8801	DESCONTO DIAS AFASTADOS	30,00		2.768,41

	Total de Vencimentos	Total de Descontos
	2.768,41	2.768,41
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 111351-8 Agência: 448 - 0	Valor Líquido ⇨	0,00

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

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

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0008-89 CC: UTI MIRANDOPOLIS Folha Mensal
Mensalista Janeiro de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2137	GISLAINE MACHADO MORABITO	322205	600	1
	TEC. ENFERMAGEM	Admissão:	04/10/2017	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8785	DIAS AFAST.INSS (P/DOENCA)	30,00	1.397,71	
8013	INSALUB 20% DOENCA	20,00	220,00	
8801	DESCONTO DIAS AFASTADOS	30,00		1.617,71

	Total de Vencimentos	Total de Descontos
	1.617,71	1.617,71
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 19478-6 Agência: 448 - 0	Valor Líquido ⇨	0,00

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

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0008-89 CC: UTI MIRANDOPOLIS Folha Mensal
Mensalista Janeiro de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2137	GISLAINE MACHADO MORABITO	322205	600	1
	TEC. ENFERMAGEM	Admissão:	04/10/2017	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8785	DIAS AFAST.INSS (P/DOENCA)	30,00	1.397,71	
8013	INSALUB 20% DOENCA	20,00	220,00	
8801	DESCONTO DIAS AFASTADOS	30,00		1.617,71

	Total de Vencimentos	Total de Descontos
	1.617,71	1.617,71
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 19478-6 Agência: 448 - 0	Valor Líquido ⇨	0,00

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

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

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

26/02/2021 - BANCO DO BRASIL - 16:32:16
679006790 0007

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

BANCO DO BRASIL

00190616963106923347100001526110385240000256875
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	20.801
NOSSO NUMERO	6169310692
CONVENIO	00000000
DATA DE VENCIMENTO	07/02/2021
DATA DO PAGAMENTO	08/02/2021
VALOR DO DOCUMENTO	2.568,75
VALOR COBRADO	2.568,75

NR.AUTENTICACAO D.26D.8B0.E56.C97.865

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

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

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

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

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

RECEBEMOS DE Samtronic Industria e Comercio Ltda OS PRODUTOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO

DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	NF-e N. 000258640 SERIE 1

Samtronic Industria e Comercio Ltda

Rua Venda da Esperanca, 162
Socorro Cep:04763-040
Sao Paulo/SP
Fone: 551122447751

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA
0-ENTRADA
1-SAIDA
1

N. 000258640
SÉRIE 1
FOLHA 01/01

CHAVE DE ACESSO DA NF-E
3521 0158 4266 2800 0133 5500 1000 2586 4011 0026 8137

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO	PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
VENDA DE PRODUCAO DO ESTABELECIMENTO	135210022462895 08/01/2021 09:33:32-03:00

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

DESTINATARIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL	CNPJ/CPF	DATA DE EMISSÃO
ASSOCIACAO BENEFICENTE DO BRASIL	45.349.461/0001-02	08/01/2021

ENDEREÇO	BAIRRO/DISTRITO	CEP	DATA ENTRADA/SAÍDA
AV. JOSE ARIANO RODRIGUES,303, SALA 03	CENTRO	16400-400	

MUNICIPIO	FONE/FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA ENTRADA/SAÍDA
LINS	1435325198	SP		

FATURA

001 07/02/2021 2.568,75	002 09/03/2021 2.568,75

CALCULO DO IMPOSTO

BASE DE CALCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CALCULO DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	5.137,50

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	5.137,50

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CODIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
RODONAVES TRANSPORTES E ENCOMENDAS LTDA	0-EMITENTE				44.914.992/0013-71

ENDEREÇO	MUNICIPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
RUA ALEXANDRE COLARES	SAO PAULO	SP	112782533118

QUANTIDADE	ESPECIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LIQUIDO
6	CAIXA			15,291	12,891

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇO

COD. PROD	DESCRIÇÃO DO PROD./SERV.	NCM/SH	CST	CFOP	UN	QUANT.	V.UNITARIO	V.TOTAL	BC.ICMS	V.ICMS	V.IPI	A.ICMS	A.IPI
EE902300	EQUIPO GIRASET EG 0421 0000 ESTERILIZADO (CX 50UN) Lote(S): DEZ2090233683320B - Validade: 01/12/2023	90189099	040	5101	UN	150,0000	16,96000000	2.544,00	0,00	0,00	0,00	0.00%	0.00%
EE900300	EQUIPO GIRASET EG 0422 0000 ESTERILIZADO (CX 50UN) Lote(S): OUT2090031572210B - Validade: 01/10/2023	90189099	040	5101	UN	50,0000	17,95000000	897,50	0,00	0,00	0,00	0.00%	0.00%
EE905200	EQUIPO GIRASET EG 0623 CT00 ESTERILIZADO (CX 50UN) Lote(S): NOV2090523681000B - Validade: 01/11/2023	90189099	040	5101	UN	100,0000	16,96000000	1.696,00	0,00	0,00	0,00	0.00%	0.00%

CALCULO DO ISSQN

INSCRIÇÃO MUNICIPAL	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	BASE DE CÁLCULO DO ISSQN	VALOR DO ISSQN
94911827			

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

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Protocolo: 135210022462895
PEDIDO 030400 ENTREGAR: DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585, MIRANDOPOLIS/SP ADICIONAIS DA NOTA : UTI MIRANDOPOLIS - CONVENIO 0107/2017 ALIQUOTA DO IPI REDUZIDO A 0 CONFORME DECRETO N 8950 DE 2016 MATERIAL HOSPITALAR CONJUNTO DESCARTAVEL DE CIRCULACAO ASSISTIDA EQUIPO E EXTENSORES ISENCAO DE ICMS CONFORME CONVENIO 133/2020 PRORROGADO O CONVENIO ICMS 01/99 ATE 31 03 2021 ALIQUOTA ZERO DE PIS E COFINS DE ACORDO COM DECRETO 6426/2008 LEI 10637/2002 ARTIGO 2 PARAGRAFO 3 LEI 10833/2003 Endereco de entrega: ... - *** Pedido de Venda: 468093 *** Cotacao Numero: G00049 Valor Aproximado dos Tributos: R$ 1104.38 (21.50%) Fonte: IBPT

RESERVADO AO FISCO

MAGNO OLIVEIRA DE MACEDO
Farm: 72416
Cód. Tab: 6001
Cód. Cu.: 001

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 13/01/21
ASS.

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
26/02/2021 - AUTOATENDIMENTO - 16.32.16
6790306790 SEGUNDA VIA 0003

COMPROVANTE DE PAGAMENTO

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

Convenio	FGTS ARRECADACAO GRF	
Codigo de Barras	85830000061-0	70010179210-1
	20864905384-0	53494610008-6
Data do pagamento		08/02/2021
CNPJ/CEI/CPF		45349461/0008-89
COMPETENCIA		01/2021
CODIGO RECOLHIMENTO		115
VENCIMENTO		08/02/2021
VALOR DEPOSITO		6.170,01
Valor Total		6.170,01

DOCUMENTO: 020802
AUTENTICACAO SISBB: 8.3AF.A69.E63.BDE.2A4

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

FGTS
FUNDO DE GARANTIA DO TEMPO DE SERVIÇO

GRF - GUIA DE RECOLHIMENTO DO FGTS
GERADA EM 08/02/2021 - 10:12:29

GFIP - SEFIP 8.40

01-RAZÃO SOCIAL/NOME				02-DDD/TELEFONE
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA				(0011)39056104
03-FPAS	04-SIMPLES	05-REMUNERAÇÃO	06-QTDE TRABALHADORES	07-ALÍQUOTA FGTS
639	1	73.104,41	36	8
08-CÓD RECOLHIMENTO	09-ID RECOLHIMENTO	10-INSCRIÇÃO/TIPO (8)	11-COMPETÊNCIA	12-DATA DE VALIDADE
115	017983-3	45.349.461/0008-89	01/2021	08/02/2021

13-DEPÓSITO + CONTRIB SOCIAL	14-ENCARGOS	15-TOTAL A RECOLHER
5.848,35	321,66	6.170,01

VALOR FGTS A RECOLHER EM 08/02/2021

858300000610 700101792101 208649053840 534946100086

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

FGTS
FUNDO DE GARANTIA DO TEMPO DE SERVIÇO

GRF - GUIA DE RECOLHIMENTO DO FGTS
GERADA EM 08/02/2021 - 10:12:29

GFIP - SEFIP 8.40

01-RAZÃO SOCIAL/NOME				02-DDD/TELEFONE
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA				(0011)39056104
03-FPAS	04-SIMPLES	05-REMUNERAÇÃO	06-QTDE TRABALHADORES	07-ALÍQUOTA FGTS
639	1	73.104,41	36	8
08-CÓD RECOLHIMENTO	09-ID RECOLHIMENTO	10-INSCRIÇÃO/TIPO (8)	11-COMPETÊNCIA	12-DATA DE VALIDADE
115	017983-3	45.349.461/0008-89	01/2021	08/02/2021

13-DEPÓSITO + CONTRIB SOCIAL	14-ENCARGOS	15-TOTAL A RECOLHER
5.848,35	321,66	6.170,01

VALOR FGTS A RECOLHER EM 08/02/2021

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

858300000610 700101792101 208649053840 534946100086

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

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

858300000610 700101792101 208649053840 534946100086

EMPRESA: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA — INSCRIÇÃO: 45.349.461/0008-89
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
JOSE LOPES DE OLIVEIRA	122.35412.21-3	04/10/2017	01		04/12/2020	P2	03222
53,92 / 0,00	0,00	4,04			4,32		0,00
JOSE LOPES DE OLIVEIRA	122.35412.21-3	04/10/2017	01		10/01/2021	Z5	03222
JOSE LOPES DE OLIVEIRA	122.35412.21-3	04/10/2017	01		11/01/2021	P2	03222
GISLAINE MACHADO MORABITO	132.60974.45-7	04/10/2017	01		31/12/2020	P2	
0,00 / 0,00	0,00	0,00			0,00		0,00
LETICIA MAIARA DOS SANTOS FERRAZ	204.92505.78-5	04/10/2017	01		21/12/2020	P1	03222
1.348,09 / 0,00	0,00	104,82			107,84		0,00
LETICIA MAIARA DOS SANTOS FERRAZ	204.92505.78-5	04/10/2017	01		05/01/2021	Z5	03222
ALCIONE BOGAZ	128.78920.15-7	16/01/2018	01				03222
1.780,35 / 0,00	0,00	143,73			142,43		0,00
ALESSANDRA APARECIDA DOS SANTOS GONSALVE	124.42087.45-8	21/12/2020	01				04110
1.411,49 / 0,00	0,00	110,53			112,92		0,00
ALESSANDRA DE CASSIA MARDEGAN	133.59258.89-3	04/10/2017	01				02235
3.457,92 / 0,00	0,00	335,38			276,64		0,00
ANA AUGUSTA FELICIANI NOGUEIRA	180.90148.36-6	04/10/2017	01				03222
1.617,71 / 0,00	0,00	129,09			129,41		0,00
ANA PAULA AZEVEDO ZANATTA	125.41159.51-1	04/10/2017	01				03222
2.552,75 / 0,00	0,00	223,72			204,23		0,00
BIANCA CAETANO COSTA	128.98626.17-3	17/01/2018	01				02235
3.013,11 / 0,00	0,00	278,96			241,05		0,00
BRUNA BERALDO FERRANTE	209.83236.77-6	20/12/2019	01				02235
3.346,72 / 0,00	0,00	319,82			267,73		0,00
CATIA FERNANDA FERRAZ	129.80319.17-3	04/10/2017	01				03222
1.882,00 / 0,00	0,00	152,88			150,57		0,00
CRISTIANE PASCOALETO VENDRAME	128.09298.18-3	22/03/2019	01				03222
1.617,71 / 0,00	0,00	129,09			129,42		0,00

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

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

858300000610 700101792101 208649053840 534946100086

EMPRESA: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA — INSCRIÇÃO: 45.349.461/0008-89
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
DANIELA DOS SANTOS DE OLIVEIRA	125.02011.74-6	03/05/2019	01			03222
1.841,36 / 0,00	0,00	149,22			147,31	0,00
DEBORA CRISTINA LOCHE	203.38786.55-9	04/10/2017	01			04110
1.649,79 / 0,00	0,00	131,98			131,98	0,00
DENISE PRISCILA ANCILOTTO LISBOA DE SOUZ	204.40341.55-2	04/10/2017	01			03222
1.922,66 / 0,00	0,00	156,53			153,81	0,00
EDILAINE MUNHOZ MAQUEA	124.85513.93-9	04/10/2017	01			03222
1.882,00 / 0,00	0,00	152,88			150,57	0,00
EDILENE MANOEL	209.15153.56-9	04/10/2017	01			03222
1.617,71 / 0,00	0,00	129,09			129,41	0,00
ELAINE CRISTINA DIAS BORGES	126.22542.14-5	04/10/2017	01			03222
1.617,71 / 0,00	0,00	129,09			129,42	0,00
ELIANA CRISTINA RODRIGUES	209.15162.89-4	19/02/2020	01			03222
1.617,95 / 0,00	0,00	129,11			129,43	0,00
ISADORA MORAIS DE CASTRO SANTOS	207.86720.36-5	04/10/2017	01			04110
1.428,82 / 0,00	0,00	112,09			114,30	0,00
IZABEL CRISTINA DE SOUZA	169.20547.00-8	04/10/2017	01			04110
1.428,82 / 0,00	0,00	112,09			114,30	0,00
KELLY CRISTINA RAMOS ROCHA	164.11866.81-4	04/10/2017	01			03222
1.617,71 / 0,00	0,00	129,09			129,42	0,00
LUCAS CARVALHO DOS SANTOS	163.67215.87-6	04/10/2017	01			03222
1.902,33 / 0,00	0,00	154,70			152,19	0,00
MAIRA TEIXEIRA DE CASTRO	203.30629.68-3	04/10/2017	01			03222
1.617,71 / 0,00	0,00	129,09			129,41	0,00
MARCIA MAIARA POSSENTI	204.89256.27-3	04/10/2017	01			04110
1.462,33 / 0,00	0,00	115,10			116,98	0,00
MAURO CELSO CHIAVELLI	203.20305.12-5	01/04/2020	01			02234
3.268,41 / 0,00	0,00	309,60			261,47	0,00
NATALIA PAZINATO DA SILVA	204.97661.73-4	25/01/2019	01			03222
1.617,71 / 0,00	0,00	129,09			129,41	0,00

Convênio nº 107/2017
Fonte de Recurso Estadual
Termo Aditivo nº 00002/2020
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090198 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandopolis
Tipo de Despesa: Custeio

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

858300000610 700101792101 208649053840 534946100086

EMPRESA: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA — INSCRIÇÃO: 45.349.461/0008-89
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
NATALIA XAVIER NASCIMENTO OLIVEIRA	203.20306.87-3	04/10/2017	01			02235
3.916,60 / 0,00	0,00	399,60			313,32	0,00
PATRICIA ADRIANA FERREIRA	190.47976.86-2	04/10/2017	01			03222
1.882,00 / 0,00	0,00	152,88			150,56	0,00
PATRICIA MICHELE DE ALMEIDA	236.45761.69-8	04/10/2017	01			03222
1.617,71 / 0,00	0,00	129,09			129,41	0,00
PRISCILA SANTOS LEITE DE ALMEIDA	127.24425.16-4	04/10/2017	01			02235
3.239,62 / 0,00	0,00	306,14			259,17	0,00
REGINA LEIA PARRO RODRIGUES DE SOUSA	126.82653.15-6	04/10/2017	01			04110
1.654,12 / 0,00	0,00	132,37			132,33	0,00
RICARDO DE CARVALHO	125.51156.27-2	04/10/2017	01			03222
1.943,00 / 0,00	0,00	158,37			155,45	0,00
SAMIR BISPO DOS SANTOS	126.39710.89-5	26/10/2020	01			03222
1.617,71 / 0,00	0,00	129,09			129,42	0,00
SONIA DOS SANTOS ROCHA	116.26217.35-6	17/09/2019	01			03222
1.882,29 / 0,00	0,00	152,90			150,59	0,00
THAIS BOARETO DA SILVA	134.51447.81-8	15/09/2014	01	03		02235
4.631,04 / 0,00	0,00	499,62			370,49	0,00
VALERIA CRISTINA DE SOUZA DA CRUZ	190.08698.55-5	11/06/2019	01			03222
2.145,53 / 0,00	0,00	176,59			171,64	0,00

TOTAIS DA EMPRESA/TOMADOR				
73.104,41	0,00	0,00	6.337,46	5.848,35	0,00

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

RELAÇÃO DOS TRABALHADORES CONSTANTES NO ARQUIVO SEFIP
RESUMO DO FECHAMENTO - EMPRESA
MODALIDADE : "BRANCO"-RECOLHIMENTO AO FGTS E DECLARAÇÃO À PREVIDÊNCIA
858300000610 700101792101 208649053840 534946100086

EMPRESA: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA N° DE CONTROLE: CPtkHI3QyrY0000-3
N° ARQUIVO: J3BXzF0rP030000-6
INSCRIÇÃO: 45.349.461/0008-89
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 PAULO DE BARROS 326 BAIRRO: CENTRO
CNAE PREPONDERANTE: 8610102
CIDADE: MIRANDOPOLIS UF: SP CEP: 17230-000
CNAE: 8610102

CAT	QUANT	REMUNERAÇÃO SEM 13°	REMUNERAÇÃO 13°	BASE CÁL PREV SOC	BASE CÁL 13° PREV SOC
01	36	73.104,41	0,00	73.104,41	0,00
TOTAIS:	36	73.104,41	0,00	73.104,41	0,00

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

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

858300000610 700101792101 208649053840 534946100086

EMPRESA: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA Nº DE CONTROLE: CPtkHI3QyrY0000-3 Nº ARQUIVO: J3BXzF0rP030000-6
COMP: 01/2021 COD REC: 115 COD GPS: 2305 FPAS: 639 OUTRAS ENT: SIMPLES: 1 RAT: 2.0 INSCRIÇÃO: 45.349.461/0008-89
FAP: 0.50 RAT AJUSTADO: 1.00
TOMADOR/OBRA: INSCRIÇÃO:

LOGRADOURO: AVENIDA PAULO DE BARROS 326 BAIRRO: CENTRO CNAE PREPONDERANTE: 8610102
CIDADE: MIRANDOPOLIS UF: SP CEP: 17230-000 CNAE: 8610102

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

	FGTS - 8%(TX 3%)
REMUNERAÇÃO SEM 13° SALÁRIO	73.104,41
REMUNERAÇÃO 13° SALARIO	0,00
QUANTIDADE TRABALHADORES	36

VALORES DO FGTS
DATA DE RECOLHIMENTO 08/02/2021

DEPÓSITO FGTS	ENCARGOS FGTS	CONTRIB SOCIAL	ENCARGOS CONTRIB SOCIAL	TOTAL RECOLHER
5.848,35	321,66	0,00	0,00	6.170,01

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

RESUMO DAS INFORMAÇÕES À PREVIDÊNCIA SOCIAL CONSTANTES NO ARQUIVO SEFIP
EMPRESA

EMPRESA: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA Nº DE CONTROLE: CPtkHI3QyrY0000-3 Nº ARQUIVO: J3BXzF0rP030000-6
COMP: 01/2021 COD REC: 115 COD GPS: 2305 FPAS: 639 OUTRAS ENT: SIMPLES: 1 RAT: 2.0 INSCRIÇÃO: 45.349.461/0008-89
FAP: 0.50 RAT AJUSTADO: 1.00
TOMADOR/OBRA: INSCRIÇÃO:

LOGRADOURO: AVENIDA PAULO DE BARROS 326 BAIRRO: CENTRO CNAE PREPONDERANTE: 8610102
CIDADE: MIRANDOPOLIS UF: SP CEP: 17230-000 TELEFONE: 0011 3905 6104 CNAE: 8610102

VALOR DEV PREV SOC CALCULADO SEFIP:	6.337.46	CONTRIB SEGURADOS - DEVIDA:	6.337.46
SALÁRIO FAMÍLIA:	0.00	RECEITA EVENTO DESP/PATROCÍNIO:	0.00
SALÁRIO MATERNIDADE:	0.00	PERC DE ISENÇÃO DE FILANTROPIA:	100.00
VALORES PAGOS COOP TRABALHO - SEM ADICIONAL:	0.00	13º SALÁRIO MATERNIDADE:	0.00
VALORES PAGOS COOP TRABALHO - ADIC. 15 ANOS:	0.00	COM PRODUÇÃO PJ:	0.00
VALORES PAGOS COOP TRABALHO - ADIC. 20 ANOS:	0.00	COM PRODUÇÃO PF:	0.00
VALORES PAGOS COOP TRABALHO - ADIC. 25 ANOS:	0.00	VALOR DAS FATURAS EMITIDAS PARA O TOMADOR:	0.00

COMPENSAÇÃO
PERÍODO INICIAL: PERÍODO FINAL: VALOR SOLICITADO: 0.00
VALOR ABATIDO: 0.00 VALOR A COMPENSAR: 0.00 VALOR EXCEDENTE AO LIMITE DOS 30%: 0.00

RETENÇÃO (LEI 9.711/98)
VALOR INFORMADO: 0.00 VALOR ABATIDO PELO SEFIP: 0.00 VALOR A COMPENSAR/RESTITUIR: 0.00

BASE DE CÁLCULO APOSENTADORIA ESPECIAL/OCORRÊNCIA

15 ANOS:	0.00	20 ANOS:	4.631.04	25 ANOS:	0.00
QUANTIDADE:	0	QUANTIDADE:	1	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:	3	P3:	0	Q1:	0	Q2:	0
Q3:	0	Q4:	0	Q5:	0	Q6:	0	Q7:	0	R :	0	S2:	0	S3:	0	U1:	0	U2:	0
U3:	0	V3:	0	W :	0	X :	0	Y :	0	Z1:	0	Z2:	0	Z3:	0	Z4:	0	Z5:	2

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

26/02/2021 - BANCO DO BRASIL - 16:32:16
679006790 0002

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

BANCO DO BRASIL

00190000090330884120800003103173385120000078130
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	20.901
NOSSO NUMERO	33088412000003103
CONVENIO	03308841
DATA DE VENCIMENTO	26/01/2021
DATA DO PAGAMENTO	09/02/2021
VALOR DO DOCUMENTO	781,30
JUROS/MULTA	3,64
VALOR COBRADO	784,94

NR.AUTENTICACAO C.044.73A.EB5.BFD.449

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

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

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

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

Convênio nº 107/2017
Fonte de Recurso Estadual
Termo Aditivo nº 00002/2020
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090198 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

OK 30/12

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) 3442-8081
ADM. SANTOS : (13) 3228-8700

DAN

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA [1]

Nº 1149232
SERIE 1
FOLHA 1/1

CHAVE DE ACESSO
5220 1204 0278 9400 0326 5500 1001 1492 3210 0062 7666

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	**152203683198258 22/12/2020 20:19:15**

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO	CNPJ
10.444.430-4	809.010.530.117	04.027.894/0003-26

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL	CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOC.HOSPITALAR BENEF.DO BRASIL (8149)	45.349.461/0001-02	22/12/2020

ENDEREÇO	BAIRRO/DISTRITO	CEP	DATA ENTRADA/SAIDA
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303	JARDIM ARIANO	16400-400	22/12/2020

MUNICÍPIO	FONE/FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DA SAIDA
LINS	1435325198	SP		20:09

FATURA / DUPLICATA

001 26/01/2021 781,30

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
651,06	78,13	0,00	0,00	781,30

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00		0,00	0,00	781,30

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			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
36652	DEXAGREEN CR 10G - GREENPHARMA (Lote: 264-20, Qtde: 3, Dt Val: 31/08/2023 ,Data Fab: 01/08/2020)	30043999	020	6108	TB	3	1,9000	5,70	4,75	0,57		12,00	
36382	CEFTRIAXONA IV 1G C/100 F/A GEN - BLAU (Lote: 20110516, Qtde: 1, Dt Val: 31/08/2-022 ,Data Fab: 01/08/2020)	30042059	020	6108	CX	1	723,3000	723,30	602,73	72,33		12,00	
20650	XYLESTESIN 2% GELEIA 30GR C/10-CRISESTE-RIL-COM APLICADOR (Lote: 20010282, Qtde: 1, Dt Val: 31/01/2022 ,Data Fab: 01/01/20-20)	30049043	020	6108	CX	1	52,3000	52,30	43,58	5,23		12,00	

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

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

RECLAMACOES DE MERCADORIAS COM NO MAXIMO DE 48HORAS APOS A ENTREGA
MIRANOPOLIS - DUPATR11ENTREGAR DR RAUL DA CUNHA BUENO 585 JD SANTA ROSA MIRANOPOLIS
SPUTI MIRANOPOLIS CONV 0107/2017 AC/ LAIS - 7573
ITENS 1 a 3 RED.BASE DE CALCULO CONF. ART. 8°, INC. VIII, ANEXO IX DEC.4.852/97 - RICMS/GO
ITENS 1 a 3 ALIQUOTA ZERO PIS/COFINS,CF.ART.2 DA LEI 10.147/00
ITENS 1,3 DIFERENCIAL DE ALIQ.CFCONV.93 -EMENDA 87/15
ITEM 2 ALIQ.12% CF LEI GENERICOSSP 16005/2015
ITENS 1,3
ITENS 1,3
Emenda Constitucional 87 de 2015:
Valor da partilha para UF de Destino: R$ 3,48
VALOR APROX. TRIBUTOS, R$ 78,13, Federal, R$ 0,00, Estadual, R$ 78,13
Pedido: 1230179
Representante: REGIAO SJRP - (VITOR)
Redespacho...: O EMITENTE (43) - CIF - CNPJ.: - Inscrição Estadual.:633565182110 -
Endereço.:RUA SAO PAULO SANTOS-SP

RESERVADO AO FISCO

784,94

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 23/12/2020
ASS.

26/02/2021 - BANCO DO BRASIL - 16:32:16
679006790 0005

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

BANCO DO BRASIL

00190000090330884110900000859173985120000035145
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	20.902
NOSSO NUMERO	33088411000000859
CONVENIO	03308841
DATA DE VENCIMENTO	26/01/2021
DATA DO PAGAMENTO	09/02/2021
VALOR DO DOCUMENTO	351,45
JUROS/MULTA	1,54
VALOR COBRADO	352,99

NR.AUTENTICACAO A.97D.6D6.9CA.E27.E06

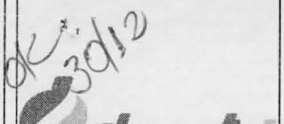
Central de Atendimento BB
4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas
0800 729 0001 Demais localidades.
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

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

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

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

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



DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IMPORTACAO E EXPORTACAO LTDA

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

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA [1]

Nº 131634
SERIE 1
FOLHA 1/1

CHAVE DE ACESSO
3520 1204 0278 9400 0750 5500 1000 1316 3410 0088 9756

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	135201217582712 22/12/2020 19:47:36

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

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL	CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOC.HOSPITALAR BENEF.DO BRASIL (8149)	45.349.461/0001-02	22/12/2020

ENDEREÇO	BAIRRO/DISTRITO	CEP	DATA ENTRADA/SAIDA
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303	JARDIM ARIANO	16400-400	22/12/2020

MUNICÍPIO	FONE/FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DA SAIDA
LINS	1435325198	SP		19:46

FATURA / DUPLICATA

001 26/01/2021 351,45

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
340,85	61,35	0,00	0,00	351,45

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	351,45

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
3	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
3798	ALGODAO ORTOP.15X1.0M C/12-ORTOBOM (Lote: 265, Qtde: 2, Dt Val: 01/11/2025 ,Data Fab: 01/11/2020)	90211020	040	5102	PCT	2	5,3000	10,60					
12883	ATADURA CREPE 13F 15CMX 1,80M C/12 EUROPA - POLARFIX (Lote: 45319, Qtde: 2, Dt Val: 04/12/2025 ,Data Fab: 04/12/2020)	30059090	000	5102	DZ	2	8,1000	16,20	16,20	2,92		18,00	
36041	COMP.GAZE 7,5X7,5 13F C/500 - CLEAN (Lote: 37420, Qtde: 2, Dt Val: 30/11/2025 ,Data Fab: 01/11/2020)	30059090	000	5102	PCT	2	11,2500	22,50	22,50	4,05		18,00	
37298	LUVA CIRURG EST 6,5 C/200-SANRO-LIS - SANRO (Lote: 249203, Qtde: 1, Dt Val: 30/09/2023 ,Data Fab: 01/09/2020)	40151100	000	5102	CX	1	273,8000	273,80	273,80	49,28		18,00	
49374	SONDA FOLEY 2V N.16 B30CC C/10-MEDIX (Lote: 20C06, Qtde: 1, Dt Val: 31/03/2025 ,Data Fab: 01/03/2020)	90183921	700	5102	CX	1	28,3500	28,35	28,35	5,10		18,00	

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

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

RECLAMACOES DE MERCADORIAS COM NO MAXIMO DE 48HORAS APOS A ENTREGA
MIRANOPOLIS - DUPATR11ENTREGAR DR RAUL DA CUNHA BUENO 585 JD SANTA ROSA MIRANOPOLIS
SPUTI MIRANOPOLIS CONV 0107/2017 AC/ LAIS
ITEM 1 ISENCAO ICMS CONFORME CONVENIO 126/2010
ITEM 2 e 3
ITENS 1,4 a 5 ISENTO PIS/COFINS DECRETO 6426/08 ANEXO III
VALOR APROX. TRIBUTOS, R$ 67,68, Federal, R$ 6,33, Estadual, R$ 61,35
Pedido: 148636
Representante: REGIAO SJRP - (VITOR)

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 23/12/2020
ASS.

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
26/02/2021 - AUTOATENDIMENTO - 16.32.16
6790306790 SEGUNDA VIA 0001
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE
TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL
CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL
AGENCIA: 6790-3 CONTA: 211-9
==========
FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : ASSOCIACAO H B DO BRASIL
BANCO: 104 - CAIXA ECONOMICA FEDERAL
AGENCIA: 1354-4 - CIDADE DE MIRANDOPOLIS
CONTA: 37.895-0

FAVORECIDO: SONIA DOS SANTOS ROCHA
CPF/CNPJ: 304.418.188-70
VALOR: R$ 1.704,39
DEBITO EM: 09/02/2021
==========
DOCUMENTO: 020903
AUTENTICACAO SISBB: 7.047.30E.18D.DB4.8B2

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0008-89 CC: UTI MIRANDOPOLIS Folha Mensal
Mensalista Janeiro de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2839	SONIA DOS SANTOS ROCHA	322205	600	1
	TEC. ENFERMAGEM	Admissão:	17/09/2019	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,95	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	104,00	264,34	
339	DESC ODONTO COMPANY	25,00		25,00
998	I.N.S.S.	8,12		152,90

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.882,29	177,90
Valor Líquido ⇨	1.704,39

BANCO DO BRASIL 1
conta salário: 88417-X Agência: 0295 - X

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,95	1.882,29	1.882,29	150,58	1.729,39	0,00

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0008-89 CC: UTI MIRANDOPOLIS Folha Mensal
Mensalista Janeiro de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2839	SONIA DOS SANTOS ROCHA	322205	600	1
	TEC. ENFERMAGEM	Admissão:	17/09/2019	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,95	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	104,00	264,34	
339	DESC ODONTO COMPANY	25,00		25,00
998	I.N.S.S.	8,12		152,90

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.882,29	177,90
Valor Líquido ⇨	1.704,39

BANCO DO BRASIL 1
conta salário: 88417-X Agência: 0295 - X

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,95	1.882,29	1.882,29	150,58	1.729,39	0,00

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

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

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
26/02/2021 - AUTOATENDIMENTO - 16.32.16
6790306790 SEGUNDA VIA 0005

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

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

==========

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : ASSOCIACAO H B DO BRASIL
BANCO: 033 - BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.
AGENCIA: 0139-2 - MIRANDOPOLIS
CONTA: 1.010.774-1

FAVORECIDO: ALESSANDRA APARECIDA DOS SANTOS GON
CPF/CNPJ: 117.356.088-23
VALOR: R$ 1.300,96
DEBITO EM: 09/02/2021

==========

DOCUMENTO: 020904
AUTENTICACAO SISBB: F.8A3.8DC.9DB.804.706

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0008-89 CC: UTI MIRANDOPOLIS Folha Mensal
Mensalista Janeiro de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
3908	ALESSANDRA APARECIDA DOS SANTOS GONSA	411005	700	1
	AUX. ADM. FARMACIA	Admissão:	21/12/2020	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.191,49	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00	
998	I.N.S.S.	7,83		110,53

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.411,49	110,53
Valor Líquido ⇨	1.300,96

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.191,49	1.411,49	1.411,49	112,91	1.300,96	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

__/__/__ Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0008-89 CC: UTI MIRANDOPOLIS Folha Mensal
Mensalista Janeiro de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
3908	ALESSANDRA APARECIDA DOS SANTOS GONSA	411005	700	1
	AUX. ADM. FARMACIA	Admissão:	21/12/2020	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.191,49	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00	
998	I.N.S.S.	7,83		110,53

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.411,49	110,53
Valor Líquido ⇨	1.300,96

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.191,49	1.411,49	1.411,49	112,91	1.300,96	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

__/__/__ Data

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

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
26/02/2021 - AUTOATENDIMENTO - 16.32.16
6790306790 SEGUNDA VIA 0002
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE
TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL
CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL
AGENCIA: 6790-3 CONTA: 211-9
==========
FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : ASSOCIACAO H B DO BRASIL
BANCO: 237 - BANCO BRADESCO S.A.
AGENCIA: 0167-8 - LAVINIA
CONTA: 500.696-1

FAVORECIDO: ELIANA CRISTINA RODRIGUES
CPF/CNPJ: 294.873.608-08
VALOR: R$ 1.438,84
DEBITO EM: 09/02/2021
==========
DOCUMENTO: 020905
AUTENTICACAO SISBB: B.F08.863.4C3.266.0BC

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0008-89 CC: UTI MIRANDOPOLIS Folha Mensal
Mensalista Janeiro de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2992	ELIANA CRISTINA RODRIGUES	322205	600	1
	TEC. ENFERMAGEM	Admissão:	19/02/2020	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,95	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00	
339	DESC ODONTO COMPANY	50,00		50,00
998	I.N.S.S.	7,98		129,11

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.617,95	179,11
Valor Líquido ⇨	1.438,84

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,95	1.617,95	1.617,95	129,43	1.299,25	0,00

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0008-89 CC: UTI MIRANDOPOLIS Folha Mensal
Mensalista Janeiro de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2992	ELIANA CRISTINA RODRIGUES	322205	600	1
	TEC. ENFERMAGEM	Admissão:	19/02/2020	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,95	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00	
339	DESC ODONTO COMPANY	50,00		50,00
998	I.N.S.S.	7,98		129,11

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.617,95	179,11
Valor Líquido ⇨	1.438,84

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,95	1.617,95	1.617,95	129,43	1.299,25	0,00

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

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

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
26/02/2021 - AUTOATENDIMENTO - 16.32.16
6790306790 SEGUNDA VIA 0010

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE
TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

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

==========

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : ASSOCIACAO H B DO BRASIL
BANCO: 237 - BANCO BRADESCO S.A.
AGENCIA: 0167-8 - LAVINIA
CONTA: 10.980-0

FAVORECIDO: MAURO CELSO CHIAVELLI
CPF/CNPJ: 365.760.718-84
VALOR: R$ 2.868,75
DEBITO EM: 09/02/2021

==========

DOCUMENTO: 020906
AUTENTICACAO SISBB: F.5A7.8A8.1BD.BDC.0F0

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0008-89 | CC: UTI MIRANDOPOLIS | Folha Mensal

Mensalista | Janeiro de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
3021	MAURO CELSO CHIAVELLI	223405	700	1
	FARMACEUTICO (A)	Admissão:		01/04/2020

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.548,41	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00	
27	ADICIONAL RT	500,00	500,00	
998	I.N.S.S.	9,47		309,60
999	IMPOSTO DE RENDA	15,00		89,02
991	ESTOURO MES ANTERIOR	1,04		1,04

Total de Vencimentos	Total de Descontos
3.268,41	399,66
Valor Líquido ⇨	2.868,75

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
2.548,41	3.268,41	3.268,41	261,47	2.958,81	15,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0008-89 | CC: UTI MIRANDOPOLIS | Folha Mensal

Mensalista | Janeiro de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
3021	MAURO CELSO CHIAVELLI	223405	700	1
	FARMACEUTICO (A)	Admissão:		01/04/2020

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.548,41	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00	
27	ADICIONAL RT	500,00	500,00	
998	I.N.S.S.	9,47		309,60
999	IMPOSTO DE RENDA	15,00		89,02
991	ESTOURO MES ANTERIOR	1,04		1,04

Total de Vencimentos	Total de Descontos
3.268,41	399,66
Valor Líquido ⇨	2.868,75

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
2.548,41	3.268,41	3.268,41	261,47	2.958,81	15,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

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

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
26/02/2021 - AUTOATENDIMENTO - 16.32.16
6790306790 SEGUNDA VIA 0002
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE
TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL
CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL
AGENCIA: 6790-3 CONTA: 211-9
==========
FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : ASSOCIACAO H B DO BRASIL
BANCO: 033 - BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.
AGENCIA: 3337-5 - TRES LAGOAS
CONTA: 1.095.383-5

FAVORECIDO: SAMIR BISPO DOS SANTOS
CPF/CNPJ: 246.121.428-02
VALOR: R$ 1.488,62
DEBITO EM: 09/02/2021
==========
DOCUMENTO: 020907
AUTENTICACAO SISBB: 4.B22.74D.E96.C06.F68

Convênio nº 107/2017
Fonte de Recurso Estadual
Termo Aditivo nº 00002/2020
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090198 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0008-89 CC: UTI MIRANDOPOLIS Folha Mensal
Mensalista Janeiro de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
3807	SAMIR BISPO DOS SANTOS	322205	600	1
	TEC. ENFERMAGEM	Admissão:	26/10/2020	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00	
998	I.N.S.S.	7,98		129,09

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.617,71	129,09
Valor Líquido ⇨	1.488,62

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.617,71	1.617,71	129,41	1.488,62	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0008-89 CC: UTI MIRANDOPOLIS Folha Mensal
Mensalista Janeiro de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
3807	SAMIR BISPO DOS SANTOS	322205	600	1
	TEC. ENFERMAGEM	Admissão:	26/10/2020	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00	
998	I.N.S.S.	7,98		129,09

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.617,71	129,09
Valor Líquido ⇨	1.488,62

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.617,71	1.617,71	129,41	1.488,62	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

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

26/02/2021 - BANCO DO BRASIL - 16:32:16
679006790 0003

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

==========

BANCO CITIBANK S.A.

74593180151154701700100757918032285270000082288
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	21.001
DATA DE VENCIMENTO	10/02/2021
DATA DO PAGAMENTO	10/02/2021
VALOR DO DOCUMENTO	822,88
VALOR COBRADO	822,88

==========

NR.AUTENTICACAO 6.28D.3E2.29E.F6E.8DA

==========

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

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

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

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

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

mirandopolis

PREFEITURA MUNICIPAL DE CRICIÚMA
SECRETARIA DO SISTEMA ECONÔMICO
NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇO - NFS-e

Número do RPS	Número da nota
1377767	**1436747**
Data da emissão da nota	**16/01/2021 23:23:55**
Data do fato gerador	**14/01/2021 20:42:27**
Código de verificação	**AL2W-2DVVU**

PRESTADOR DE SERVIÇOS

THOMSON REUTERS

CPF/CNPJ: **00910509001305** Inscrição Municipal: **48.563** Telefone: **((**0x) x11)-5047**
Nome/Razão Social: **THOMSON REUTERS BRASIL CONTEUDO** Inscrição Estadual:
Endereço: **Av. Centenário** Número: **7405** Bairro: **Nª Sra. da Salete** CEP: **88813325**
Município: **CRICIUMA** UF: **SC**
E-mail: **faturamento@dominiosistemas.com.br** Site: **www.dominiosistemas.com.br**

TOMADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ: **45.349.461/0001-02** Inscrição Municipal: Inscrição Estadual:
Nome/Razão Social: **ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL**
Endereço: **Avenida José Ariano Rodrigues,** Número: **303** Bairro: **Jardim Ariano** CEP: **16400-400**
Município: **LINS** País: UF: **SP**
E-mail: **financeiro@ahbb.org.br** Telefone: **(1**43) 5325-198**

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

	Valor Unitário	Qtd	Valor Serviço	Base de cálculo		(%)		ISS
Domínio WEB 2.0 conf. contrato(s): 190860 comp.: 1/2021.	822,88	1	822,88	822,88	x	2,00	=	16,46

VENCIMENTOS: (10/02/2021 - 822,88) OBSERVAÇÃO: (Valor dos tributos incidentes (Lei nº 12.741/2012) R$0,00.)

RETENÇÕES FEDERAIS

PIS/PASEP	COFINS	INSS	IR	CSLL
R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00
	VALOR BRUTO DA NOTA = R$ 822,88		**VALOR LÍQUIDO DA NOTA = R$ 822,88**	

Código do serviço:
0103 / Processamento de dados e congêneres.

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

Valor das Deduções(R$)	Base de Cálculo(R$)	Alíquota(%)	Valor ISS(R$)	
0,00	**822,88**	**2,00**	**16,46**	

OUTRAS INFORMAÇÕES

10/02/21
21

26/02/2021 - BANCO DO BRASIL - 16:32:16
679006790 0009

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

==========

ITAU UNIBANCO S.A.

34191126714210607293980127350009185270000118750
BENEFICIARIO:
CRISTALIA PROD QUIMICOS F LT
NOME FANTASIA:
CRISTALIA PROD QUIMICOS F LT
CNPJ: 44.734.671/0001-51
BENEFICIARIO FINAL:
CRISTALIA PRODS QUIM FARMACEUT
CNPJ: 44.734.671/0004-02
PAGADOR:
ASSOC HOSPIT BENEFICENTE DO BR
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	21.002
DATA DE VENCIMENTO	10/02/2021
DATA DO PAGAMENTO	10/02/2021
VALOR DO DOCUMENTO	1.187,50
VALOR COBRADO	1.187,50

==========

NR.AUTENTICACAO 9.036.BDC.EB3.4C8.B59

==========

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

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

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

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

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

CRISTÁLIA
PRODUTOS QUÍMICOS FARMACÊUTICOS LTDA.

CRISTALIA PROD. QUIM. FARMACEUTICOS LTDA
ROD ITAPIRA LINDOIA S/N KM 14 - FAZ E CRISTALIA
Itapira - SP - CEP 13974-900
(19)38439500 - www.cristalia.com.br

DANFE
DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA [1]

Nº.2842807 FL 1 / 1
SÉRIE 10

CHAVE DE ACESSO
3521 0144 7346 7100 0151 5501 0002 8428 0714 8110 9195
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
5.101 VENDA DE PRODUTO	135210031009212 11/01/2021 11:41:06

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCR. EST. SUBS. TRIBUTÁRIO	CNPJ
374007758117		44.734.671/0001-51

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME / RAZÃO	CNPJ / CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOC HOSPIT BENEFICENTE DO BRASIL (23292 - 4823357E)	45.349.461/0001-02	11/01/2021

ENDEREÇO	BAIRRO / DISTRITO	CEP	DATA DA ENTRDA/SAÍDA
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03	JARDIM ARIANO	16400-400	11/01/2021

MUNICÍPIO	FONE / FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DE SAÍDA
LINS	0151435325198	SP	ISENTO	18:00:00

FATURA/DUPLICATA

FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR
2842807/01	10/02/2021	1.187,50						

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
1.187,50	213,75	0,00	0,00	1.187,50

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	1.187,50

BLOCO TRANSPORTADOR / VOLUMES

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ
QUALITY TRANSPORTES E ENTREGAS RÁPIDAS LTDA.	0 – Emitente				06.321.409/0007-81

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
ESTRADA MUNICIPAL JOSÉ SEDANO 854	CAMPINAS	SP	795549474111

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
1	CAIXA(S)			0,700	0,600

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	ALÍQUOTA ICMS	ALÍQUOTA IPI
413863	ROCURON 10mg/mL Sol. Inj. - 25fa X 5mL - Lis:POS - Trib apro x R$ 159,72 Federal Fonte: IBPT/empresometro co 5DC0AE Lote: 20100127 - Qtd: 2,0000	3004.90.79	000	5101	CX	2,0000 Val: 10/2022	593,7500	1.187,50	1.187,50	213,75	0,00	18,00	0,00

ATENÇÃO
ESTE PRODUTO DEVE SER ARMAZENADO SOB REFRIGERAÇÃO
NÃO CONGELAR

CÁLCULO DO ISSQN

INSCRIÇÃO MUNICIPAL	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	BASE DE CÁLCULO DO ISSQN	VALOR DO ISSQN
256-2	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

LOCAL DE ENTREGA
Local Entr.: 46374500001247 - isento - 2 - Rua Dr Raul da Cunha Bueno, 585 - Centro - Mirandopolis - SP - 168000000

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
Ped: 4823357E - Rep: 13304 - Prod. Lista Positiva: 1.187,50 - NE: 578277 -DIRETA - "CREDITO PRESUMIDO - LEI NR. 10147 /00" - Resp.: LAIS MARANI SILVA - CRM 53551-SP - Trib aprox R$: 159,72 Federal Fonte: IBPT/empresometro com br 5DC0 AE Transp. Redespa.Quality Transportes e Entregas Rapidas Ltda. CPF/CNPJ:06.321.409/0007-81 INS. ESTADUAL:79554947411 1 - BOLETO DISPONIVEL NO DDA do seu banco. OU INSTR. DEPOS.: Banco Itau S/A (341)-AG: 000011- C/C 000010069-0 C OD.IDENT.: NR. CNPJ (SEM PONTUACAO) OU INSTR. DEPOS.: Banco do Brasil S/A (001)-AG: 005115-2 C/C 000002014- 1 COD.IDENT.: 023292-0 Se preferir, solicitar o boleto pelo e-mail: cobranca.boleto@cristalia.com.brr

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 12/01/21
ASS.

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

26/02/2021 - BANCO DO BRASIL - 16:32:17
679006790 0002

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

ITAU UNIBANCO S.A.

34191090080071398271812411700003385290000134470
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	21.201
DATA DE VENCIMENTO	12/02/2021
DATA DO PAGAMENTO	12/02/2021
VALOR DO DOCUMENTO	1.344,70
VALOR COBRADO	1.344,70

NR.AUTENTICACAO 9.DE9.72B.161.C3D.F64

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

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

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

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

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

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 5.394
SÉRIE: 1
FOLHA: 1/1

CONTROLE FISCO

CHAVE DE ACESSO
3120.1232.7578.2400.0105.5500.1000.0053.9410.1218.2638

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
131203971508109 - 29/12/2020 10:53:04

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

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		10:53:03

INFORMAÇÕES DO LOCAL DE ENTREGA

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

FATURA/DUPLICATAS

5394/1 - 12/02/21 - 1344,70

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS ST	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
1.344,70	161,36	0,00	0,00	1.344,70

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA	ALIQ. IPI
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1.344,70	

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
11	CAIXAS			138,1000	138,1000

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: 7.00 Numero da FCI: B603C4DE-D20F-4DA6-A9AC-AFDFC9452D2A / CEST: 13.004.00	500 6108	CX	7,0000	138,6000	0,0000 0,0000 %	970,20	970,20	116,42 0,00	0,00	12,00	0.00
675 30049099	FISIOLOGICO 0,9% 250ML AZB1322C CX50BOLS BAXTER Lote: PR317H5 - 05/10/2022 Qtde: 2.00 Numero da FCI: D5653472-98CB-446A-822A-53B11B48BC24 / CEST: 13.004.00	500 6108	CX	2,0000	99,0000	0,0000 0,0000 %	198,00	198,00	23,76 0,00	0,00	12,00	0.00
692 30049099	FISIOLOGICO 0,9% 500ML AZB1323 CX30BOLS BAXTER Lote: PR316S8 - 23/09/2022 Qtde: 1.00 Numero da FCI: EB8C6B3F-ED1C-493F-A639-F9F845E6D08D / CEST: 13.004.00	500 6108	CX	1,0000	69,0000	0,0000 0,0000 %	69,00	69,00	8,28 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

BOLETO ANEXO

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
UTI Mirandopolis - Convenio 0107/2017 / Dados Bancarios: Banco Itau (341) Agencia: 2711 Conta Corrente: 24117-0 / / EMENDA CONSTITUCIONAL 87/2015 / Base de Calculo ICMS destino: R$ 1344,70/ ICMS Destino: R$ 80,68 (100% em 2020) /

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 30/12/2020
ASS.

OUROWEB® - WWW.OUROWEB.COM.BR

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

12/02/21

211

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
26/02/2021 - AUTOATENDIMENTO - 16.32.17
6790306790 SEGUNDA VIA 0003
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE
TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL
CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL
AGENCIA: 6790-3 CONTA: 211-9
==========
FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : ASSOCIACAO H B DO BRASIL
BANCO: 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$ 92,84
DEBITO EM: 12/02/2021
==========
DOCUMENTO: 021202
AUTENTICACAO SISBB: D.FA8.95C.F23.541.84F

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

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA

NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFS-e

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

AHBB | REDE SANTA CASA

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$ 92,84 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 40 profissionais nesse período inseridos nessa implantação.

Nos colocamos à disposição para maiores esclarecimentos que julgarem necessários.

ANA CLAUDIA DA SILVA
AHBB - Assoc. Hosp. Beneficente do Brasil
Supervisora de RH

Associação Hospitalar Beneficente do Brasil

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

26/02/2021 - BANCO DO BRASIL - 16:32:17
679006790 0004

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

BANCO DO BRASIL

00190616881160193347300001526110185300000256875
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	21.701
NOSSO NUMERO	6168116019
CONVENIO	00000000
DATA DE VENCIMENTO	13/02/2021
DATA DO PAGAMENTO	17/02/2021
VALOR DO DOCUMENTO	2.568,75
VALOR COBRADO	2.568,75

NR.AUTENTICACAO 7.C11.C47.EEE.646.EB5

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

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

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

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

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

Samtronic Industria e Comercio Ltda

Rua Venda da Esperanca, 162
Socorro Cep:04763-040
Sao Paulo/SP
Fone: 551122447751

DA NFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA
0-ENTRADA
1-SAÍDA [1]

N. 000257438
SÉRIE 1
FOLHA 01/01

CHAVE DE ACESSO DA NF-E
3520 1258 4266 2800 0133 5500 1000 2574 3811 0021 3228

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO	PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
VENDA DE PRODUCAO DO ESTABELECIMENTO	135201184167593 15/12/2020 12:56:18-03:00

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSC.ESTADUAL DO SUBST.TRIB.	CNPJ
112068480115		58.426.628/0001-33

DESTINATARIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL	CNPJ/CPF	DATA DE EMISSÃO
ASSOCIACAO BENEFICENTE DO BRASIL	45.349.461/0001-02	15/12/2020

ENDERECO	BAIRRO/DISTRITO	CEP	DATA ENTRADA/SAÍDA
AV JOSE ARIANO RODRIGUES,303 SALA 03	CENTRO	16400-400	

MUNICIPIO	FONE/FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA ENTRADA/SAÍDA
LINS	1435325198	SP		

FATURA

001	002
12/01/2021	13/02/2021
2.568,75	2.568,75

CALCULO DO IMPOSTO

BASE DE CALCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CALCULO DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	5.137,50

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	5.137,50

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
VELOXX TRANSPORTES LTDA	0-EMITENTE				14.990.752/0001-51

ENDERECO	MUNICIPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
RUA ALVARENGA PEIXOTO, 384	SAO PAULO	SP	146964519117

QUANTIDADE	ESPECIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LIQUIDO
6	CAIXA			15,621	13,221

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇO

COD. PROD	DESCRIÇÃO DO PROD./SERV.	NCM/SH	CST	CFOP	UN	QUANT.	V.UNITARIO	V.TOTAL	BC.ICMS	V.ICMS	V.IPI	A.ICMS	A.IPI
EE0102300	EQUIPO GIRASET EG 0422 0000 ESTERILIZADO (CX 50UN) Lote(S): 9RTR0902365180B - Validade: 01/09/2023	90189099	040	5101	UN	250,0000	16,96000000	4.240,00	0,00	0,00	0,00	0,00%	0,00%
EE0102300	EQUIPO GIRASET EG 0422 0000 ESTERILIZADO (CX 50UN) Lote(S): 09T2090315522008 - Validade: 01/10/2023	90189099	040	5101	UN	50,0000	17,95000000	897,50	0,00	0,00	0,00	0,00%	0,00%

CALCULO DO ISSQN

INSCRIÇÃO MUNICIPAL	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	BASE DE CÁLCULO DO ISSQN	VALOR DO ISSQN
94911827			

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Protocolo 135201184167593
PEDIDO 029835 ENTREGAR: DR RAUL DA CUNHA BUENO 585, MIRANDOPOLIS/SP ADICIONAIS DA NOTA - UTI MIRANDOPOLIS - CONVENIO 0107/2017 ALIQUOTA DO IPI REDUZIDO A 0 CONFORME DECRETO N 8950 DE 2016 MATERIAL HOSPITALAR CONJUNTO DESCARTAVEL DE CIRCULACAO ASSISTIDA EQUIPO E EXTENSORES ISENCAO DE ICMS CONFORME CONVENIO 133/2020 PRORROGADO O CONVENIO ICMS 01/99 ATE 31/03/2021 ALIQUOTA ZERO DE PIS E COFINS DE ACORDO COM DECRETO 6426/2008 LEI 10637/2002 ARTIGO 2 PARAGRAFO 3 LEI 10833/2003 Endereco de entrega : - *** Pedido de Venda: 467009 *** Cotacao Numero 4306 Valor Aproximado dos Tributos: R$ 1648,63 (32,09%).

RESERVADO AO FISCO

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

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 17/12/2020
ASS.

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

26/02/2021 - BANCO DO BRASIL - 16:32:17
679006790 0004

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

==========

BANCO BRADESCO S.A.

23790110069000000572962007252802385320000239927
BENEFICIARIO:
LABORATORIO SAO PAULO
NOME FANTASIA:
LABORATORIO SAO PAULO
CNPJ: 51.100.840/0001-67
BENEFICIARIO FINAL:
LABORATORIO SAO PAULO ANAL.CLINICAS
CNPJ: 51.100.840/0001-67
PAGADOR:
ASSOC. HOSPITALAR BENEFICIENTE DO B
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	21.702
DATA DE VENCIMENTO	15/02/2021
DATA DO PAGAMENTO	17/02/2021
VALOR DO DOCUMENTO	2.399,27
VALOR COBRADO	2.399,27

==========

NR.AUTENTICACAO F.6FD.C11.C94.60E.C78

==========

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

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

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

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

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

Mirandopolis

PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAÇATUBA

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
57262	25/01/2021	25/01/2021 às 13:35:04	0000-0006-5649

PRESTADOR DE SERVIÇOS

LABORATORIO SÃO PAULO

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

Autenticação

TOMADOR DE SERVIÇOS

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

INFORMAÇÕES DA IMPORTAÇÃO

Data e Hora	25/01/2021 às 13:34:01	Lote	65649
Número do RPS	0000-0006-5649	Sequência	65649

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Serviço	Descrição	Vlr. Unitário	Qtde	Desconto	Aliq. Tributo (IBPT)	Total
2223	PRESTACAO DE SERVICOS DE MEDICINA E DIAGNOSE REF. 01/2021	2.556,5100	1,00	0,00	0,00	2.556,51

Valor Total dos Serviços - R$2.556,51

INFORMAÇÕES REFERENTES A DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

PRESTACAO DE SERVICOS DE MEDICINA E DIAGNOSE REF. 01/2021

TRIBUTOS

PIS (R$)	COFINS (R$)	INSS (R$)	IR (R$)	CSLL (R$)	Outras Retenções (R$)	Outros Tributos (R$)
16,62	76,70		38,35	25,57		
CIDE (R$)	IOF (R$)	IPI (R$)	ICMS (R$)			

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

VALOR TOTAL DA NOTA = R$ 2.556,51

Atividade
8640202-LABORATÓRIOS CLÍNICOS

Operação	**Deduçao de Materiais/Equipamentos**	**Responsável pelo imposto**
Sem Lançamentos de Materiais/Equipamentos	Não	Prestador dos Serviços
Situação da Nota Fiscal	**Local do Serviço**	
Normal	Dentro do Município	

Aliquota (%)	Base de Cálc. (R$)	Vlr. Total das Deduções (R$)	Vlr. Total Retido (R$)	Vlr. do ISS (R$)
3,0000	2.556,51	0,00	157,24	76,70

VALOR LÍQUIDO DA NOTA = R$ 2.399,27

OUTRAS INFORMAÇÕES (RESERVADO AO FISCO)

- O crédito gerado estará disponivel somente após o recolhimento do ISS desta NF-e.

Recebi(emos) do Prestador: LABORATORIO SAO PAULO ANALISES CLINICAS LTDA CNPJ: 51.100.840/0001-67

Os serviços constantes da Nota Fiscal de Serviços Eletrônica n.º **57262** emitida em **25/01/2021** às **13:35:04** - Cód Verif **0000-0006-5649**
Condições de Pagamento: Vencimento: 25/01/2021 Valor Total R$ **2.556,51** Valor Líquido R$ **2.399,27**

Ass: _____ em ____/____/_____,
Assinatura do Destinatário/Tomador do(s) Serviço(s) Data da Assinatura

Laboratório	LABORATORIO SAO PAULO ANALISES CLINICAS LTDA - MAT
CNPJ	51100840000167
Endereço	Rua Tiradentes, 1086 - Vila Mendonça,
Cidade	Araçatuba
Credenciado	ASSOCIACAO HOSP. BENEFIC. DO BRASIL
Conta de assist. médica período	04/01/2021 - 18/01/2021
Data da fatura/Vencimento	25/01/2021 - 30/01/2022
CNPJ	45349461000102

Data	Cód. O.S	Paciente	Matrícula	Guia	Procedimento	Valor
11/01/2021	023-65755-479	ADEMAR PESSOA DOS ANJ			CULTURA DE VIGILANCIA	26,20
11/01/2021	023-65755-479	ADEMAR PESSOA DOS ANJ			CULTURA DE VIGILANCIA	26,20
11/01/2021	023-65755-479	ADEMAR PESSOA DOS ANJ			ANTIBIOGRAMA, VIGILANC	31,19
11/01/2021	023-65755-479	ADEMAR PESSOA DOS ANJ			CULTURA DE VIGILANCIA	26,20
11/01/2021	023-65755-479	ADEMAR PESSOA DOS ANJ			ANTIBIOGRAMA, VIGILANC	31,19
Sub-total						**140,98**
18/01/2021	023-65762-277	ADEMAR PESSOA DOS ANJ			CULTURA DE VIGILANCIA	26,20
18/01/2021	023-65762-277	ADEMAR PESSOA DOS ANJ			ANTIBIOGRAMA, VIGILANC	31,19
18/01/2021	023-65762-277	ADEMAR PESSOA DOS ANJ			CULTURA DE VIGILANCIA	26,20
18/01/2021	023-65762-277	ADEMAR PESSOA DOS ANJ			ANTIBIOGRAMA, VIGILANC	31,19
18/01/2021	023-65762-277	ADEMAR PESSOA DOS ANJ			CULTURA DE VIGILANCIA	26,20
18/01/2021	023-65762-277	ADEMAR PESSOA DOS ANJ			ANTIBIOGRAMA, VIGILANC	31,19
Sub-total						**172,17**
04/01/2021	023-65748-448	ALTENAIR DUTRA DA SIL			CULTURA DE VIGILANCIA	26,20
04/01/2021	023-65748-448	ALTENAIR DUTRA DA SIL			CULTURA DE VIGILANCIA	26,20
04/01/2021	023-65748-448	ALTENAIR DUTRA DA SIL			ANTIBIOGRAMA, VIGILANC	31,19
04/01/2021	023-65748-448	ALTENAIR DUTRA DA SIL			CULTURA DE VIGILANCIA	26,20
04/01/2021	023-65748-448	ALTENAIR DUTRA DA SIL			ANTIBIOGRAMA, VIGILANC	31,19
Sub-total						**140,98**
04/01/2021	023-65748-422	ARMINDO ALVES DIAS			CULTURA DE VIGILANCIA	26,20
04/01/2021	023-65748-422	ARMINDO ALVES DIAS			ANTIBIOGRAMA, VIGILANC	31,19
04/01/2021	023-65748-422	ARMINDO ALVES DIAS			CULTURA DE VIGILANCIA	26,20
04/01/2021	023-65748-422	ARMINDO ALVES DIAS			ANTIBIOGRAMA, VIGILANC	31,19
04/01/2021	023-65748-422	ARMINDO ALVES DIAS			CULTURA DE VIGILANCIA	26,20
04/01/2021	023-65748-422	ARMINDO ALVES DIAS			ANTIBIOGRAMA, VIGILANC	31,19
Sub-total						**172,17**
07/01/2021	023-65751-440	ARMINDO ALVES DIAS			HEMOCULTURA AUTOMATIZA	41,00
07/01/2021	023-65751-440	ARMINDO ALVES DIAS			HEMOCULTURA AUTOMATIZA	41,00
07/01/2021	023-65751-440	ARMINDO ALVES DIAS			SECRECAO PULMONAR, QUA	49,50
07/01/2021	023-65751-440	ARMINDO ALVES DIAS			ANTIBIOGRAMA, SECRECOE	31,19
Sub-total						**162,69**
18/01/2021	023-65762-359	ARMINDO ALVES DIAS			CULTURA DE VIGILANCIA	26,20
18/01/2021	023-65762-359	ARMINDO ALVES DIAS			ANTIBIOGRAMA, VIGILANC	31,19
Sub-total						**57,39**
04/01/2021	023-65748-421	CREUSA CARVALHO DE OL			CULTURA DE VIGILANCIA	26,20
04/01/2021	023-65748-421	CREUSA CARVALHO DE OL			ANTIBIOGRAMA, VIGILANC	31,19
04/01/2021	023-65748-421	CREUSA CARVALHO DE OL			CULTURA DE VIGILANCIA	26,20
04/01/2021	023-65748-421	CREUSA CARVALHO DE OL			ANTIBIOGRAMA, VIGILANC	31,19
04/01/2021	023-65748-421	CREUSA CARVALHO DE OL			CULTURA DE VIGILANCIA	26,20
04/01/2021	023-65748-421	CREUSA CARVALHO DE OL			ANTIBIOGRAMA, VIGILANC	31,19
Sub-total						**172,17**
18/01/2021	023-65762-278	CREUSA CARVALHO DE OL			CULTURA DE VIGILANCIA	26,20
18/01/2021	023-65762-278	CREUSA CARVALHO DE OL			ANTIBIOGRAMA, VIGILANC	31,19
Sub-total						**57,39**
11/01/2021	023-65755-480	GEOVANA CARVALHO FERN			CULTURA DE VIGILANCIA	26,20
11/01/2021	023-65755-480	GEOVANA CARVALHO FERN			ANTIBIOGRAMA, VIGILANC	31,19

(*) Antibiograma não realizado

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

11/01/2021	023-65755-480 GEOVANA CARVALHO FERN	CULTURA DE VIGILANCIA	26,20
11/01/2021	023-65755-480 GEOVANA CARVALHO FERN	ANTIBIOGRAMA, VIGILANC	31,19
11/01/2021	023-65755-480 GEOVANA CARVALHO FERN	CULTURA DE VIGILANCIA	26,20
11/01/2021	023-65755-480 GEOVANA CARVALHO FERN	ANTIBIOGRAMA, VIGILANC	31,19
Sub-total			**172,17**
04/01/2021	023-65748-449 JOAO BATISTA DOS SANT	CULTURA DE VIGILANCIA	26,20
04/01/2021	023-65748-449 JOAO BATISTA DOS SANT	ANTIBIOGRAMA, VIGILANC	31,19
04/01/2021	023-65748-449 JOAO BATISTA DOS SANT	CULTURA DE VIGILANCIA	26,20
04/01/2021	023-65748-449 JOAO BATISTA DOS SANT	ANTIBIOGRAMA, VIGILANC	31,19
04/01/2021	023-65748-449 JOAO BATISTA DOS SANT	CULTURA DE VIGILANCIA	26,20
04/01/2021	023-65748-449 JOAO BATISTA DOS SANT	ANTIBIOGRAMA, VIGILANC	31,19
04/01/2021	023-65748-449 JOAO BATISTA DOS SANT	CULTURA DE VIGILANCIA	26,20
04/01/2021	023-65748-449 JOAO BATISTA DOS SANT	ANTIBIOGRAMA, VIGILANC	31,19
Sub-total			**229,56**
12/01/2021	023-65756-412 JOAO BATISTA DOS SANT	HEMOCULTURA AUTOMATIZA	41,00
12/01/2021	023-65756-412 JOAO BATISTA DOS SANT	HEMOCULTURA AUTOMATIZA	41,00
12/01/2021	023-65756-412 JOAO BATISTA DOS SANT	ANTIBIOGRAMA AUTOMATIZ	31,19
Sub-total			**113,19**
18/01/2021	023-65762-275 JOAO BATISTA DOS SANT	CULTURA DE VIGILANCIA	26,20
18/01/2021	023-65762-275 JOAO BATISTA DOS SANT	ANTIBIOGRAMA, VIGILANC	31,19
Sub-total			**57,39**
18/01/2021	023-65762-296 JOSE NUNES SANTANA	CULTURA DE VIGILANCIA	26,20
18/01/2021	023-65762-296 JOSE NUNES SANTANA	ANTIBIOGRAMA, VIGILANC	31,19
18/01/2021	023-65762-296 JOSE NUNES SANTANA	CULTURA DE VIGILANCIA	26,20
18/01/2021	023-65762-296 JOSE NUNES SANTANA	CULTURA DE VIGILANCIA	26,20
18/01/2021	023-65762-296 JOSE NUNES SANTANA	ANTIBIOGRAMA, VIGILANC	31,19
Sub-total			**140,98**
04/01/2021	023-65748-445 JOSIMAR ROCHA	CULTURA DE VIGILANCIA	26,20
04/01/2021	023-65748-445 JOSIMAR ROCHA	ANTIBIOGRAMA, VIGILANC	31,19
04/01/2021	023-65748-445 JOSIMAR ROCHA	CULTURA DE VIGILANCIA	26,20
04/01/2021	023-65748-445 JOSIMAR ROCHA	ANTIBIOGRAMA, VIGILANC	31,19
04/01/2021	023-65748-445 JOSIMAR ROCHA	CULTURA DE VIGILANCIA	26,20
Sub-total			**140,98**
04/01/2021	023-65748-425 MARIA DE FATIMA FERRE	CULTURA DE VIGILANCIA	26,20
04/01/2021	023-65748-425 MARIA DE FATIMA FERRE	ANTIBIOGRAMA, VIGILANC	31,19
04/01/2021	023-65748-425 MARIA DE FATIMA FERRE	CULTURA DE VIGILANCIA	26,20
04/01/2021	023-65748-425 MARIA DE FATIMA FERRE	ANTIBIOGRAMA, VIGILANC	31,19
04/01/2021	023-65748-425 MARIA DE FATIMA FERRE	CULTURA DE VIGILANCIA	26,20
Sub-total			**140,98**
18/01/2021	023-65762-298 NIVALDO FERREIRA DA S	CULTURA DE VIGILANCIA	26,20
18/01/2021	023-65762-298 NIVALDO FERREIRA DA S	ANTIBIOGRAMA, VIGILANC	31,19
18/01/2021	023-65762-298 NIVALDO FERREIRA DA S	CULTURA DE VIGILANCIA	26,20
18/01/2021	023-65762-298 NIVALDO FERREIRA DA S	ANTIBIOGRAMA, VIGILANC	31,19
18/01/2021	023-65762-298 NIVALDO FERREIRA DA S	CULTURA DE VIGILANCIA	26,20
18/01/2021	023-65762-298 NIVALDO FERREIRA DA S	ANTIBIOGRAMA, VIGILANC	31,19
Sub-total			**172,17**
18/01/2021	023-65762-286 OSWALDO AKIO MURAI	CULTURA DE VIGILANCIA	26,20
18/01/2021	023-65762-286 OSWALDO AKIO MURAI	ANTIBIOGRAMA, VIGILANC	31,19
18/01/2021	023-65762-286 OSWALDO AKIO MURAI	CULTURA DE VIGILANCIA	26,20
18/01/2021	023-65762-286 OSWALDO AKIO MURAI	ANTIBIOGRAMA, VIGILANC	31,19
18/01/2021	023-65762-286 OSWALDO AKIO MURAI	CULTURA DE VIGILANCIA	26,20
Sub-total			**140,98**
04/01/2021	023-65748-420 VALDECI ARIZOS DOS SA	CULTURA DE VIGILANCIA	26,20
04/01/2021	023-65748-420 VALDECI ARIZOS DOS SA	ANTIBIOGRAMA, VIGILANC	31,19
04/01/2021	023-65748-420 VALDECI ARIZOS DOS SA	CULTURA DE VIGILANCIA	26,20
04/01/2021	023-65748-420 VALDECI ARIZOS DOS SA	ANTIBIOGRAMA, VIGILANC	31,19
04/01/2021	023-65748-420 VALDECI ARIZOS DOS SA	CULTURA DE VIGILANCIA	26,20
04/01/2021	023-65748-420 VALDECI ARIZOS DOS SA	ANTIBIOGRAMA, VIGILANC	31,19

(*) Antibiograma não realizado

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

Sub-total	172,17

Quantidade de O.S.	18
Quantidade de procedimentos	87
Valor total bruto	2.556,51
Valor total desconto	0,00
Valor total líquido	2.556,51

(*) Antibiograma não realizado

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

26/02/2021 - BANCO DO BRASIL - 16:32:17
679006790 0006

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

BANCO DO BRASIL

00190000090308777900900002602175785330000027993
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	21.703
NOSSO NUMERO	30877790000002602
CONVENIO	03087779
DATA DE VENCIMENTO	16/02/2021
DATA DO PAGAMENTO	17/02/2021
VALOR DO DOCUMENTO	279,93
VALOR COBRADO	279,93

NR.AUTENTICACAO 5.3C6.BBD.C0C.FFF.63D

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

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

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

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

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

RECEBEMOS DE COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA OS PRODUTOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO			NF-e Nº. 0040258 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 2501 B 01 GALPAO 04 - CILO 2 - LONDRINA - PR
CEP 86067-050 - 4336321050

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 – ENTRADA
1 – SAÍDA [1]

Nº. 0040258 FL 1 / 1
SÉRIE 1

CHAVE DE ACESSO
4121 0167 7291 7800 0572 5500 1000 0402 5815 6500 5261

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		141210012065420 19/01/2021 12:35:25
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
0040258/1	16/02/2021	279,93	0040258/2	16/03/2021	279,93			

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
559,86	22,39	0,00	0,00	559,86

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	559,86

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)		0,00001	0,474	0,474

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
022068	HEPARINA SODICA 5.000UI/ML (BLAU) L: 20061137 Q: 2 5,0000 F: 30/06/20 V: 30/06/2022, nFCI: FF56EB6D-EE40-46B6-9007-877A3F8E619E	30049099	300	6108	FA	25,00	22,3943	559,86	559,86	22,39	0,00	4,00	0,00

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

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: 46374500001247-AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Municipio: MIRANDOPOLIS CEP: 16800000 UF: SP Pais: BRASIL. PREZADO CLIENTE, FAVOR CONFERIR NO ATO DA ENTREGA - NAO ACEITAREMOS RECLAMACOES APOS 48hs DO RECEBIMENTO. Pedido: 8076 Mirandopolis DATA ENTREGA: 20/01/2021 Pedido: 1814175 Autorizacao de Compra(Pedido Cliente): 1814175 *** 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: AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Municipio: MIRANDOPOLIS CEP: 16800000 UF: SP Pais: BRASIL(Codigo Interno Emitente: 4768 Nome Fantasia: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL); EC 87/2015 Valor ICMS Partilha UF Destino: 78,38] LOCAL DE ENTREGA: AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Municipio: MIRANDOPOLIS UF: SP Pais: BRASIL

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 21/01/21
ASS.

26/02/2021 - BANCO DO BRASIL - 16:32:17
679006790 0007

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

BANCO BRADESCO S.A.

23790601029102100001228000107707785340000068000
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	21.704
DATA DE VENCIMENTO	17/02/2021
DATA DO PAGAMENTO	17/02/2021
VALOR DO DOCUMENTO	680,00
VALOR COBRADO	680,00

NR.AUTENTICACAO E.78E.C53.300.696.325

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

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

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

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

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

RECEBEMOS DE BIOMEDICAL EQUIPAMENTOS PRODUTOS MEDICO-CIRURGICOS LTDA OS PRODUTOS/SERVIÇOS CONSTANTES NA NOTA FISC	VALOR NOTA R$ 680,00	NF-e Nº: 000.130.239 SÉRIE : 1
DATA DE RECEBIMENTO / /	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	DESTINATÁRIO ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEF DO BRASIL

biomedical

BIOMEDICAL EQUIPAMENTOS E PRODUTOS MEDICO-CIRURGICOS LTDA

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

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - Entrada
1 - Saída [1]

Nº 000.130.239
SÉRIE : 1
FOLHA: 1 de 1

CHAVE DE ACESSO
3521 0151 9436 4500 0107 5500 1000 1302 3910 0464 0324

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO	PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
VENDA PRODUCAO PROPRIA	135210060238581 - 18/01/2021 16:09:42

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

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL			CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEF DO BRASIL			45.349.461/0001-02	18/01/2021
ENDEREÇO	BAIRRO/DISTRITO		CEP	DATA DE SAÍDA/ENTRADA
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303	JARDIM ARIANO		16400-400	18/01/2021
MUNICÍPIO	FONE/FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DE SAÍDA
LINS	(14) 3541-1544	SP		16:09:11

FATURA

Número	Data Vcto	Valor
001	17/02/2021	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 LÍQUIDO
1	VOLUME			0,980	0,700

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO

COD PROD	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM SH	CST	CFOP	UNID	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	B.CÁLC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTAS ICMS	ALÍQUOTAS 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 9F30 847B-54BC-457D-AI22-DA2812385F55	90183929	5 41	5101	UN	10	68,000000	680,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	110,16

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

/ /

CÁLCULO DO ISSQN

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

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	RESERVADO AO FISCO
NOSSO PEDIDO: 105880 - 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 MIRANDOPOLIS CONVENIO 0107-2017ICMS Isento nos termos do art.14, do anexo I, do RICMS/SP Decreto 45.490/00	AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS RECEBIDO 20/01/21 ASS.

26/02/2021 - BANCO DO BRASIL - 16:32:17
679006790 0004

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

03399484570130000000530844701042485340000515726
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	21.705
DATA DE VENCIMENTO	17/02/2021
DATA DO PAGAMENTO	17/02/2021
VALOR DO DOCUMENTO	5.157,26
VALOR COBRADO	5.157,26

NR.AUTENTICACAO F.0A7.CD9.D6D.857.1CE

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

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

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

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

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

Materiais Médicos Supermed Hospitalares

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 491737
SERIE 1
FOLHA 1/2

CHAVE DE ACESSO
3121 0111 2060 9900 0107 5500 1000 4917 3710 0069 6331

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	131213980314174 06/01/2021 15:57:37

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	1435325196	SP		

FATURA / DUPLICATA

001 17/02/2021 5.157,26

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
5.157,26	470,55	0,00	0,00	5.103,86

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
53,40	0,00		0,00	0,00	5.157,26

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
ATIVA DISTRIBUICAO E LOGISTICA LTDA	0 - DO EMITENTE				01125797000540

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
AVENIDA PREFEITO OLAVO GOMES DE OLIVEIRA, 6730	POUSO ALEGRE	MG	5250929840006

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
6	CAIXA			31,21	31,21

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UND.	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL. ICMS	AL. IPI
14586	ENOXALOW 60MG 10SER.PREENC.0,6ML-BLAU LT 20120238 (3)11/22 (Fornecedor: 47, Lote: 20120238, Qtde: 3 ,Data Fab: 09/11/2020, Data Val: 09/11/2022)	30049099	000	6108	CX	3	379,6767	1.139,03	1.150,95	138,11		12,00	
29555	WOSULIN NPH 100UI/ML FAM 10ML-BIOMM 2 A 8 LT DV10029 (3)11/21 (Fornecedor: 2946, Lote: DV10029, Qtde: 3 ,Data Fab: 28/12/2019, Data Val: 30/11/2021)	30043100	200	6108	FR	3	17,8900	53,67	54,23	2,17		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	54,23	2,17		4,00	
14587	ENOXAPARINA (ENOXALOW) 80MG 10 SERINGAS-BLAUSIEGEL LT 20081017 (3)08/22 (Fornecedor: 47, Lote: 20081017, Qtde: 3 ,Data Fab: 01/08/2020, Data Val: 31/08/2022)	30049099	800	6108	CX	3	389,2200	1.167,66	1.179,88	47,20		4,00	
13021	HEPAMAX-S 5.000UI/ML 25FAM 5ML-BLAU LT 20-110808 (1)11/22 (Fornecedor: 47, Lote: 20-110808, Qtde: 1 ,Data Fab: 12/11/2020, Data Val: 12/11/2022)	30049099	300	6108	CX	1	559,8700	559,87	565,73	22,63		4,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

UTI MIRANDOPOLIS - CONVENIO 0107/2017# R 45 B 6
ITENS 2 a 5 Aliquota para produtos importados (Resol ucao 13/2012 do Senado Federal.
Emenda Constitucional 87 de 2015:
Valor da partilha para UF de Destino: R$ 382,12
Pedido: 459393
End. Entrega: AV.DR.RAUL DA CUNHA BUENO,585 , MIRANDOPOLIS - 16800-000,
MIRANDOPOLIS-SP - Horario : COMERCIAL
Empresa Enquadrada como Dist. Hospitalar nos termos do Inc. XVII do art. 222 do RICMS/MG
Setor de Cobranca: (11)4934-1669 / 4934-1673 / 4934-1671
QUALQUER INCONFORMIDADE NA ENTREGA, ENTRE IMEDIATAMENTE EM CONTATO COM NOSSO PÓS-VENDAS NO NÚMERO (11) 4934-1703
Rota....: 6 Cubagem: 0,07

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 08/01/21
ASS.

PERECÍVEL
URGENTE

Mercadoria avariadas, ou faltas só serão repostas se forem relacionadas no conhecimentos de transportes.

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

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

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

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA [1]

Nº 491737
SERIE 1
FOLHA 2/2

CHAVE DE ACESSO
3121 0111 2060 9900 0107 5500 1000 4917 3710 0069 6331

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
131213980314174 06/01/2021 15:57:37

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
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	60,50	7,26		12,00	
12772	FENTANILA(A1) 0,05MG/ML 50AMP 10ML GEN-HIPOLABOR (PORT.344/98) LT AS.279/20M (2)08/22 (Fornecedor: 1898, Lote: AS.279/20M, Qtde: 2 ,Data Fab: 15/09/2020, Data Val: 31/08/2022)	30049099	500	6108	CX	2	264,0000	528,00	533,52	64,02		12,00	
28900	EPINEFRINA 1MG/ML 100AMP 1ML GEN-HYPOFA LT 20101521 (1)10/22 (Fornecedor: 131, Lote: 20101521, Qtde: 1 ,Data Fab: 13/10/2020, Data Val: 31/10/2022)	30039099	000	6108	CX	1	115,6200	115,62	116,83	14,02		12,00	
28420	SERTRALINA(C1) 50MG 30CP REV.GEN-CIMED (PORT.344/98) LT 2016156 (1)07/22 (Fornecedor: 1666, Lote: 2016156, Qtde: 1 ,Data Fab: 21/07/2020, Data Val: 21/07/2022)	30049099	000	6108	CX	1	4,5000	4,50	4,55	0,55		12,00	
24930	SINVASTATINA 40MG 30CP GEN-CIMED LT 20194-72 (1)09/22 (Fornecedor: 1666, Lote: 2019-472, Qtde: 1 ,Data Fab: 04/09/2020, Data Val: 04/09/2022)	30039069	000	6108	CX	1	4,8200	4,82	4,87	0,58		12,00	
1238	OPRAZON 40MG PO INJ.20FAM+DIL.10ML-BLAU LT 20100494 (1)09/22 (Fornecedor: 47, Lote: 20100494, Qtde: 1 ,Data Fab: 21/10/2020, Data Val: 21/09/2022)	30049069	000	6108	CX	1	588,1900	588,19	594,34	71,32		12,00	
10206	AMIODARONA 150MG 100AMP 3ML GEN-HIPOLABOR LT AD00320 (1)04/22 (Fornecedor: 1898, Lote: AD00320, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/05/202-0, Data Val: 30/04/2022)	30049054	000	6108	CX	1	599,0000	599,00	605,27	72,63		12,00	
20928	ALCOOL 70% 1LT TRANS CX C/12-DESINF-JALLES MACHADO LT 20.336-70 (2)12/23 (Fornecedor: 1793, Lote: 20.336-70, Qtde: 2 ,Data Fab: 02/12/2020, Data Val: 02/12/2023)	38089429	000	6108	CX	2	58,4200	116,84	118,06	14,17		12,00	
29014	INDAHEX ENXAG BUCAL 0,12% 250ML-INDALAB LT 2021120 (12)11/22 (Fornecedor: 1986, Lote: 2021120, Qtde: 12 ,Data Fab: 01/11/2020, Data Val: 30/11/2022)	33069000	000	6108	UND	12	9,4267	113,12	114,30	13,72		12,00	

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

26/02/2021 - BANCO DO BRASIL - 16:32:17
679006790 0003

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

==========

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

03399484570130000000530841201046485340000460304
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	21.706
DATA DE VENCIMENTO	17/02/2021
DATA DO PAGAMENTO	17/02/2021
VALOR DO DOCUMENTO	4.603,04
VALOR COBRADO	4.603,04

==========

NR.AUTENTICACAO 0.005.42F.3F2.C94.47D

==========

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

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

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

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

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

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

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

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA [1]

Nº 157792
SERIE 1
FOLHA 1/3

CHAVE DE ACESSO
3521 0111 2060 9900 0441 5500 1000 1577 9210 0101 8549

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.	135210015330554 06/01/2021 16:04:42

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/SAIDA
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03	JARDIM ARIANO	16400-400	06 JAN 2021

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

FATURA / DUPLICATA

001 17/02/2021 4.603,04

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
4.573,06	792,80	0,00	0,00	4.603,04

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00		0,00	0,00	4.603,04

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
ATIVA DISTRIBUICAO E LOGISTICA LTDA	0 - DO EMITENTE				01125797000701

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
RUA SALVADOR RODRIGUES PRADO, 200	SAO PAULO	SP	149529966118

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
13	CAIXA			60,24	60,24

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
24862	DETERG ENZIM 5 ENZ 5LT C/3-KELLDRIN LT 14-976 (1) 09/2022 (Fornecedor: 2011, Lote: 14976, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/09/2020, Data Val: 30/09/2022)	38085910	000	5102	CX	1	226,6600	226,66	226,66	40,80		18,00	
21899	AG.DESC.40 X 12 C/100-SR LT 4962N4 (6) 12/2025 (Fornecedor: 7737, Lote: 4962N4, Qtde: 6 ,Data Fab: 01/12/2020, Data Val: 30/12/2025)	90183219	400	5102	CX	6	11,2517	67,51	67,51	8,10		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.PL.IL.F/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	
29285	SONDA FOLEY 2V N.16 05CC C/1-0-DESCARPACK LT SSFAAA0001 (1) 04/2025 (Fornecedor: 918, Lote: SSFAAA0001, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/05/2020, Data Val: 30/04/-2025)	90183921	700	5102	PCT	1	30,2800	30,28	30,28	5,45		18,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

#83V3R7V10||UTI MIRANDOPOLIS - CONVENIO 0107/2017
Pedido: 157563
End. Entrega: AV.DR RAUL DA CUNHA BUENO,585 , MIRANDOPOLIS - 16800-000, MIRANDOPOLIS SP - Horario: COMERCIAL
Empresa credenciada no Regime Especial de Distribuidor Hospitalar 036035/2018 nos termos da Portaria CAT 116/2017
Setor de Cobranca: (11)4934 1669 / 4934-1673 / 4934-1671
QUALQUER INCONFORMIDADE NA ENTREGA, ENTRE IMEDIATAMENTE EM CONTATO COM NOSSO PÓS-VENDAS NO NÚMERO (11) 4934-1703
Rota....: 2 Cubagem: 0,39

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 08/01/21
ASS.

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

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

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

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

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA [1]

Nº 157792
SERIE 1
FOLHA 2/3

CHAVE DE ACESSO
3521 0111 2060 9900 0441 5500 1000 1577 9210 0101 8549

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
135210015330554 06/01/2021 16:04:42

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.UNT.	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL. ICMS	AL IPI
10734	SONDA END.PVC N.8,5 C/CUFF C/10-SOLIDOR LT 29220071 (1) 07/2025 (Fornecedor: 2080, Lote: 29220071, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/07/-2020, Data Val: 31/07/2025)	90183929	200	5102	CX	1	41,3600	41,36	41,36	7,44		18,00	
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 (5) 05/2025 (Fornecedor: 91-8, Lote: SLAKAA011C, Qtde: 5 ,Data Fab: 01/06/2020, Data Val: 31/05/2025)	90183999	200	5102	CX	5	18,0000	90,00	90,00	16,20		18,00	
26110	ELETRODO AD. C/ESP.C/GEL C/5-0-DESCARPACK LT SECDAA0017 (6) 12/2022 (Fornecedor: 918, Lote: SECDAA0017, Qtde: 6 ,Data Fab: 01/02/3020, Data Val: 31/12/-2022)	90181100	200	5102	PCT	6	13,5317	81,19	81,19	14,61		18,00	
27049	TURBANTE DESC.ELAST.C/100-HNDESC LT 12011-20002 (7) 11/2023 (Fornecedor: 1125, Lote: 1201120002, Qtde: 7 ,Data Fab: 23/11/2020, Data Val: 23/11/2023)	63079010	000	5102	PCT	7	14,9943	104,96	104,96	18,89		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	198,4600	198,46	198,46	35,72		18,00	
21967	LUVA P/PROCE.N.EST.VINIL P C/10-BLUES LT 20200084A (1) 10/2025 (Fornecedor: 799-0, Lote: 20200084A, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/10/2020, Data Val: 30/10/2025)	39262000	200	5102	CX	1	700,5600	700,56	700,56	126,10		18,00	
28844	COL SECRECAO BRONQUINHO 120ML MEDSHARP LT BR02042009E (1) 04/2022 \ LT BR101220096 (4) 12/2022 (Fornecedor: 1452, Lote: BR02-042009E, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/04/2020, Data Val: 30/04/2022 / Fornecedor: 1452, Lote: BR101220096, Qtde: 4 ,Data Fab: 01/-12/2020, Data Val: 31/12/2022)	90183929	040	5102	UND	5	5,9960	29,98					
29004	EQ.DIET.ENT.FLEX.S/FIL.ESCAL.C/25-DESCARP-ACK LT SEEAAA0028 (2) 06/2025 (Fornecedor: 918, Lote: SEEAAA0028, Qtde: 2 ,Data Fab: 01/07/2020, Data Val: 30/06/2025)	90189099	200	5102	CX	2	26,5000	53,00	53,00	9,54		18,00	
22390	SONDA END.PVC N.7,5 C/CUFF C/10-CIRURAQ LT 17610 (1) 10/2022 (Fornecedor: 7960, Lote: 17610, Qtde: 1 ,Data Fab: 10/10/201-7, Data Val: 09/10/2022)	90183929	200	5102	CX	1	38,7700	38,77	38,77	6,98		18,00	
13775	SERINGA DESC.10ML SLIP C/250-SR LT H987 (2) 12/2025 (Fornecedor: 1156, Lote: H987, Qtde: 2 ,Data Fab: 01/12/2020, Data Val: 30/12/2025)	90183119	200	5102	CX	2	86,6550	173,31	173,31	20,80		12,00	
26583	FILTRO BAC.VIR. C/TRAQ.AD.HMEF.C/40-SCAV LT 10303 (1) 09/2023 (Fornecedor: 2426, Lote: 10303, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/09/202-0, Data Val: 30/09/2023)	90192010	000	5102	CX	1	222,8800	222,88	222,88	40,12		18,00	
28882	LUVA P/PROC.N.EST.NITRI.S/PO G C/10-BLUE-SAIL LT 20190060A (1) 08/2024 (Fornecedor: 7990, Lote: 20190060A, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/08/2019, Data Val: 31/08/2024)	40161900	200	5102	CX	1	993,6000	993,60	993,60	178,85		18,00	
28881	LUVA P/PROC.N.EST.NITRI.S/PO M C/10-BLUE-SAIL LT 20200011A (1) 02/2025 (Fornecedor: 7990, Lote: 20200011A, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/02/2020, Data Val: 28/02/2025)	40151900	200	5102	CX	1	993,6000	993,60	993,60	178,85		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	

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

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

Avenida Tower Automotive - Galpao 25, 300 - Laranja Azeda - ARUJA, SP, CEP:07430350, Fone:11-4934-1700

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA [1]

Nº 157792
SERIE 1
FOLHA 3/3

CHAVE DE ACESSO
3521 0111 2060 9900 0441 5500 1000 1577 9210 0101 8549

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
135210015330554 06/01/2021 16:04:42

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
15182	SERINGA DESC.20ML SLIP BL C/250-SR LT H707 (2) 09/2025 (Fornecedor: 1156, Lote: H707, Qtde: 2 ,Data Fab: 01/09/2020, Data Val: 30/09/2025)	90183119	200	5102	CX	2	132,5750	265,15	265,15	31,82		12,00	
21840	INFUSOR MULT.2V C/CLAMP PGC C/4-0-DESCARP 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	25,8800	25,88	25,88	4,67		18,00	

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

26/02/2021 - BANCO DO BRASIL - 16:32:17
679006790 0004

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

==========

BANCO DO BRASIL

00190000090330884110900006518179185350000091080
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	21.801
NOSSO NUMERO	33088411000006518
CONVENIO	03308841
DATA DE VENCIMENTO	18/02/2021
DATA DO PAGAMENTO	18/02/2021
VALOR DO DOCUMENTO	910,80
VALOR COBRADO	910,80

==========

NR.AUTENTICACAO E.8D9.112.B82.6EF.C0D

==========

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

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

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

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

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

DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IMPORTACAO E EXPORTACAO LTDA

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

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA [1]

Nº 139147
SERIE 1
FOLHA 1/2

CHAVE DE ACESSO
3521 0104 0278 9400 0750 5500 1000 1391 4710 0110 4577

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	135210065776922 19/01/2021 17:28:10

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

MUNICIPIO	FONE/FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DA SAIDA
LINS	1435325198	SP		17:26

FATURA / DUPLICATA

001	18/02/2021	910,80	002	20/03/2021	910,80		

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
1.805,55	236,48	0,00	0,00	1.821,60

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00		0,00	0,00	1.821,60

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	NUMERO	PESO BRUTO	PESO LIQUIDO
2	CAIXAS			6,00	6,00

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
48030	LANCETA SEGURANCA 28G C/100 - DESCARPACK (Lote: SLAKAA012C, Qtde: 4, Dt Val: 31/08/2025 ,Data Fab: 01/08/2020)	90183999	200	5102	CX	4	18,0000	72,00	72,00	12,96		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	11,71		18,00	
3798	ALGODAO ORTOP.15X1.0M C/12-ORTOBOM (Lote: 266, Qtde: 3, Dt Val: 01/12/2025 ,Data Fab: 01/12/2020)	90211020	040	5102	PCT	3	5,3500	16,05					
36041	COMP.GAZE 7,5X7,5 13F C/500 - CLEAN (Lote: 41020, Qtde: 6, Dt Val: 31/12/2025 ,Data Fab: 01/12/2020)	30059090	000	5102	PCT	6	11,2500	67,50	67,50	12,15		18,00	
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	
33722	VANCOMICINA 500MG 25/10ML GEN - ABL (Lote: 109218C, Qtde: 6, Dt Val: 30/09/2022 ,Data Fab: 01/09/2020)	30042071	000	5102	CX	6	122,7000	736,20	736,20	88,34		12,00	
27000	BROMOPRIDA 5MG C/50 AMP GEN - NOVAFARMA (Lote: 78PE2014, Qtde: 2, Dt Val: 31/05/2022 ,Data Fab: 01/05/2020)	30049045	500	5102	CX	2	52,7000	105,40	105,40	12,65		12,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

RECLAMACOES DE MERCADORIAS COM NO MAXIMO DE 48HORAS APOS A ENTREGA
MIRANOPOLIS - DUPATR11ENTREGAR DR RAUL DA CUNHA BUENO 585 JD SANTA ROSA MIRANOPOLIS SPUTI MIRANOPOLIS CONV 0107/2017 AC/ LAIS
ITEM 3 ISENCAO ICMS CONFORME CONVENIO 126/2010
ITENS 5 a 8,10 ALIQ.12% CF LEI GENERICOSSP 16005/2015
ITENS 2,4
ITENS 1,3 ISENTO PIS/COFINS DECRETO 6426/08 ANEXO III
ITENS 5 a 10 ALIQUOTA ZERO PIS/COFINS.CF.ART.2 DA LEI 10.147/00
VALOR APROX. TRIBUTOS, R$ 251,68, Federal, R$ 15,20, Estadual, R$ 236,48
Pedido: 157000
Representante: REGIAO SJRP - (VITOR)

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 20/01/21
ASS.

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

18/021
21

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 139147
SERIE 1
FOLHA 2/2

CHAVE DE ACESSO
3521 0104 0278 9400 0750 5500 1000 1391 4710 0110 4577

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
135210065776922 19/01/2021 17:28:10

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
37656	DOBUTAMINA 250MG 10/20ML GEN - HYPOFARMA (Lote: 20101537, Qtde: 2, Dt Val: 31/10/2022 ,Data Fab: 01/10/2020)	30039099	000	5102	CX	2	70,2500	140,50	140,50	16,86		12,00	
2314	NITROP 50MG 5/2ML - HYPOFARMA (Lote: 20091388, Qtde: 2, Dt Val: 30/09/2022 ,Data Fab: 01/09/2020)	30039099	000	5102	CX	2	62,9000	125,80	125,80	22,64		18,00	
50910	ANLODIPINO 5MG C/30CP GEN - CIMED (Lote: 2025060, Qtde: 1, Dt Val: 31/12/2022 ,Data Fab: 01/12/2020)	30039099	000	5102	CX	1	1,1000	1,10	1,10	0,13		12,00	

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

26/02/2021 - BANCO DO BRASIL - 16:32:17
679006790 0005

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

==========

BANCO DO BRASIL

00190000090330884120800007265176585350000008050
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	21.802
NOSSO NUMERO	33088412000007265
CONVENIO	03308841
DATA DE VENCIMENTO	18/02/2021
DATA DO PAGAMENTO	18/02/2021
VALOR DO DOCUMENTO	80,50
VALOR COBRADO	80,50

==========

NR.AUTENTICACAO 3.8EE.472.BCF.C56.B7D

==========

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

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

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

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

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

DUPATRI HOSPITALAR COM IMP EXT LTDA
AV. JOSE SEVERINO, Nº 3530
CATALÃO - GO
CEP: 75.709-616
TELEFONES
ESTOQUE CATALÃO: (64) 3442-8051
ADM. SANTOS : (13) 3228-8700

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA [1]

Nº 1154492
SERIE 1
FOLHA 1/1

CHAVE DE ACESSO
5221 0104 0278 9400 0326 5500 1001 1544 9210 0037 4704

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 N CONTRIB

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO
152213756632970 19/01/2021 15:42:38

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/SAÍDA
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303	JARDIM ARIANO	16400-400	19/01/2021

MUNICÍPIO	FONE/FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DA SAÍDA
LINS	1435325198	SP		15:42

FATURA / DUPLICATA

001 18/02/2021 80,50	002 20/03/2021 80,50	

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
134,16	16,10	0,00	0,00	161,00

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	161,00

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			11,00	11,00

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UND	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL. ICMS	AL IPI
36559	FRALDA GERIAT.TAM.EG C/7 - SLIM	96190000	020	6108	PCT	20	8,0500	161,00	134,16	16,10		12,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

RECLAMACOES DE MERCADORIAS COM NO MAXIMO DE 48HORAS APOS A ENTREGA
MIRANOPOLIS - DUPATR11ENTREGAR DR RAUL DA CUNHA BUENO 585 JD SANTA ROSA MIRANOPOLIS
SPUTI MIRANOPOLIS CONV 0107/2017 AC/ LAIS
ITEM 1 RED.BASE DE CALCULO CONF. ART. 8°, INC. VIII, ANEXO IX DEC.4.852/97 - RICMS/GO
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$ 9,66
VALOR APROX. TRIBUTOS, R$ 28,61, Federal, R$ 12,51, Estadual, R$ 16,10
Pedido: 1236223
Representante: REGIAO SJRP - (VITOR)
Redespacho...: 0 EMITENTE (43) - CIF - CNPJ.: - Inscrição Estadual.:633565182110 -
Endereço.:RUA SAO PAULO SANTOS-SP

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 20/01/21
ASS.

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

18/21

21

26/02/2021 - BANCO DO BRASIL - 16:32:17
679006790 0005

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

BANCO DO BRASIL

00190000090171153600100879442176885350000247579
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	21.803
NOSSO NUMERO	17115360000879442
CONVENIO	01711536
DATA DE VENCIMENTO	18/02/2021
DATA DO PAGAMENTO	18/02/2021
VALOR DO DOCUMENTO	2.475,79
VALOR COBRADO	2.475,79

NR.AUTENTICACAO 6.515.10F.D72.AB1.862

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

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

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

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

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

Identificação do emitente

Rioclarense

COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA
PC EMP. JO MARCONATO 1600 - 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. 1389723 FL 1 / 1
SÉRIE 1

CHAVE DE ACESSO
3521 0167 7291 7800 0491 5500 1001 3897 2313 2016 0377

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	135210064642591 19/01/2021 14:19:36

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	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
1389723/1	18/02/2021	2.475,79	1389723/2	22/03/2021	2.475,78			

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
4.951,57	603,88	0,00	0,00	4.951,57

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	4.951,57

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

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

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

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
1,00	VOLUME(S)		0,00018	8,066	8,066

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
019304	PIPERACILINA 4,0G + TAZOBACTAM 0,5G (NOVAFAR/FRESEN) (ITEM GENERICO) L: 78PL4545 Q: 50,0000 F: 10/11/20 V: 10/11/2022	30041019	000	5102	FA	50,00	20,40	1.020,00	1.020,00	122,40	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
031409	FUROSEMIDA 20MG/2ML (FARMACE) L: FS20J094 Q: 100,0000 F: 30/10/20 V: 30/10/2022	30039086	000	5102	AP	100,00	0,5584	55,84	55,84	10,05	0,00	18,00	0,00
028089	NOREPINEFRINA 8MG, HEMITARTARATO (HYPOFARMA) (ITEM GENERICO) L: 20121662 Q: 50,0000 F: 01/12/20 V: 30/12/2022	30039099	000	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-407/20 Q: 200,0000 F: 30/11/20 V: 30/10/2022 *** Portaria 344/98 B1, nFCI: 6C7DE18F-3E75-48C4-B58A-E54E06657602	30049099	500	5102	AP	200,00	17,00	3.400,00	3.400,00	408,00	0,00	12,00	0,00

CÁLCULO DO ISSQN

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

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

LOCAL DE ENTREGA: 46374500001247-AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Municipio: MIRANDOPOLIS CEP: 16800000 UF: SP Pais: BRASIL PREZADO CLIENTE, FAVOR CONFERIR NO ATO DA ENTREGA - [redacted]ITAREMOS RECLAMACOES APOS 48hs DO RECEBIMENTO. Pedido 8076 - Mirandopolis DATA ENTREGA: [redacted] Pedido: 1814174 Autorizacao de Compra(Pedido Cliente): 1814174 *** O pagamento devera ser realizado atraves do [redacted]o a nota fiscal, caso nao receba entre em contato atraves do e-mail boletos@rioclarense.com.br ou no telefone (19)3522-5800. Setor de Cobranca Privado. AFE: 1.04397-7 ** AE: 1.22375-2 ** ASS: 1302/16 Validade: 23/01/2021 MODAL: RODOVIARIO / TIPO ENTREGA: EXPRESSA LOCAL DE ENTREGA: Endereço: AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Municipio: MIRANDOPOLIS CEP: 16800000 UF: SP Pais: BRASIL(Código Interno Emitente: 4768 Nome Fantasia: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL) LOCAL DE ENTREGA: AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Municipio: MIRANDOPOLIS UF: SP Pais: BRASIL

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 20/01/21
ASS.

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

26/02/2021 - BANCO DO BRASIL - 16:32:18
679006790 0004

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

BANCO DO BRASIL

00190000090171153600100879433175585350000132974
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	21.804
NOSSO NUMERO	17115360000879433
CONVENIO	01711536
DATA DE VENCIMENTO	18/02/2021
DATA DO PAGAMENTO	18/02/2021
VALOR DO DOCUMENTO	1.329,74
VALOR COBRADO	1.329,74

NR.AUTENTICACAO B.98A.79B.CE1.BDE.EE2

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

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

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

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

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

Identificação do emitente

Rioclarense

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

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 – ENTRADA
1 – SAÍDA [1]

Nº. 1389715 FL 1 / 1
SÉRIE 1

CHAVE DE ACESSO
3521 0167 7291 7800 0491 5500 1001 3897 1513 2016 0375

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		135210064599281 19/01/2021 14:11:49
INSCRIÇÃO ESTADUAL	**INSCR. EST. SUBS. TRIBUTÁRIO**	**CNPJ**
395060142110		67.729.178/0004-91

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL			CNPJ / CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL			45.349.461/0001-02	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
1389715/1	18/02/2021	1.329,74	1389715/2	22/03/2021	1.329,74			

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUTO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
2.659,48	478,71	0,00	0,00	2.659,48

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	VALOR DO DESCONTO	OUTRAS DESPESAS	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2.659,48

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

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

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

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERO	PESO BRUTO	PESO LIQUIDO
3,00	VOLUME(S)		0,00002	24,217	24,217

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
032103	AVENTAL IMPERMEAVEL DE POLIETILENO (MAYCARE) L: 122020 Q: 300,0000 F: 30/11/20 V: 30/11/2023	62101000	000	5102	PC	300,00	8,10	2.430,00	2.430,00	437,41	0,00	18,00	0,00
010304	ALGODAO HIDROFILO 500GRS (ERS) L: 1220 Q: 1,0000 F: 16/12/20 V: 30/12/2025	52030000	000	5102	RO	1,00	11,076	11,08	11,08	1,99	0,00	18,00	0,00
030366	TIRAS REAGENTES N/INDIV (MEDLEVENSOHN) L: 1290730 Q: 400,0000 F: 15/07/20 V: 14/07/2022	38220090	700	5102	TI	400,00	0,546	218,40	218,40	39,31	0,00	18,00	0,00

CÁLCULO DO ISSQN

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

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

LOCAL DE ENTREGA: 46374500001247-AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Municipio: MIRANDOPOLIS CEP: 16800000 UF: SP Pais: BRASIL PREZADO CLIENTE, FAVOR CONFERIR NO ATO DA ENTREGA - NAO ACEITAREMOS RECLAMACOES APOS 48hs DO RECEBIMENTO. DATA ENTREGA: 20/01/2021 Pedido: 1814165 Autorizacao de Compra(Pedido Cliente): 1814165 *** O pagamento devera ser realizado atraves do boleto anexo a nota fiscal, caso nao receba entre em contato atraves do e-mail boletos@rioclarense com br ou no telefone (19)3522-5800, Setor de Cobranca Privado. AFE: 1.04397-7 ** AE: 1.22375-2 ** ASS: 1302/16 Validade: 23/01/2021 MODAL: RODOVIARIO / TIPO ENTREGA: EXPRESSA LOCAL DE ENTREGA: Endereço: AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Municipio: MIRANDOPOLIS CEP: 16800000 UF: SP Pais: BRASIL(Código Interno Emitente: 4768 Nome Fantasia: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL) LOCAL DE ENTREGA: AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Municipio: MIRANDOPOLIS UF: SP Pais: BRASIL

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 20/01/21
ASS.

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

1 / 1

26/02/2021 - BANCO DO BRASIL - 16:32:18
679006790 0002

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

BANCO COOPERATIVO DO BRASIL S.

75691321650100230510800042930016685350000031830
BENEFICIARIO:
AUGUSTO VALERIO DE SIQUEIRA PAPELAR
NOME FANTASIA:
AUGUSTO VALERIO DE SIQUEIRA PAPELAR
CNPJ: 01.641.665/0001-47
BENEFICIARIO FINAL:
AUGUSTO VALERIO DE SIQUEIRA PAPELAR
CNPJ: 01.641.665/0001-47
PAGADOR:
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC. DO B
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	21.805
DATA DE VENCIMENTO	18/02/2021
DATA DO PAGAMENTO	18/02/2021
VALOR DO DOCUMENTO	318,30
VALOR COBRADO	318,30

NR.AUTENTICACAO A.6FA.40A.AAF.F54.C8B

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

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

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

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

Convênio nº 107/2017
Fonte de Recurso Estadual
Termo Aditivo nº 00002/2020
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090198 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

AUGUSTO VALERIO DE SIQUEIRA PAPELARIA ME

Rua DUQUE DE CAXIAS, 1100
CENTRO - MIRANDOPOLIS - SP
Fone: (18)3701-5668 CEP: 16800-000

livrariaestudebem@hotmail.com

DANFE

Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA [1]

Nº 000.005.039
Série 001
Folha 1/1

CHAVE DE ACESSO
3521 0101 6416 6500 0147 5500 1000 0050 3916 3407 6221

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO	PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
Venda de mercadoria adquirida ou recebid	135210057698510 18/01/2021 09:29:22

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBSTITUTO TRIBUTÁRIO	CNPJ
149014737115		01.641.665/0001-47

ESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL	CNPJ / CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL	45.349.461/0001-02	18/01/2021

ENDEREÇO	BAIRRO / DISTRITO	CEP	DATA DA SAÍDA
Avenida Jose Ariano Rodrigues, 303 SALA	Jardim Ariano	16400-400	18/01/2021

MUNICÍPIO	UF	TELEFONE / FAX	TELEFONE / CELULAR	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DA EMISSÃO / HORA DA SAÍDA
LINS	SP	(14)3532-5198			09:25:23 / 09:25:23

ATURA/DUPLICATAS

NÚMERO DA FATURA	VALOR ORIGINAL	VALOR DO DESCONTO	VALOR LÍQUIDO
5039	318,30	0,00	318,30

Número	001
Vencimento	18/02/2021
Valor R$	318,30

ÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR DO FCP	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	318,30

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	**318,30**

RANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

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

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
44					

ADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	CSOSN	CFOP	UNID.	QUANTIDADE	VALOR UNITÁRIO	DESC %	VALOR TOTAL	BASE DE CÁLC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTA ICMS	ALÍQUOTA IPI
20305	LIVRO ATA 100 FLS SAO DOMINGOS	48201000	0500	5405	UN	2,00	12,45	0,00	24,90	0,00	0,00	0,00	0,00	
38216	PAPEL SULFITE RINO CX/10 RESMAS	48025610	0500	5405	UN	1,00	204,90	0,00	204,90	0,00	0,00	0,00	0,00	
8870	FITA ADESILVA ADELBRAS 48X40MT INCOLOR	39191010	0500	5405	UN	1,00	4,50	0,00	4,50	0,00	0,00	0,00	0,00	
38587	PASTA A-ELASTICO PLASTICA OFICIO CRISTAL ACP	42021210	0500	5405	UN	40,00	2,10	0,00	84,00	0,00	0,00	0,00	0,00	

ÁLCULO DO ISSQN

INSCRIÇÃO MUNICIPAL	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	BASE DE CÁLCULO DO ISSQN	VALOR TOTAL DO ISSQN
3.4.000552	0,00	0,00	0,00

ADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	RESERVADO AO FISCO
Val. Aprox. Impostos R$30,58 (9,61%) Federal R$15,93 (5,00%) Estadual Fonte: IBPT -"DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL", II-"NAO GERA DIREITO A CREDITO FISCAL DE ISS E IPI", III-Permite credito de ICMS no valor de R$).00 equivalente a 2,33% nos termos do Artigo 23 da Lei Complementar 123 de 2006.	AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS RECEBIDO 20/01/21 ASS.

DATA E HORA DA IMPRESSÃO: 18/01/2021 09:29:31

FX Sistemas - (18) 3701-0814 / (18) 3701-6314 / (18) 3701-5484 / (18) 3701-4659 - www.fxsistemas.com.br

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

26/02/2021 - BANCO DO BRASIL - 16:32:18
679006790 0003

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

03399484570130000000537146701042585350000056368
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	21.806
DATA DE VENCIMENTO	18/02/2021
DATA DO PAGAMENTO	18/02/2021
VALOR DO DOCUMENTO	563,68
VALOR COBRADO	563,68

NR.AUTENTICACAO 2.38D.09E.566.34F.53D

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

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

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

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

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

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

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

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA [1]

Nº 162422
SERIE 1
FOLHA 1/1

CHAVE DE ACESSO
3521 0111 2060 9900 0441 5500 1000 1624 2210 0050 0142

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	135210065314149 19/01/2021 16:07:49

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/SAÍDA
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03	JARDIM ARIANO	16400-400	19 JAN 2021

MUNICÍPIO	FONE/FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DA SAÍDA
LINS	1435325198	SP		

FATURA / DUPLICATA

001	18/02/2021	563,68	002	05/03/2021	563,68		

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
1.100,13	183,42	0,00	0,00	1.127,36

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	1.127,36

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
3	CAIXA			5,00	5,00

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
2905	HALO(C1) 5MG/ML 50AMP 1ML-CRISTALIA (PORT.344/98) LT 20100116 (1) 10/2023 (Fornecedor: 727, Lote: 20100116, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/10/2020, Data Val: 31/10/2023)	30049069	000	5102	CX	1	129,7900	129,79	129,79	23,36		18,00	
6713	DEXAMETASONA 4MG 50AMP 2,5ML GEN-HYPOFARMA LT 20070548 (2) 07/2022 (Fornecedor: 131, Lote: 20070548, Qtde: 2 ,Data Fab: 01/09/2020, Data Val: 31/07/2022)	30043290	000	5102	CX	2	63,7500	127,50	127,50	15,30		12,00	
11484	SOL.DE GLICOSE 25% 200AMP 10ML PL-SAMTEC LT LXU (1) 11/2022 (Fornecedor: 15842, Lote: LXU, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/12/2020, Data Val: 30/11/2022)	30049099	500	5102	CX	1	115,7700	115,77	115,77	13,89		12,00	
20058	ENOXAPARINA(VERSA) 40MG C/6 SER.-EUROFARMA LT 639621A (5) 09/2021 (Fornecedor: 1088, Lote: 639621A, Qtde: 5 ,Data Fab: 01/09/2019, Data Val: 30/09/2021)	30049099	000	5102	CX	5	145,4140	727,07	727,07	130,87		18,00	
29014	INDANEX ENXAG BUCAL 0,12% 250ML-INDALAB LT 156.12/2020 (3) 12/2022 (Fornecedor: 1986, Lote: 156.12/2020, Qtde: 3 ,Data Fab: 22/12/2020, Data Val: 29/12/2022)	33069000	060	5405	UND	3	9,0767	27,23					

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

#R1V1R2V1R5V1||UTI MIRANDPOLIS - CONVENIO 0107/2017
ITEM 5 Imposto Recolhido por Substituicao Tributaria
ITEM 5 ICMS-ST retido por operação anterior base: 27,18 valor: 2,76
Pedido: 162225
Xxx. Entrega: AV.DR.RAUL DA CUNHA RUEDO,585 , MIRANDOPOLIS - 16800-000, MIRANDOPOLIS SP - Recebo : 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: 0,01

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 20/01/21
ASS.

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

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

/ /

26/02/2021 - BANCO DO BRASIL - 16:32:19
679006790 0007

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

03399484570130000000537150501049985350000092366
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	21.807
DATA DE VENCIMENTO	18/02/2021
DATA DO PAGAMENTO	18/02/2021
VALOR DO DOCUMENTO	923,66
VALOR COBRADO	923,66

NR.AUTENTICACAO D.88B.433.105.628.26D

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

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

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

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

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

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

Rua Projetada, s/n, Itaim - CAMBUI, MG.
CEP:37800000, Fone:11-4934-1700

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA [1]

Nº 494227
SERIE 1
FOLHA 1/2

CHAVE DE ACESSO
3121 0111 2060 9900 0107 5500 1000 4942 7102 0088 8427

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
131213999209653 19/01/2021 18:47:49

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 SAÍDA
LINS	1435325198	SP		

FATURA / DUPLICATA

001	18/02/2021	923,66	002	05/03/2021	923,65			

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
1.847,31	220,24	0,00	0,00	1.820,91

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	1.847,31

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
13	CAIXA			72,35	72,35

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UND	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL. ICMS	AL IPI
14586	ENOXALOW 60MG 10SER.PREENC.0,6ML-BLAU LT 20120238 (1)11/22 (Fornecedor: 47, Lote: 20120238, Qtde: 1 ,Data Fab: 09/11/20-20, Data Val: 09/11/2022)	30049099	000	6108	CX	1	384,5700	384,57	390,15	46,82		12,00	
29556	WOSULIN REG.100UI/ML FAM 10ML-BIOMM 2 A 8 LT DU10766 (1)10/21 (Fornecedor: 2946, Lote: DU10766, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/11/201-9, Data Val: 31/10/2021)	30043100	200	6108	FR	1	17,8900	17,89	18,15	0,73		4,00	
12772	FENTANILA(A1) 0,05MG/ML 50AMP 10ML GEN-HI-POLABOR (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	535,66	64,28		12,00	
28418	NISTATINA+OX.ZINCO POM TB 60G GEN-CIMED LT 2014068 (6)07/22 (Fornecedor: 1666, Lote: 2014068, Qtde: 6 ,Data Fab: 14/07/2020, Data Val: 14/07/2022)	30049099	000	6108	TB	6	5,4067	32,44	32,91	3,95		12,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

UTI MIRANDOPOLIS - CONVENIO 0107/2017;# R 46 B 1
ITEM 2 Aliquota para produtos importados (Resol ucao 13/2012 do Senado Federal.
Emenda Constitucional 87 de 2015:
Valor da partilha para UF de Destino: R$ 50,45
Pedido: 461917
End. Entrega: AV.DR.RAUL DA CUNHA BUENO,585 , MIRANDOPOLIS - 16800-000,
MIRANDOPOLIS-SP - Horario : COMERCIAL
Empresa Enquadrada como Dist. Hospitalar nos termos do Inc. XVII do art. 222 do RICMS/MG
Setor de Cobranca: (11)4934-1669 / 4934-1673 / 4934-1671
QUALQUER INCONFORMIDADE NA ENTREGA, ENTRE IMEDIATAMENTE EM CONTATO COM NOSSO PÓS-VENDAS NO NÚMERO (11) 4934-1703
Rota....: 6 Cubagem: 0,17

Mercadoria avariadas, ou faltas só serão repostas se forem relacionadas ao conhecimentos do transportes.

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 20/01/21
ASS.

PERECÍVEL
URGENTE

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

26/02/2021 - BANCO DO BRASIL - 16:32:19
679006790 0003

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

03399484570130000000537147501045185350000364279
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	21.808
DATA DE VENCIMENTO	18/02/2021
DATA DO PAGAMENTO	18/02/2021
VALOR DO DOCUMENTO	3.642,79
VALOR COBRADO	3.642,79

NR.AUTENTICACAO 1.5D9.891.3B3.664.D59

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

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

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

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

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

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

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

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA [1]

Nº 162428
SERIE 1
FOLHA 1/2

CHAVE DE ACESSO
3521 0111 2060 9900 0441 5500 1000 1624 2810 0033 8314

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.	135210065387128 19/01/2021 16:19:24

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	18/02/2021	3.642,79	002	05/03/2021	3.642,79		

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
7.285,58	1.254,17	0,00	0,00	7.285,58

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	7.285,58

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
20	CAIXA			74,73	74,73

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
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	
13137	AG.DESC.13 X 0,45 C/100-DESCARPACK LT SAGAAA093D (2) 08/2024 (Fornecedor: 918, Lote: SAGAAA093D, Qtde: 2 ,Data Fab: 01/09/2019, Data Val: 31/08/2024)	90183219	200	5102	CX	2	9,4200	18,84	18,84	2,26		12,00	
13504	CANULA P/TRAQUEOSTOMIA C/B N.9,0 PC-SOLIDOR LT 39620071 (1) 07/2025 (Fornecedor: 2080, Lote: 39620071, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/07/2020, Data Val: 31/07/2025)	90183929	200	5102	PC	1	17,7000	17,70	17,70	3,19		18,00	
13140	AG.DESC.40 X 1,2 C/100-DESCARPACK LT SAGAAA103E (10) 04/2025 (Fornecedor: 918, Lote: SAGAAA103E, Qtde: 10 ,Data Fab: 01/05/2020, Data Val: 30/04/2025)	90183219	200	5102	CX	10	10,5980	105,98	105,98	12,72		12,00	
18415	LUVA CIRURG.7,0 EST.C/200 PARES-NEW HAND LT NH170 (1) 11/2023 (Fornecedor: 2616, Lote: NH170, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/11/2020, Data Val: 30/11/2023)	40151100	000	5102	CX	1	270,2200	270,22	270,22	48,64		18,00	
13775	SERINGA DESC.10ML SLIP C/250-SR LT H704 (5) 09/2025 (Fornecedor: 1156, Lote: H704, Qtde: 5 ,Data Fab: 01/09/2020, Data Val: 30/09/2025)	90189099	200	5102	CX	1	25,3000	25,30	25,30	4,55		18,00	
6826	ABAIXADOR LINGUA MADEIRA C/100-THEOTO LT 040 (2) 05/2025 (Fornecedor: 261, Lote: 040, Qtde: 2 ,Data Fab: 05/05/2020,	90183119	200	5102	CX	5	83,5180	417,59	417,59	50,11		12,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

#N2V2R6V18#|UTI MIRANDOPOLIS - CONVENIO 0107/2017
Pedido: 162229
[illegible] AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO, 85 , MIRANDOPOLIS - 16600-000,
MIRANDOPOLIS - Roteiro 1 - MANHÃ
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: 0,57

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 20/01/21
ASS.

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

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

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
26/02/2021 - AUTOATENDIMENTO - 16.32.19
6790306790 SEGUNDA VIA 0003
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE
TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL
CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL
AGENCIA: 6790-3 CONTA: 211-9
==========
FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : ASSOCIACAO H B DO BRASIL
BANCO: 077 - BANCO INTER S.A.
AGENCIA: 0001-9 - MATRIZ
CONTA: 5.493.384-6

FAVORECIDO: KATAOKA SERVICOS DE FISIOTERAPIA LT
CPF/CNPJ: 33.433.450/0001-27
VALOR: R$ 28.000,00
DEBITO EM: 19/02/2021
==========
DOCUMENTO: 021901
AUTENTICACAO SISBB: D.A72.656.BB0.0EB.1D9

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

Mina

Prefeitura do Município de Jahu

Prefeitura do Município de Jahu

Nota Fiscal Eletrônica de Serviços - NF-e

Número da Nota/Série
39/NFE
Data e Hora de Emissão
15/02/2021 11:10:08
Código de Verificação
BC1D1B5EB239BDD5453C
Página 1 / 1

PRESTADOR ENQUADRADO NO REGIME DE ISS FIXO

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

Dados da Nota

TOMADOR

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

Local de Prestação de Serviço

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

Discriminação do Serviço

SERVIÇOS DE FISIOTERAPIA PRESTADOS NO MÊS DE JANEIRO/2021.

Dedução / Outras Informações

VALOR TOTAL DA NOTA = R$ 28.000,00

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

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

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

Outras Informações

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

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

__/__/__ Data

_____ Identificação do Recebedor

Dados que identificam a nota

Número da Nota **39/NFE**

Emissão **15/02/2021 11:10:08**

Código de verificação **BC1D1B5EB239BDD5453C**

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

19/02/21

211

Smart Health Fisioterapia

UTI (ADULTO) MIRANDÓPOLIS - SP

ESCALA JANEIRO/2021	FISIOTERAPIA																												
NOME	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
FISIOTERAPEUTA/CREFITO	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D
Viviane L. Yokoyama/93439F	F	D3	D3	F	M	M	M	D3	F	F	M	M	M	M	M	F	F	M	M	M	M	M	F	F	M	M	M	M	M	F	F
Naira L. G. Felipe/19657F	N	T	F	F	D2	F	F	T	M	M	F	F	D2	F	F	D1	F	D2	F	F	D2	D2	F	D1	F	D2	F	D2	F	F	F
Luis F. Betoni/242869F	D1	F	T	M	F	F	D2	F	F	F	D2	F	F	D2	F	N	N	F	F	D2	F	F	D2	N	D2	F	F	F	D2	N	N
Andréia Cabreira /223478-F	F	F	F	D2	F	D2	F	F	D2	D2	F	D2	F	F	D2	F	D1	F	D2	F	F	F	M	F	F	F	D2	F	F	D1	D1

F: FOLGA
M: 06h00min - 12h00min
T: 12h00min - 18h00min
N: 18h00min - 00h00min
D1: 06h00min - 18h00min
D2: 12h00min - 00h00min
D3: 06h - 12h / 18h - 00h

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

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
26/02/2021 - AUTOATENDIMENTO - 16.32.19
6790306790 SEGUNDA VIA 0004
COMPROVANTE DE PAGAMENTO

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

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

CODIGO DO PAGAMENTO	2305
COMPETENCIA	01/2021
IDENTIFICADOR	45349461000889
DATA DO PAGAMENTO	19/02/2021
VALOR DO INSS	6.337,46
VALOR OUTRAS ENTIDADES	0,00
VALOR ATM/JUROS/MULTA	0,00
VALOR TOTAL	6.337,46

DOCUMENTO: 021902
AUTENTICACAO SISBB: 4.FAD.ADE.D27.A9C.E42

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

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
26/02/2021 - AUTOATENDIMENTO - 16.32.19
6790306790 SEGUNDA VIA 0004
COMPROVANTE DE PAGAMENTO

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

CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL

CODIGO DO PAGAMENTO	2305
COMPETENCIA	01/2021
IDENTIFICADOR	45349461000889
DATA DO PAGAMENTO	19/02/2021
VALOR DO INSS	6.337,46
VALOR OUTRAS ENTIDADES	0,00
VALOR ATM/JUROS/MULTA	0,00
VALOR TOTAL	6.337,46

DOCUMENTO: 021902
AUTENTICACAO SISBB: 4.FAD.ADE.D27.A9C.E42

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

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

Mira

MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - MPS
INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS
SECRETARIA DA RECEITA PREVIDENCIÁRIA - SRP

PREVIDÊNCIA SOCIAL

GUIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - GPS

1 - NOME OU RAZÃO SOCIAL / FONE / ENDEREÇO **CNPJ 45.349.461/0008-89** ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303 SALA 08 JARDIM ARIANO LINS SP CEP 16400-400		3 - CÓDIGO DE PAGAMENTO	2305
		4 - COMPETÊNCIA	01/2021
		5 - IDENTIFICADOR	45.349.461/0008-89
		6 - VALOR DO INSS	6.337,46
		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	6.337,46
AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA			

1ªVia-INSS -2ªVia CONTRIBUINTE

MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - MPS
INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS
SECRETARIA DA RECEITA PREVIDENCIÁRIA - SRP

PREVIDÊNCIA SOCIAL

GUIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - GPS

1 - NOME OU RAZÃO SOCIAL / FONE / ENDEREÇO **CNPJ 45.349.461/0008-89** ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303 SALA 08 JARDIM ARIANO LINS SP CEP 16400-400		3 - CÓDIGO DE PAGAMENTO	2305
		4 - COMPETÊNCIA	01/2021
		5 - IDENTIFICADOR	45.349.461/0008-89
		6 - VALOR DO INSS	6.337,46
		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	6.337,46
AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA			

1ªVia-INSS -2ªVia CONTRIBUINTE

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

9/ 21

21

RELAÇÃO DE BASES DO INSS

Código	Nome do empregado	Base cálculo	Excedente	Ded.sal.mat.13	Deduções	Taxa	Valor
EMPREGADOS							
3908	ALESSANDRA APARECIDA DOS SANTOS GONSALVES	1.411,49	0,00	0,00	0,00	7,83	110,53
2329	ALCIONE BOGAZ	1.780,35	0,00	0,00	0,00	8,07	143,73
2163	ALESSANDRA DE CASSIA MARDEGAN	3.457,92	0,00	0,00	0,00	9,70	335,38
2122	ANA AUGUSTA FELICIANI NOGUEIRA	1.617,71	0,00	0,00	0,00	7,98	129,09
2123	ANA PAULA AZEVEDO ZANATTA	2.552,75	0,00	0,00	0,00	8,81	223,72
2336	BIANCA CAETANO COSTA	3.013,11	0,00	0,00	0,00	9,26	278,96
2977	BRUNA BERALDO FERRANTE	3.346,72	0,00	0,00	0,00	9,56	319,82
2125	CATIA FERNANDA FERRAZ	1.882,00	0,00	0,00	0,00	8,12	152,88
2752	CRISTIANE PASCOALETO VENDRAME	1.617,71	0,00	0,00	0,00	7,98	129,09
2772	DANIELA DOS SANTOS DE OLIVEIRA	1.841,36	0,00	0,00	0,00	8,10	149,22
2126	DEBORA CRISTINA LOCHE	1.649,79	0,00	0,00	0,00	8,00	131,98
2132	DENISE PRISCILA ANCILOTTO LISBOA DE SOUZA	1.922,66	0,00	0,00	0,00	8,14	156,53
2134	EDILAINE MUNHOZ MAQUEA	1.882,00	0,00	0,00	0,00	8,12	152,88
2135	EDILENE MANOEL	1.617,71	0,00	0,00	0,00	7,98	129,09
2136	ELAINE CRISTINA DIAS BORGES	1.617,71	0,00	0,00	0,00	7,98	129,09
2992	ELIANA CRISTINA RODRIGUES	1.617,95	0,00	0,00	0,00	7,98	129,11
2127	ISADORA MORAIS DE CASTRO SANTOS	1.428,82	0,00	0,00	0,00	7,84	112,09
2130	IZABEL CRISTINA DE SOUZA	1.428,82	0,00	0,00	0,00	7,84	112,09
2139	JOSE LOPES DE OLIVEIRA	53,92	0,00	0,00	0,00	7,49	4,04
2146	KELLY CRISTINA RAMOS ROCHA	1.617,71	0,00	0,00	0,00	7,98	129,09
2147	LETICIA MAIARA DOS SANTOS FERRAZ	1.348,09	0,00	0,00	0,00	7,78	104,82
2148	LUCAS CARVALHO DOS SANTOS	1.902,33	0,00	0,00	0,00	8,13	154,70
2149	MAIRA TEIXEIRA DE CASTRO	1.617,71	0,00	0,00	0,00	7,98	129,09
2129	MARCIA MAIARA POSSENTI	1.462,33	0,00	0,00	0,00	7,87	115,10
3021	MAURO CELSO CHIAVELLI	3.268,41	0,00	0,00	0,00	9,47	309,60
2721	NATALIA PAZINATO DA SILVA	1.617,71	0,00	0,00	0,00	7,98	129,09
2154	NATALIA XAVIER NASCIMENTO OLIVEIRA	3.916,60	0,00	0,00	0,00	10,24	399,60
2153	PATRICIA ADRIANA FERREIRA	1.882,00	0,00	0,00	0,00	8,12	152,88
2164	PATRICIA MICHELE DE ALMEIDA	1.617,71	0,00	0,00	0,00	7,98	129,09
2155	PRISCILA SANTOS LEITE DE ALMEIDA	3.239,62	0,00	0,00	0,00	9,45	306,14
2128	REGINA LEIA PARRO RODRIGUES DE SOUSA	1.654,12	0,00	0,00	0,00	8,00	132,37
2157	RICARDO DE CARVALHO	1.943,00	0,00	0,00	0,00	8,15	158,37
3807	SAMIR BISPO DOS SANTOS	1.617,71	0,00	0,00	0,00	7,98	129,09
2839	SONIA DOS SANTOS ROCHA	1.882,29	0,00	0,00	0,00	8,12	152,90
33	THAIS BOARETO DA SILVA	4.631,04	0,00	0,00	0,00	10,79	499,62
2799	VALERIA CRISTINA DE SOUZA DA CRUZ	2.145,53	0,00	0,00	0,00	8,35	176,59

Empregados:	36	Total:	73.104,41	0,00	0,00	0,00	6.337,46
Contribuintes:	0	Total:	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Total:	36	Total:	73.104,41	0,00	0,00	0,00	6.337,46

Resumo Geral das bases de INSS

	Base cálculo	Excedente	Segurados	Contribuintes	RAT	Empresa	Deduções	Terceiros	Total
Total	73.104,41	0,00	6.337,46	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	6.337,46

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

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
26/02/2021 - AUTOATENDIMENTO - 16.32.20
6790306790 SEGUNDA VIA 0007

COMPROVANTE DE PAGAMENTO

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

AG. ARRECADADOR	
CNC 001 - 6790 - BILAC	SP
CODIGO DE BARRAS	85680000007 19900064105
	01453494610 00105611031
DATA DO PAGAMENTO	19/02/2021
PERIODO DE APURACAO	----------
NUMERO DO CPF	----------
CODIGO DA RECEITA	----------
NUMERO DE REFERENCIA	----------
DATA DO VENCIMENTO	----------
RECEITA BRUTA ACUMULADA	----------
PERCENTUAL	----------
VALOR DO PRINCIPAL	----------
VALOR DA MULTA	----------
VALOR DOS JUROS	----------
VALOR TOTAL	719,90

DOCUMENTO: 021903
AUTENTICACAO SISBB: 5.F0A.15A.1EA.31C.189

Convênio nº 107/2017
Fonte de Recurso Estadual
Termo Aditivo nº 00002/2020
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
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	719,90
08 VALOR DA MULTA	0,00
09 VALOR DOS JUROS E / OU ENCARGOS DL - 1.025/69	0,00
10 VALOR TOTAL	719,90

01 NOME / TELEFONE
ASSOC HOSP BENEF DO BRASIL
1633748438

DARF IRRF 01 2021 UTI MIR ANDOPOLIS

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

85680000007-2 19900064105-0 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	719,90
08 VALOR DA MULTA	0,00
09 VALOR DOS JUROS E / OU ENCARGOS DL - 1.025/69	0,00
10 VALOR TOTAL	719,90

01 NOME / TELEFONE
ASSOC HOSP BENEF DO BRASIL
1633748438

DARF IRRF 01 2021 UTI MIR ANDOPOLIS

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

85680000007-2 19900064105-0 01453494610-9 00105611031-3

11 AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1ª e 2ª vias)

cortar nesta linha

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

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

19/21

211

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									
2163	ALESSANDRA DE CASSIA MARDEGAN	Mensal 12/20	3.382,34	332,46	0,00	0	15,00	354,80	102,68
2163	ALESSANDRA DE CASSIA MARDEGAN	13o 12/20	8,79	1,23	0,00	0	15,00	354,80	1,13
2977	BRUNA BERALDO FERRANTE	Mensal 12/20	2.942,75	274,75	0,00	0	7,50	142,80	57,30
3021	MAURO CELSO CHIAVELLI	Mensal 12/20	3.257,41	314,97	0,00	0	15,00	354,80	86,57
2154	NATALIA XAVIER NASCIMENTO OLIVEIRA	Mensal 12/20	3.483,17	346,57	0,00	0	15,00	354,80	115,69
2154	NATALIA XAVIER NASCIMENTO OLIVEIRA	13o 12/20	57,80	6,93	0,00	0	7,50	142,80	3,82
2155	PRISCILA SANTOS LEITE DE ALMEIDA	Mensal 12/20	3.012,62	283,14	0,00	0	7,50	142,80	61,91
2155	PRISCILA SANTOS LEITE DE ALMEIDA	13o 12/20	18,25	2,19	0,00	0	7,50	142,80	1,21
33	THAIS BOARETO DA SILVA	Mensal 12/20	4.620,04	505,73	0,00	0	22,50	636,13	289,59
		Total:	20.783,17	2.067,97					719,90
Empregados: 9	Estagiários: 0	Contribuintes: 0	Total:	20.783,17	2.067,97	0,00			719,90
Total Geral:									
Empregados: 6	Estagiários: 0	Contribuintes: 0	Total:	20.783,17	2.067,97	0,00			719,90

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

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
26/02/2021 - AUTOATENDIMENTO - 16.32.20
6790306790 SEGUNDA VIA 0008

COMPROVANTE DE PAGAMENTO

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE DARF/DARF SIMPLES

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

==========

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

DATA DO PAGAMENTO	19/02/2021
PERIODO DE APURACAO	31/01/2021
NUMERO DO CPNJ	45.349.461/0001-02
CODIGO DA RECEITA	5952
NUMERO DE REFERENCIA	----------
DATA DO VENCIMENTO	19/02/2021
RECEITA BRUTA ACUMULADA	----------
PERCENTUAL	----------
VALOR DO PRINCIPAL	253,06
VALOR DA MULTA	----------
VALOR DOS JUROS	----------
VALOR TOTAL	253,06

==========

AUTENTICACAO SISBB: D.9A3.90E.EA5.884.113

Modelo Aprovado pela SRF - ADE
Conjunto Corat/Cotec n. 001,DE 2006

==========

DOCUMENTO: 021904

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

Mira

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 →	253,06
08 VALOR DA MULTA →	0,00
09 VALOR DOS JUROS E / OU ENCARGOS DL - 1.025/69 →	0,00
10 VALOR TOTAL →	253,06

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 15:10:29

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 →	253,06
08 VALOR DA MULTA →	0,00
09 VALOR DOS JUROS E / OU ENCARGOS DL - 1.025/69 →	0,00
10 VALOR TOTAL →	253,06

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 15:10:29

11 AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1a. e 2a. vias)

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

DATA DO DOCUMENTO	Nº DOC	CREDOR	BC	ISS	IRRF	PCC		TOTAL IMP.	TOT. LIQUIDO
08/01/2021	56407	Laboratorio São Paulo Analises Clinicas Ltda	R$ 4.157,34	R$ -	R$ 62,36	R$ 193,31		R$ 255,67	R$ 3.901,67
04/01/2021	1811	Destra Apoio e Prev em Seg do Trabalho Ltda	R$ 1.285,00	R$ -	R$ 19,27	R$ 59,75		R$ 79,02	R$ 1.205,98
			R$ -	R$ -	R$ -	R$ -		R$ -	R$ -
TOTAL			**R$ 5.442,34**	**R$ -**	**R$ 81,63**	**R$ 253,06**	**R$ -**	**R$ 334,69**	**R$ 5.107,65**

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

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
26/02/2021 - AUTOATENDIMENTO - 16.32.20
6790306790 SEGUNDA VIA 0003

COMPROVANTE DE PAGAMENTO
COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE DARF/DARF SIMPLES

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

==========

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

DATA DO PAGAMENTO	19/02/2021
PERIODO DE APURACAO	31/01/2021
NUMERO DO CPNJ	45.349.461/0001-02
CODIGO DA RECEITA	1708
NUMERO DE REFERENCIA	----------
DATA DO VENCIMENTO	19/02/2021
RECEITA BRUTA ACUMULADA	----------
PERCENTUAL	----------
VALOR DO PRINCIPAL	81,63
VALOR DA MULTA	----------
VALOR DOS JUROS	----------
VALOR TOTAL	81,63

==========

AUTENTICACAO SISBB: 6.A2E.592.32B.5D8.136

Modelo Aprovado pela SRF - ADE
Conjunto Corat/Cotec n. 001,DE 2006

==========

DOCUMENTO: 021905

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

Mira

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 →	81,63
08 VALOR DA MULTA →	0,00
09 VALOR DOS JUROS E / OU ENCARGOS DL - 1.025/69 →	0,00
10 VALOR TOTAL →	81,63
11 AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1a. e 2a. vias)	

01 NOME / RAZÃO SOCIAL
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

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

Observações:

Sicalc Contribuinte - 6643 - SP

SENDA (Versão:4.9.7) 17/02/2021 15:07:29

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 →	81,63
08 VALOR DA MULTA →	0,00
09 VALOR DOS JUROS E / OU ENCARGOS DL - 1.025/69 →	0,00
10 VALOR TOTAL →	81,63
11 AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1a. e 2a. vias)	

01 NOME / RAZÃO SOCIAL
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

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

Observações:

Sicalc Contribuinte - 6643 - SP

SENDA (Versão:4.9.7) 17/02/2021 15:07:29

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

DATA DO DOCUMENTO	Nº DOC	CREDOR	BC	ISS	IRRF	PCC		TOTAL IMP.	TOT. LIQUIDO
08/01/2021	56407	Laboratorio São Paulo Analises Clinicas Ltda	R$ 4.157,34	R$ -	R$ 62,36	R$ 193,31		R$ 255,67	R$ 3.901,67
04/01/2021	1811	Destra Apoio e Prev em Seg do Trabalho Ltda	R$ 1.285,00	R$ -	R$ 19,27	R$ 59,75		R$ 79,02	R$ 1.205,98
			R$ -	R$ -	R$ -	R$ -		R$ -	R$ -
TOTAL			**R$ 5.442,34**	**R$ -**	**R$ 81,63**	**R$ 253,06**	**R$ -**	**R$ 334,69**	**R$ 5.107,65**

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

26/02/2021 - BANCO DO BRASIL - 16:32:20
679006790 0009

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

03399913906050000000900777701012585370000086300
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	863,00
VALOR COBRADO	863,00

NR.AUTENTICACAO B.E55.12E.2C9.60F.36E

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

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

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

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

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

PREFEITURA MUNICIPAL DE BAURU

Secretaria Municipal de Economia e Finanças

Divisão de Receitas Mobiliárias

mirandopolis

Nota Fiscal Eletrônica de Serviços

Número da Nota: 000000006810-1	**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 PROJ UTI MIRANDOPOLIS
TRIB APROX R$: 116,07 FEDERAL E 33,74 MUNICIPAL FONTE: IBPT 18.1.A

Atividade:
Não informada

Código do Serviço:
1.06 - ASSESSORIA E CONSULTORIA EM INFORMÁTICA

Local da Prestação: BAURU			**Situação de Tributação:** Tributada no Prestador	
I.N.S.S. (R$) 0,00	**I.R. (R$)** 0,00	**PIS (R$)** 0,00	**COFINS (R$)** 0,00	**C.S.L.L. (R$)** 0,00
Os valores acima referem-se as retenções de tributos administrados pela União, sendo de responsabilidade do Prestador e não implicam na alteração da base de cálculo deduzindo apenas do total líquido				**Valor Aprox. Tributos** 0,00
Deduções de Materiais 0,00	**Base de Cálculo (R$)** 863,00	**Alíquota (%)** 2,00	**Valor do ISS (R$)** 17,26	**Valor Total da Nota (R$)** 863,00
Consulte a autenticidade desta Nota Fiscal através do site oficial da Prefeitura Municipal de Bauru.			**Valor líquido da nota (R$)** 863,00	

Chave de autenticação: 73B47C7844BE0D76D83474628B7AC322

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

22/02 /
21

26/02/2021 - BANCO DO BRASIL - 16:32:20
679006790 0011

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

==========

BANCO COOPERATIVO SICREDI S.A.

74891116208085933021102213581032385370000007800
BENEFICIARIO:
F B BABETO ME
NOME FANTASIA:
F B BABETO ME
CNPJ: 14.508.613/0001-49
BENEFICIARIO FINAL:
F B BABETO ME
CNPJ: 14.508.613/0001-49
PAGADOR:
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE D
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	22.202
DATA DE VENCIMENTO	20/02/2021
DATA DO PAGAMENTO	22/02/2021
VALOR DO DOCUMENTO	78,00
VALOR COBRADO	78,00

==========

NR.AUTENTICACAO A.C97.FF4.01C.F14.846

==========

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

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

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

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

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

MUNICÍPIO DE MIRANDÓPOLIS

MUNICÍPIO DE MIRANDÓPOLIS

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e

Número da NFS-e
40
Código de Verificação de Autenticidade
1O11NFVU0
Data e Hora de Emissão da NFS-e
06/01/2021 às 15:33:18
Chave de Acesso
336501PM58LB7UUEHQMMXMN4YV1E7UN

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

Informações Fiscais

Exigibilidade do ISS	Número do Processo	Município de Incidência do ISS	Local da Prestação
Exigível		**MIRANDOPOLIS-SP**	**MIRANDOPOLIS - SP**

Número do RPS	Série do RPS	Tipo do RPS	Data do RPS	Competência
				06/01/2021

Optante Simples Nacional	Incentivo Fiscal	Regime Especial Tributação	Tipo ISS
1 - Sim	**2 - Não**	**Microempresário e Empresa de Pequeno Porte (ME EPP)**	**01 - Não Possui ISSQN**

PRESTADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ	RG/Inscrição Estadual	Inscrição Municipal	Cadastro	Nome/Razão Social
14.508.613/0001-49	**449019473114**	**54001022**	**000014245**	F B BABETO - ME

Logradouro	Complemento	Bairro
RUA NOVE DE JULHO, 784		**CENTRO**

CEP	Cidade	Telefone	E-mail
16800-000	**MIRANDÓPOLIS-SP**		

TOMADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ/Documento	RG/Inscrição Estadual	Inscrição Municipal	Nome/Razão Social
45.349.461/0001-02	**ISENTO**		**Associação Hospitalar Beneficente do Brasil**

Logradouro	Complemento	Bairro
Av Jose Ariano Rodrigues, 303		**Jardim Ariano**

CEP/Cod.Postal	Cidade/País	Telefone	E-mail
16400-400	**LINS - SP**		

Discriminação dos Serviços

Qtde.	Un. Medida	Descrição	Vlr. Unitário	Total
1,00	UN	COMPRA E INSTALAÇÃO DE ROTEADOR WIRELESS GIGABIT DUAL BAND AC1200	390,00	R$ 390,00

5 x 78,00

Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza - ISS

Construção Civil

LC 116/2003: **31.01**	Alíquota	Atividade Município	Código CNAE	Código da Obra	Código ART
Serviços técnicos em edificações, eletrônica, eletrotécnica, mecânica, telecomunicações e	**4,32%**	**0000310000001**			

Valor Total dos Serviços	Desconto Incondicionado	Deduções Base Cálculo	Base de Cálculo	Total do ISS	ISS Retido	Desconto Condicionado
R$ 390,00	**R$ 0,00**	**R$ 0,00**	**R$ 390,00**	**R$ 16,85**	**2 - Não**	**R$ 0,00**

Retenções de Impostos

PIS	COFINS	INSS	IRRF	CSLL	Outras Retenções
R$ 0,00	**R$ 0,00**	**R$ 0,00**	**R$ 0,00**	**R$ 0,00**	**R$ 0,00**

Valor Líquido da NFS-e: R$ 390,00

Val. Aprox. Tributos:

Informações Complementares

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

RECEBI(EMOS) DE **F B BABETO - ME** O SERVIÇO CONSTANTE DA NFS-e DE NÚMERO **40** E CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO **1O11NFVU0**.

Data	CPF/RG	Assinatura
____/____/_____	_____	_____

26/02/2021 - BANCO DO BRASIL - 16:32:20
679006790 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

BANCO DO BRASIL

00190000090330884120800004980173185370000049380
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	22.203
NOSSO NUMERO	33088412000004980
CONVENIO	03308841
DATA DE VENCIMENTO	20/02/2021
DATA DO PAGAMENTO	22/02/2021
VALOR DO DOCUMENTO	493,80
VALOR COBRADO	493,80

NR.AUTENTICACAO 4.0C3.12C.768.E05.F28

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

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

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

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

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

DUPATRI HOSPITALAR COM IMP EXT LTDA
AV. JOSE SEVERINO, Nº 3530
CATALÃO - GO
CEP: 75.709-615
TELEFONES
ESTOQUE CATALÃO: (64) 3442-8081
ADM. SANTOS : (13) 3226-6700

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA [1]

Nº 1151650
SERIE 1
FOLHA 1/1

CHAVE DE ACESSO
5221 0104 0278 9400 0326 5500 1001 1516 5010 0030 7923

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	152213723080029 06/01/2021 18:38:09

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/SAÍDA
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303	JARDIM ARIANO	16400-400	06/01/2021

MUNICÍPIO	FONE/FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DA SAÍDA
LINS	1435325198	SP		18:37

FATURA / DUPLICATA

001 20/02/2021 493,80

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
411,49	49,38	0,00	0,00	493,80

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	493,80

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			24,70	24,70

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
35966	HIDROCORTISONA 100MG C/50F/A GEN - BLAU (Lote: 20060474, Qtde: 1, Dt Val: 31/05/2-022 ,Data Fab: 01/05/2020)	30043210	020	6108	CX	1	135,0000	135,00	112,50	13,50		12,00	
3031	AGULHA DESC.C/100 13X4,5 - BD COR MARROM (Lote: 0303168, Qtde: 2, Dt Val: 31/10/20-25 ,Data Fab: 01/11/2020)	90183219	020	6108	CX	2	8,7000	17,40	14,50	1,74		12,00	
3034	AGULHA DESC. C/100 25X07 - BD COR PRETA (Lote: 0274809, Qtde: 2, Dt Val: 30/09/20-25 ,Data Fab: 01/10/2020)	90183219	020	6108	CX	2	9,7000	19,40	16,17	1,94		12,00	
36559	FRALDA GERIAT.TAM.EG C/7 - SLIM	96190000	020	6108	PCT	40	8,0500	322,00	268,32	32,20		12,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

RECLAMACOES DE MERCADORIAS COM NO MAXIMO DE 48HORAS APOS A ENTREGA
ENTREGAR DR RAUL DA CUNHA BUENO 585 JD SANTA ROSA MIRANOPOLIS SPUTI MIRANOPOLIS CONV 0107/2017 AC/ LAIS
ITENS 1 a 4 RED.BASE DE CALCULO CONF. ART. 8º, INC. VIII, ANEXO IX DEC.4.852/97 - RICMS/GO
ITEM 4
ITEM 2 e 3 ISENTO PIS/COFINS DECRETO 6426/08 ANEXO III
ITEM 1 ALIQUOTA ZERO PIS/COFINS,CF.ART.2 DA LEI 10.147/00
ITEM 4 DIFERENCIAL DE ALIQ.CFCONV.93 -EMENDA 87/15
ITEM 1 ALIQ.12% CF LEI GENERICOSSP 16005/2015
ITEM 2 e 3 Aliq. 12% conf. art. 54inciso XV da alinea "E"do RICMS/SP
ITEM 4
ITEM 4
Emenda Constitucional 87 de 2015:
Valor da partilha para UF de Destino: R$ 19,32
VALOR APROX. TRIBUTOS, R$ 74,40, Federal, R$ 25,02, Estadual, R$ 49,38
Pedido: 1232910
Representante: REGIAO SJRP - (VITOR)
Redespacho...: O EMITENTE (43) - CIF - CNPJ.: - Inscrição Estadual.:633865182110 -

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 07/01/21
ASS.

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

24021
21

26/02/2021 - BANCO DO BRASIL - 16:32:20
679006790 0005

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

==========

BANCO DO BRASIL

00190000090330884110900003305174285370000543216
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	33088411000003305
CONVENIO	03308841
DATA DE VENCIMENTO	20/02/2021
DATA DO PAGAMENTO	22/02/2021
VALOR DO DOCUMENTO	5.432,16
VALOR COBRADO	5.432,16

==========

NR.AUTENTICACAO 0.A02.65D.381.36D.B1A

==========

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

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

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

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

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

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA [1]

Nº 134928
SERIE 1
FOLHA 1/2

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

CHAVE DE ACESSO
3521 0104 0278 9400 0750 5500 1000 1349 2810 0037 5483

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	135210016004803 06/01/2021 18:33:30

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/SAÍDA
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303	JARDIM ARIANO	16400-400	06/01/2021

MUNICÍPIO	FONE/FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DA SAÍDA
LINS	1435325198	SP		18:28

FATURA / DUPLICATA

001 20/02/2021 5.432,16

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
5.421,56	891,24	0,00	0,00	5.432,16

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00		0,00	0,00	5.432,16

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
7	CAIXAS			37,00	37,00

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: 009064, Qtde: 2, Dt Val: 31/08/-2022 ,Data Fab: 01/09/2020)	30042099	000	5102	CX	2	468,2500	936,50	936,50	112,38		12,00	
27000	BROMOPRIDA 5MG C/50 AMP GEN - NOVAFARMA (Lote: 78PD1449, Qtde: 1, Dt Val: 30/0-4/2022 ,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: 4, Dt Val: 31/10/2022 ,Data Fab: 01/10/2020)	30039099	000	5102	CX	4	70,2500	281,00	281,00	33,72		12,00	
18745	DEXAMETASONA 4MG 100/2,5ML GEN - HI (Lote: T00520, Qtde: 1, Dt Val: 30/09/-2022 ,Data Fab: 01/10/2020)	30043210	000	5102	CX	1	140,4500	140,45	140,45	16,86		12,00	
2229	FLUIMUCIL 10% 5/3ML - ZAMBON (Lote: 28-004886, Qtde: 1, Dt Val: 31/12/2021 ,Data Fab: 01/12/2019)	30049099	200	5102	CX	1	8,6000	8,60	8,60	1,55		18,00	
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	
31734	LUVA P/PROCEDIMENTO M C/100-NUGARD (Lote: 2154A40, Qtde: 40, Dt Val: 31/08/2-025 ,Data Fab: 01/08/2020)	40151900	200	5102	CX	40	81,8500	3.274,00	3.274,00	589,32		18,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

RECLAMACOES DE MERCADORIAS COM NO MAXIMO DE 48HORAS APOS A ENTREGA
ENTREGAR DR RAUL DA CUNHA BUENO 585 JD SANTA ROSA MIRANOPOLIS SPUTI MIRANOPOLIS CONV 0107/2017 AC/ LAIS
ITEM 8 ISENCAO ICMS CONFORME CONVENIO 126/2010
ITENS 1 a 4 ALIQ.12% CF LEI GENERICOSSP 16005/2015
ITEM 9
ITEM 7 e 8 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$ 898,91, Federal, R$ 7,67, Estadual, R$ 891,24
Pedido: 152322
Representante: REGIAO SJRP - (VITOR)

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 07/01/21
ASS.

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

DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IMPORTACAO E EXPORTACAO LTDA

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

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA [1]

Nº 134928
SERIE 1
FOLHA 2/2

CHAVE DE ACESSO
3521 0104 0278 9400 0750 5500 1000 1349 2810 0037 5483

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
135210016004803 06/01/2021 18:33:30

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

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CODIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇOS	NCM/CH	CST	CFOP	UND	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL ICMS	AL IPI
3798	ALGODAO ORTOP.15X1.0M C/12-ORTOBOM (Lote: 266, Qtde: 2, Dt Val: 01/12/2025 ,Data Fab: 01/12/2020)	90211020	040	5102	PCT	2	5,3000	10,60					
36041	COMP.GAZE 7,5X7,5 13F C/500 - CLEAN (Lote: 37420, Qtde: 5, Dt Val: 30/11/2025 ,Data Fab: 01/11/2020)	30059090	000	5102	PCT	5	11,2500	56,25	56,25	10,12		18,00	

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

26/02/2021 - BANCO DO BRASIL - 16:32:20
679006790 0003

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

BANCO DO BRASIL

00190000090171153600100875976177885390000685153
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	22.205
NOSSO NUMERO	17115360000875976
CONVENIO	01711536
DATA DE VENCIMENTO	22/02/2021
DATA DO PAGAMENTO	22/02/2021
VALOR DO DOCUMENTO	6.851,53
VALOR COBRADO	6.851,53

NR.AUTENTICACAO 9.663.FAE.0EC.794.1F6

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

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

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

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

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

Identificação do emitente

Rioclarense

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

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA [1]

Nº. 1385814 FL 1 / 2
SÉRIE 1

CHAVE DE ACESSO
3521 0167 7291 7800 0491 5500 1001 3858 1412 7498 4820

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	135210016098401 06/01/2021 19:07:22

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
1385814/1	22/02/2021	6.851,53						

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
6.851,53	904,72	0,00	0,00	6.851,53

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	6.851,53

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
9,00	VOLUME(S)		0,01173	31,104	31,104

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
023638	VASOPRESSINA SINTETICA 20U (BIOLAB SANUS) L: 10507 49 Q: 10,0000 F: 30/07/20 V: 30/07/2022, nFCI: 4AF75F3D-2D05-48D6-916D-4E799F5C5A8A	30043999	500	5102	AP	10,00	22,3885	223,89	223,89	40,30	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
031409	FUROSEMIDA 20MG/2ML (FARMACE) L: FS20J091 Q: 100,0000 F: 16/10/20 V: 28/10/2022	30039086	000	5102	AP	100,00	0,5584	55,84	55,84	10,05	0,00	18,00	0,00
028089	NOREPINEFRINA 8MG, HEMITARTARATO (HYPOFARMA) (ITEM GENERICO) L: 20121655 Q: 350,0000 F: 01/12/20 V: 30/12/2022	30039099	000	5102	AP	350,00	7,40	2.590,00	2.590,00	310,80	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
031749	NITROPRUSSIATO DE SODIO DIIDRATADO 50MG (HYPOFARMA) L: 20111434 Q: 5,0000 F: 30/12/20 V: 30/11/2022	30039099	000	5102	AP	5,00	11,607	58,04	58,04	10,45	0,00	18,00	0,00

CÁLCULO DO ISSQN

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

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

LOCAL DE ENTREGA: 46374500001247-AV DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Municipio: MIRANDOPOLIS CEP: 16800000 UF: SP Pais: BRASIL. PREZADO CLIENTE, FAVOR CONFERIR NO ATO DA ENTREGA - [illegible]EITAREMOS RECLAMACOES APOS 48hs DO RECEBIMENTO. DATA ENTREGA: 07/01/2021 Pedido: 1805146 [illegible]o de Compra(Pedido Cliente): 1805146 *** O pagamento devera ser realizado atraves do boleto anexo a nota fiscal, caso [illegible]a entre em contato atraves do e-mail boletos@rioclarense.com.br ou no telefone (19)3522-5800, Setor de Cobranca Privado [illegible]1.04397-7 ** AE: 1.22375-2 ** 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: AV DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Municipio: MIRANDOPOLIS CEP: 16800000 UF: SP Pais: BRASIL(Código Interno Emitente: 4768 Nome Fantasia: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL) LOCAL DE ENTREGA: AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Municipio: MIRANDOPOLIS UF: SP Pais: BRASIL.

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 07/01/21
ASS.

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

__/__/____

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. 1385814 FL 2 / 2
SÉRIE 1

CHAVE DE ACESSO
3521 0167 7291 7800 0491 5500 1001 3858 1412 7498 4820

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	135210016098401 06/01/2021 19:07:22

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	ALIQUOTAS ICMS	ALIQUOTAS IPI
013992	AGUA PARA INJECAO 10ML (EQUIPLEX) L: 2032348 Q: 1.200,0000 F: 27/10/20 V: 27/10/2022	30049099	000	5102	AP	1.200,00	0,28	336,00	336,00	40,32	0,00	12,00	0,00
030330	ENOXAPARINA SODICA 20MG/0,2ML (MYLAN) L: JA920 Q: 40,0000 F: 30/06/19 V: 30/05/2021	30049099	200	5102	SE	40,00	7,4448	297,79	297,79	53,60	0,00	18,00	0,00
031377	ENOXAPARINA SODICA 40MG/0,4ML (CRISTALIA) L: A127 07C Q: 30,0000 F: 30/03/20 V: 28/02/2022	30049099	200	5102	SE	30,00	21,15	634,50	634,50	114,22	0,00	18,00	0,00
020367	LIDOCAINA 20MG,CLORIDRATO (NEO Q/HYP/BRAIN) L: B 20E0553 Q: 50,0000 F: 30/05/20 V: 30/05/2022	30049043	000	5102	TB	50,00	2,1094	105,47	105,47	18,98	0,00	18,00	0,00

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

26/02/2021 - BANCO DO BRASIL - 16:32:20
679006790 0007

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

BANCO DO BRASIL

00190000090171153600100875819179285390000610000
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	22.206
NOSSO NUMERO	17115360000875819
CONVENIO	01711536
DATA DE VENCIMENTO	22/02/2021
DATA DO PAGAMENTO	22/02/2021
VALOR DO DOCUMENTO	6.100,00
VALOR COBRADO	6.100,00

NR.AUTENTICACAO 4.F4E.1CD.5BC.E89.F35

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

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

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

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

Convênio nº 107/2017
Fonte de Recurso Estadual
Termo Aditivo nº 00002/2020
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandopolis
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. 1385656 FL 1 / 1
SÉRIE 1

CHAVE DE ACESSO
3521 0167 7291 7800 0491 5500 1001 3856 5615 2675 4431

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	135210015128995 06/01/2021 15:29:14

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
1385656/1	22/02/2021	6.100,00						

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
6.100,00	1.098,00	0,00	0,00	6.100,00

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	6.100,00

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	NÚMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
13,00	VOLUME(S)		0,04020	72,875	72,875

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
032023	AVENTAL CIRCULACAO (VENKURI) L: T23218 Q: 500,00 00 F: 27/07/20 V: 27/07/2023	62101000	000	5102	PC	500,00	12,20	6.100,00	6.100,00	1.098,00	0,00	18,00	0,00

CÁLCULO DO ISSQN

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

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

LOCAL DE ENTREGA: 46374500001247-AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Município: MIRANDOPOLIS CEP: 16800000 UF: SP País: BRASIL. PREZADO CLIENTE, FAVOR CONFERIR NO ATO DA ENTREGA - NA[illegible]REMOS RECLAMACOES APOS 48hs DO RECEBIMENTO. DATA ENTREGA: 07/01/2021 Pedido: 1805116 A[illegible]: Compra(Pedido Cliente): 1805116 *** O pagamento devera ser realizado atraves do boleto anexo a nota fiscal, caso na[illegible]re em contato atraves do e-mail boletos@rioclarense.com.br ou no telefone (19)3522-5800, Setor de Cobranca Privado. A[illegible]-7 ** AE: 1 22375-2 ** ASS: 1302/16 Validade: 23/01/2021 MODAL: RODOVIARIO / TIPO ENTREGA: EX[illegible]OCAL DE ENTREGA: Endereço: AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Município: MIRANDOPOLIS CEP: 16800000 UF: SP País: BRASIL(Código Interno Emitente: 4768 Nome Fantasia: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL) LOCAL DE ENTREGA: AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Município: MIRANDOPOLIS UF: SP País: BRASIL

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 07/01/21
ASS.

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

22/02/21

26/02/2021 - BANCO DO BRASIL - 16:32:20
679006790 0005

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

00190000090171153600100875758179385390000072100
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 17115360000875758
CONVENIO 01711536
DATA DE VENCIMENTO 22/02/2021
DATA DO PAGAMENTO 22/02/2021
VALOR DO DOCUMENTO 721,00
VALOR COBRADO 721,00
==========
NR.AUTENTICACAO 3.A72.50E.DD8.058.45A
==========
Central de Atendimento BB
4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas
0800 729 0001 Demais localidades.
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

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

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

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

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

Identificação do emitente

Rioclarense

COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA
PC IMÍPIO 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. 1385598 FL 1 / 1
SÉRIE 1

CHAVE DE ACESSO
3521 0167 7291 7800 0491 5500 1001 3855 9812 5467 6120

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		135210014831106 06/01/2021 14:36:50
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
1385598/1	22/02/2021	721,00						

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
721,00	129,78	0,00	0,00	721,00

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	721,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

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

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

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
3,00	VOLUME(S)		0,07251	14,725	14,725

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
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
030430	RESPIRADOR DESCARTAVEL PFF2 (3M) L: 2035200238 Q: 40,0000 F: 30/11/20 V: 30/11/2023	63079010	000	5102	PC	40,00	3,4339	137,36	137,36	24,72	0,00	18,00	0,00
031248	ATADURA DE CREPE 13F 15CMX4,5M (FORTCLEAN) L: 394 Q: 12,0000 F: 01/12/20 V: 30/12/2025	90211020	000	5102	PC	12,00	0,5874	7,05	7,05	1,27	0,00	18,00	0,00
030366	TIRAS REAGENTES N/INDIV (MEDLEVENSOHN) L: 1290686 Q: 300,0000 F: 15/06/20 V: 14/06/2022	38220090	700	5102	TI	300,00	0,522	156,60	156,60	28,19	0,00	18,00	0,00
031675	AVENTAL DE PROCEDIMENTO GR 20 (AMIL DESCARTAVEL) L: AV300-15 Q: 100,0000 F: 01/12/20 V: 30/12/2025	62101000	000	5102	PC	100,00	2,95	295,00	295,00	53,10	0,00	18,00	0,00

CÁLCULO DO ISSQN

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

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

LOCAL DE ENTREGA: 46374500001247-AV DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Municipio: MIRANDOPOLIS CEP: 16800000 UF: SP Pais: BRASIL PREZADO CLIENTE, FAVOR CONFERIR NO ATO DA ENTREGA - NA[illegible]EREMOS RECLAMACOES APOS 48hs DO RECEBIMENTO. DATA ENTREGA: 07/01/2021 Pedido: 1805123 Au[illegible] Compra(Pedido Cliente): 1805123 *** O pagamento devera ser realizado atraves do boleto anexo a nota fiscal, caso nao rec[illegible]tre em contato atraves do e-mail boletos@rioclarense.com br ou no telefone (19)3522-5800, Setor de Cobranca Privado AFE: 1.04397-7 ** AE: 1.22375-2 ** ASS: 1302/16 Validade: 23/01/2021 MODAL: RODOVIARIO / TIPO ENTREGA: EXPRESSA LOCAL DE ENTREGA: Endereço: AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Municipio: MIRANDOPOLIS CEP: 16800000 UF: SP Pais: BRASIL(Código Interno Emitente: 4768 Nome Fantasia: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL) LOCAL DE ENTREGA: AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Municipio: MIRANDOPOLIS UF: SP Pais: BRASIL

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 07/01/21
ASS.

Convênio nº 107/2017
Fonte de Recurso Estadual
Termo Aditivo nº 00002/2020
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio
21/01/21

26/02/2021 - BANCO DO BRASIL - 16:32:20
679006790 0006

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

==========

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

03399484570130000000546577101044585390000104645
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	22.208
DATA DE VENCIMENTO	22/02/2021
DATA DO PAGAMENTO	22/02/2021
VALOR DO DOCUMENTO	1.046,45
VALOR COBRADO	1.046,45

==========

NR.AUTENTICACAO A.E50.5AA.256.052.DE0

==========

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

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

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

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

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

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

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

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAÍDA [1]

Nº 164648
SERIE 1
FOLHA 1/1

CHAVE DE ACESSO
3521 0111 2060 9900 0441 5500 1000 1646 4810 0075 1729

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.	135210086998338 25/01/2021 19:45:25

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	25/01/2021

ENDEREÇO	BAIRRO/DISTRITO	CEP	DATA ENTRADA/SAIDA
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03	JARDIM ARIANO	16400-400	26 JAN 2021

MUNICÍPIO	FONE/FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DA SAÍDA
LINS	1435325198	SP		

FATURA DUPLICATA

001	22/02/2021	1.046,45

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
1.046,45	141,71	0,00	0,00	1.046,45

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	1.046,45

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
3	CAIXA			6,10	6,10

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
26568	LANCETA DE SEGURANCA 28G C/100-DESCARPACK LT SLAKAA011C (4) 05/2025 (Fornecedor: 91-8, Lote: SLAKAA011C, Qtde: 4 ,Data Fab: 01/06/2020, Data Val: 31/05/2025)	90183999	200	5102	CX	4	19,0000	76,00	76,00	13,68		18,00	
23134	DERMAEX AGE 100ML C/24-NUTRIEX LT 2002030 (1) 02/2022 (Fornecedor: 2512, Lote: 2002-030, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/02/2020, Data Val: 28/02/2022)	15121919	000	5102	CX	1	61,6800	61,68	61,68	11,10		18,00	
27049	TURBANTE DESC.ELAST.C/100-HNDESC LT 21010-4004 (10) 01/2024 (Fornecedor: 1125, Lote: 210104004, Qtde: 10 ,Data Fab: 04/01/2021, Data Val: 04/01/2024)	63079010	000	5102	PCT	10	13,1330	131,33	131,33	23,64		18,00	
9872	SULF.POLIMIXINA B 500000UI 5FAM GEN-EURO-FARMA LT 698366A (4) 09/2022 (Fornecedor: 1088, Lote: 698366A, Qtde: 4 ,Data Fab: 01/09/2020, Data Val: 30/09/2022)	30042079	000	5102	CX	4	194,3600	777,44	777,44	93,29		12,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

RRSV1R77V2!!
Pedido: 164434
End. Entrega: AV.DR.RAUL DA CUNHA BUENO,585 , MIRANDÓPOLIS - 16800-000, MIRANDÓPOLIS-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: 0,05

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

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 25/01/21
ASS.

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

22/02/1

26/02/2021 - BANCO DO BRASIL - 16:32:21
679006790 0002

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

BANCO COOPERATIVO SICREDI S.A.

74891116207162903021502213581016185370000018990
BENEFICIARIO:
F B BABETO ME
NOME FANTASIA:
F B BABETO ME
CNPJ: 14.508.613/0001-49
BENEFICIARIO FINAL:
F B BABETO ME
CNPJ: 14.508.613/0001-49
PAGADOR:
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE D
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	22.209
DATA DE VENCIMENTO	20/02/2021
DATA DO PAGAMENTO	22/02/2021
VALOR DO DOCUMENTO	189,90
DESCONTO/ABATIMENTO	10,00
VALOR COBRADO	179,90

NR.AUTENTICACAO 6.7A8.559.6F9.517.A4E

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

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

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

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

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

F NET TELECON LTDA

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

IE : 449019473114 CNPJ 14.508.613/0001-49

Nota Fiscal de Serviço de

Modelo 21 - Série 98

Nº 000000028 Emissão: 01/02/2021

Tomador dos serviços/Destinatário das mercadorias

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO

RUA DR RAUL DA CUNHA BUENO, 585

16800-000 CENTRO Mirandópolis SP

Nº de Referencia: 02825

CNPJ/CPF: 45349461000102

Inscrição Estadual ISENTO

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

Chave de Codificação Digital	Situação do documento fiscal
0b02.31e9.592e.0887.b571.50d7.14ff.52f2	

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

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

22621

21

24/02/2021 - BANCO DO BRASIL - 17:39:39
679006790 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

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

==========

DATA DA TRANSFERENCIA 24/02/2021
NR. DOCUMENTO 553.062.007.004.231
VALOR TOTAL 4.446,22

****** TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 7.004.231-4
NR. DOCUMENTO 556.790.000.000.211

==========

NR.AUTENTICACAO D.42C.200.E33.DF9.6C1

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

26/02/2021 - BANCO DO BRASIL - 16:32:21
679006790 0002

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

03399432430210000000500001501014385420000063750
BENEFICIARIO:
J E DE ARAUJO ODONTOLOGIA EIRELI EP
NOME FANTASIA:
J E DE ARAUJO ODONTOLOGIA EIRELI EP
CNPJ: 36.430.763/0001-10
BENEFICIARIO FINAL:
J E DE ARAUJO ODONTOLOGIA EIRELI EP
CNPJ: 36.430.763/0001-10
PAGADOR:
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE D
CNPJ: 45.349.461/0008-89

NR. DOCUMENTO	22.401
DATA DE VENCIMENTO	25/02/2021
DATA DO PAGAMENTO	24/02/2021
VALOR DO DOCUMENTO	637,50
VALOR COBRADO	637,50

NR.AUTENTICACAO F.430.EFB.88C.D28.6C7

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

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

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

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

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

MUNICÍPIO DE MIRANDÓPOLIS

MUNICÍPIO DE MIRANDÓPOLIS

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e

Número da NFS-e
36

Código de Verificação de Autenticidade
H7N1FT3I3

Data e Hora de Emissão da NFS-e
11/02/2021 às 15:41:11

Chave de Acesso
342320J748IZP0YIRAQQVKBNCO5HIPKS

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

Informações Fiscais

Exigibilidade do ISS	Número do Processo	Município de Incidência do ISS	Local da Prestação
Exigível		**MIRANDOPOLIS-SP**	**MIRANDOPOLIS - SP**

Número do RPS	Série do RPS	Tipo do RPS	Data do RPS	Competência
				11/02/2021

Optante Simples Nacional	Incentivo Fiscal	Regime Especial Tributação	Tipo ISS
1 - Sim	**2 - Não**	**Microempresário e Empresa de Pequeno Porte (ME EPP)**	**03 - Sobre Faturamento**

PRESTADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ	RG/Inscrição Estadual	Inscrição Municipal	Cadastro	Nome/Razão Social
36.430.763/0001-10		**54001813**	**000020605**	J. E. DE ARAUJO ONDONTOLOGIA EIRELI - EPP

Logradouro	Complemento	Bairro
RUA DAS NACOES UNIDAS, 90		**CENTRO**

CEP	Cidade	Telefone	E-mail
16800-000	**MIRANDÓPOLIS-SP**		

TOMADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ/Documento	RG/Inscrição Estadual	Inscrição Municipal	Nome/Razão Social
45.349.461/0008-89			**ASSOCIAÇAO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL**

Logradouro	Complemento	Bairro
AVENIDA PAULO DE BARROS, 326		**CENTRO**

CEP/Cod.Postal	Cidade/País	Telefone	E-mail
16800-000	**MIRANDOPOLIS - SP**	**18 33748438**	

Discriminação dos Serviços

Qtde.	Un. Medida	Descrição	Vlr. Unitário	Total
1,00	UN	NF REFERENTE A SERVIÇOS PRESTADOS AOS COLABORADORES DA INSTITUIÇÃO	637,50	R$ 637,50

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

Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza - ISS

Construção Civil

LC 116/2003: **04.12**	Alíquota	Atividade Município	Código CNAE	Código da Obra	Código ART
Odontologia	**2,00%**	**0000040000012**	**8630504**		

Valor Total dos Serviços	Desconto Incondicionado	Deduções Base Cálculo	Base de Cálculo	Total do ISS	ISS Retido	Desconto Condicionado
R$ 637,50	**R$ 0,00**	**R$ 0,00**	**R$ 637,50**	**R$ 12,75**	**2 - Não**	**R$ 0,00**

Retenções de Impostos

PIS	COFINS	INSS	IRRF	CSLL	Outras Retenções
R$ 0,00	**R$ 0,00**	**R$ 0,00**	**R$ 0,00**	**R$ 0,00**	**R$ 0,00**

Valor Líquido da NFS-e: R$ 637,50

Val. Aprox. Tributos: Federal (4,00%) R$25,50 Estadual (0,00%) R$0,00 Municipal (2,00%) R$12,75

Informações Complementares

24/02/21
211

RECEBI(EMOS) DE **J. E. DE ARAUJO ONDONTOLOGIA EIRELI - EPP** O SERVIÇO CONSTANTE DA NFS-e DE NÚMERO **36** E CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO **H7N1FT3I3**.

Data	CPF/RG	Assinatura
____/____/____		

26/02/2021 - BANCO DO BRASIL - 16:32:21
679006790 0007

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

BANCO DO BRASIL

00190000090171153600100874171176985430000167502
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	22.601
NOSSO NUMERO	17115360000874171
CONVENIO	01711536
DATA DE VENCIMENTO	26/02/2021
DATA DO PAGAMENTO	26/02/2021
VALOR DO DOCUMENTO	1.675,02
VALOR COBRADO	1.675,02

NR.AUTENTICACAO 7.E95.99F.640.DDC.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 107/2017
Fonte de Recurso Estadual
Termo Aditivo nº 00002/2020
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

Identificação do emitente

Rioclarense

COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA
IV EMPREGO MARCONATO 1000 - NUCLEO RESIDENCIAL DOUTOR JOAO ALDO NASSIF - JAGUARIUNA - SP
(19)3519-6078 - (19)35235800

DANFE
DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA [1]

Nº. 1383773 FL 1 / 1
SÉRIE 1

CHAVE DE ACESSO
3520 1267 7291 7800 0491 5500 1001 3837 7319 2543 0682

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO		PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
VENDA DENTRO ESTADO		135201230937605 28/12/2020 17:17:43
INSCRIÇÃO ESTADUAL	**INSCR. EST. SUBS. TRIBUTARIO**	**CNPJ**
395060142110		67.729.178/0004-91

DESTINATARIO/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/SAIDA**
AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303	JARDIM ARIANO	16400-400		28/12/2020
MUNICÍPIO	**FONE / FAX**	**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**	**HORA DE SAÍDA**
LINS	1836591243	SP		

FATURA/DUPLICATA

FATURA/DUPLIC	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR
1383773/1	27/01/2021	1.675,03	1383773/2	26/02/2021	1.675,02			

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUTO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
3.350,05	412,21	0,00	0,00	3.350,05

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	VALOR DO DESCONTO	OUTRAS DESPESAS	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	3.350,05

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

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

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

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERO	PESO BRUTO	PESO LIQUIDO
1,00	VOLUME(S)		0,00011	4,882	4,882

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / SH	CST	CFOP	UN	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	B.CALC ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALIQUOTAS ICMS	ALIQUOTAS IPI
010752	PROMETAZINA 50MG/2ML,CLORIDRATO (CRISTALIA) L: 19120328 Q: 50,0000 F: 30/12/19 V: 30/12/2021	30049075	000	5102	AP	50,00	2,371	118,55	118,55	21,34	0,00	18,00	0,00
031049	MONITOR (MEDLEVENSOHN) L: 12369485 Q: 5,0000 F: 08/11/19 V: 07/11/2021	38220090	200	5102	PC	5,00	10,30	51,50	51,50	9,27	0,00	18,00	0,00
021057	MIDAZOLAM 50MG (HIPOLABOR) (ITEM GENERICO) L: AP -367/20 Q: 200,0000 F: 30/10/20 V: 30/09/2022 *** Portaria 344/98 B1, nFCI: 6C7DE18F-3E75-48C4-B58A-E54E06657602	30049099	500	5102	AP	200,00	15,90	3.180,00	3.180,00	381,60	0,00	12,00	0,00

CÁLCULO DO ISSQN

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

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
LOCAL DE ENTREGA: 46374500001247-AV DR RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Municipio: MIRANDOPOLIS CEP: 16800000 UF: SP Pais: BRASIL. PREZADO CLIENTE, FAVOR CONFERIR NO ATO DA ENTREGA - NAO ACEITAREMOS RECLAMACOES APOS 48hs DO RECEBIMENTO. DATA ENTREGA: 29/12/2020 Pedido: 1801611 Autorizacao de Compra(Pedido Cliente): 1801611 *** O pagamento devera ser realizado atraves do boleto anexo a nota fiscal, caso não receba entre em contato atraves do e-mail boletos@rioclarense.com.br ou no telefone (19)3522-5800, Setor de Cobranca Privado. AFE: 1.04397-7 ** AE: 1.22375-2 ** ASS: 1302/16 Validade: 23/01/2021 MODAL: RODOVIARIO / TIPO ENTREGA: EXPRESSA LOCAL DE ENTREGA: Endereço: AV DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Municipio: MIRANDOPOLIS CEP: 16800000 UF: SP Pais: BRASIL(Codigo Interno Emitente: 4768 Nome Fantasia: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL) LOCAL DE ENTREGA: AV DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Municipio: MIRANDOPOLIS UF: SP Pais: BRASIL.

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 29/12/2020
ASS.

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

26/02/2021 - BANCO DO BRASIL - 16:32:22
679006790 0006

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

BANCO DO BRASIL

00190000090330884120800006186175585430000187050
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	22.602
NOSSO NUMERO	33088412000006186
CONVENIO	03308841
DATA DE VENCIMENTO	26/02/2021
DATA DO PAGAMENTO	26/02/2021
VALOR DO DOCUMENTO	1.870,50
VALOR COBRADO	1.870,50

NR.AUTENTICACAO 3.643.147.190.978.075

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

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

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

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

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

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA [1]

Nº 1153078
SERIE 1
FOLHA 1/1

CHAVE DE ACESSO
5221 0104 0278 9400 0326 5500 1001 1530 7810 0104 5768

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

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO	PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO
VENDA N CONTRIB	152213739447389 12/01/2021 19:58:35

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	12/01/2021

ENDEREÇO	BAIRRO/DISTRITO	CEP	DATA ENTRADA/SAÍDA
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303	JARDIM ARIANO	16400-400	12/01/2021

MUNICÍPIO	FONE/FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DA SAÍDA
LINS	1435325198	SP		19:57

FATURA / DUPLICATA

001 26/02/2021 1.870,50

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
1.741,14	121,38	0,00	0,00	1.870,50

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	1.870,50

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
1	CAIXAS			3,30	3,30

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
35968	OPRAZON 40MG 20/10ML.DIL.- BLAU (Lote: 20-111141, Qtde: 1, Dt Val: 30/11/2022 ,Data Fab: 01/11/2020)	30049069	520	6108	CX	1	776,0000	776,00	646,64	77,60		12,00	
34166	PIPER.TAZOB.4,5G C/10 GEN - AUROBINDO (Lote: PT0420108A, Qtde: 5, Dt Val: 31/08/20-22 ,Data Fab: 01/09/2020)	30041019	200	6108	CX	5	218,9000	1.094,50	1.094,50	43,78		4,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

RECLAMACOES DE MERCADORIAS COM NO MAXIMO DE 48HORAS APOS A ENTREGA
MIRANOPOLIS - DUPATRILENTREGAR DR RAUL DA CUNHA BUENO 585 JD SANTA ROSA MIRANOPOLIS
SPUTI MIRANOPOLIS CONV 0107/2017 AC/ LAIS
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 ALIQUOTA ZERO PIS/COFINS,CF.ART.2 DA LEI 10.147/00
ITEM 1 DIFERENCIAL DE ALIQ.CFCONV.93 -EMENDA 87/15
ITEM 2 ALIQ.12% CF LEI GENERICOSSP 16005/2015
ITEM 1 e 2
ITEM 1 e 2
Emenda Constitucional 87 de 2015:
Valor da partilha para UF de Destino: R$ 134,12
VALOR APROX. TRIBUTOS, R$ 121,38, Federal, R$ 0,00, Estadual, R$ 121,38
Pedido: 1234712
Representante: REGIAO SJRP - (VITOR)
Redespacho...: O EMITENTE (43) - CIF - CNPJ.: - Inscrição Estadual.:633565182110 -
Endereço.:RUA SAO PAULO SANTOS-SP

RESERVADO AO FISCO

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

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 13 / 01 / 2021
ASS. Izabel C. Saza

26/01/21
21

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
26/02/2021 - AUTOATENDIMENTO - 16.32.22
6790306790 SEGUNDA VIA 0004

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

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

==========

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : ASSOCIACAO H B DO BRASIL
BANCO: 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: 26/02/2021

==========

DOCUMENTO: 022603
AUTENTICACAO SISBB: 0.B59.EC1.4BF.6AB.750

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

pino 20/02

PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS

Secretaria Municipal da Fazenda

Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e

Número da Nota	Data de Emissão	Data e Hora da Competência	Código de Verificação
1859	02/02/2021	02/02/2021 às 15:13:37	8560-7982-7191

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 MIRANDÓPILIS
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 **1859** emitida em **02/02/2021** às **15:13:37** - Cód Verif **8560-7982-7191**
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 107/2017
Ponte de Recurso Estadual
Termo Aditivo nº 00002/2020
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

26/02/21

211

DESTRA - ASSESSORIA EM SEGURANÇA E MEDICINA DO TRABALHO

CNPJ: 11.814.918/0001-90

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

16300-031 - PENÁPOLIS - SP

Fone: 018-3653.8181 Fax:

Email: destra.assessoria@gmail.com

F A T U R A M E N T O

Abrangência: 01/01/2021 até 31/01/2021 - Emissão: 02/02/2021

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL - UTI MIRANDOPOLIS - (AHBB - UTI - MIRANDOPOLIS) (1393) - CNPJ: 45.349.461/0008-89

Serviços Prestados

* Descrição do serviço	Total
Assessoria em Segurança do Trabalho ref. a 01/2021	1.250,00
	Total => 1.250,00
Total => R$ 1.250,00	
Geral do Faturamento	**1.250,00**

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

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
26/02/2021 - AUTOATENDIMENTO - 16.32.23
6790306790 SEGUNDA VIA 0006

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

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

==========

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : ASSOCIACAO H B DO BRASIL
BANCO: 341 - ITAU UNIBANCO S.A.
AGENCIA: 0049-3 - SAO CARLOS SP
CONTA: 42.122-5

FAVORECIDO: WINTER - GESTAO E CONSULTORIA MEDIC
CPF/CNPJ: 26.392.666/0001-26
VALOR: R$ 84.465,00
DEBITO EM: 26/02/2021

==========

DOCUMENTO: 022604
AUTENTICACAO SISBB: 7.543.F50.041.738.834

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

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO CARLOS
SECRETARIA MUNICIPAL DE FAZENDA
NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇO - NFS-e

Número da NFS-e
396

Data e Hora da Emissão	26/02/2021 11:29:58	Competência	26/2/2021	Código de Verificação	9XECN3D3F
Número do RPS		No. da NFS-e substituída		Local da Prestação	SAO CARLOS - SP

Prestador de Serviço

Razão Social/Nome	WINTER - GESTAO E CONSULTORIA MEDICA LTDA - EPP				
Nome Fantasia					
CNPJ/CPF	26.392.666/0001-26	Inscrição Municipal	73644	Município	SAO CARLOS - SP
Endereço e CEP	RUA PASSEIO DOS IPÊS ,320 - PARQUE FABER CASTELL I CEP: 13561-385				
Complemento	COND.TRIADE 01 - CJ.408	Telefone	3419-8647	e-mail	

Tomador de Serviço

Razão Social/Nome	ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL				
CNPJ/CPF	45.349.461/0001-02	Inscrição Municipal		Município	LINS - SP
Endereço e CEP	AVENIDA JOSÉ ARIANO RODRIGUES ,303 - JARDIM ARIANO CEP: 16400-400				
Complemento	SALA 03	Telefone		e-mail	contabilidade2@ahbb.org.br

Discriminação do Serviço

Serviços Médicos Prestados na unidade de terapia intensiva - UTI do HOSPITAL ESTADUAL "DR. OSWALDO BRANDI FARIA" de MIRANDÓPOLIS/SP
Plantonistas Coordenação/Diaristas

Convênio 0107/2017

Termo Aditivo nº 001/2021

Quantidade de plantões: 62

Referente Dezembro de 2020

Código do Serviço / Atividade

7490199 / 17.24 - Outras atividades profissionais, científicas e técnicas não especificadas anteriormente

Detalhamento Específico da Construção Civil

Código da Obra		Código ART	

Tributos Federais

PIS (R$)	585,00	COFINS (R$)	2.700,00	IR (R$)	1.350,00	INSS (R$)		CSLL (R$)	900,00

Detalhamento de Valores - Prestador do Serviço		Outras Informações	Cálculo do ISSQN devido no Município	
Valor do Serviço R$	90.000,00	Natureza Operação	Valor do Serviço R$	90.000,00
(-) Desconto Incondicionado	0,00	1-Tributação no município	(-) Deduções Permitidas em Lei	0,00
(-) Desconto Condicionado	0,00	Regime Especial Tributação	(-) Desconto Incondicionado	0,00
(-) Retenções Federais	5.535,00	0-Nenhum	Base de Cálculo	90.000,00
(-) Outras Retenções	0,00	Opção Simples Nacional	(x) Alíquota %	2,00
(-) ISSQN Retido	0,00	2 - Não	ISSQN a Reter	( ) Sim (X) Não
(=) Valor Líquido R$	84.465,00	Incentivador Cultural	(=) Valor do ISSQN R$	1.800,00
		2-Não		

Avisos

1- Uma via desta Nota Fiscal será enviada através do e-mail fornecido pelo Tomador do Serviço.
2- A autenticidade desta Nota Fiscal poderá ser verificada no site, http://SaoCarlos.ginfes.com.br com a utilização do Código de Verificação.

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

2/4/2021

2/11

26/02/2021 - BANCO DO BRASIL - 15:26:20
679006790 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

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

DATA DA TRANSFERENCIA	26/02/2021
NR. DOCUMENTO	553.062.007.004.231
VALOR TOTAL	15.688,25

****** TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL

AGENCIA: 3062-7 CONTA:	7.004.231-4
NR. DOCUMENTO	556.790.000.000.211
NR.AUTENTICACAO	0.607.4C5.7C7.68D.E63

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

26/02/2021 - BANCO DO BRASIL - 15:26:21
679006790 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

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

DATA DA TRANSFERENCIA 26/02/2021
NR. DOCUMENTO 553.062.007.004.231
VALOR TOTAL 10.245,26
****** TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 7.004.231-4
NR. DOCUMENTO 556.790.000.000.211

NR.AUTENTICACAO 5.A15.F9A.A5B.D8E.329

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

26/02/2021 - BANCO DO BRASIL - 15:26:21
679006790 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

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

DATA DA TRANSFERENCIA	26/02/2021
NR. DOCUMENTO	553.062.007.004.231
VALOR TOTAL	35.392,05

****** TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL

AGENCIA: 3062-7 CONTA:	7.004.231-4
NR. DOCUMENTO	556.790.000.000.211
NR.AUTENTICACAO	2.94C.A50.B24.6E1.9EF

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

```
26/02/2021    -  BANCO  DO  BRASIL  -    15:26:21
679006790           SEGUNDA VIA                0002
          COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
       DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL
AGENCIA: 6790-3           CONTA:             211-9
================================================
DATA DA TRANSFERENCIA                  26/02/2021
NR. DOCUMENTO                 553.062.007.004.231
VALOR TOTAL                             21.765,84
******  TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL
AGENCIA: 3062-7           CONTA:       7.004.231-4
NR. DOCUMENTO                 556.790.000.000.211
================================================
NR.AUTENTICACAO            E.D3A.8E4.CC2.076.062
```

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

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

Mirandópolis - UTI

Winter - Gestão e Consultoria Médica

Fevereiro

	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo
	01/02	**02/02**	**03/02**	**04/02**	**05/02**	**06/02**	**07/02**
Diurno 07:00 19:00	Diego Clauser	Bruna Minomi	Diego Clauser	Cleber Brito	Cleber Brito	Lucas Peron	Lucas Peron
	Danilo Rossini	Luciano Velame	Danilo Rossini	Danilo Rossini	Marina Ceolin	Ofélia Takiguchi	Marina Ceolin
Noturno 19:00 07:00	Carlos Rocha	Carlos Rocha	Lucas Peron	Cleber Brito	Lucas Peron	Lucas Peron	Lucas Peron
	Lucas Peron	Lucas Peron	Daniele Cardoso	Lucas Peron	Marina Ceolin	Ofélia Takiguchi	Karenn Elias
	08/02	**09/02**	**10/02**	**11/02**	**12/02**	**13/02**	**14/02**
Diurno 07:00 19:00	Diego Clauser	Nathalia Barreto	Diego Clauser	Cleber Brito	Cleber Brito	Lucas Peron	Lucas Peron
	Danilo Rossini	Aline Mariano	Danilo Rossini	Danilo Rossini	Marina Ceolin	Daniele Cardoso	Karenn Elias
Noturno 19:00 07:00	Carlos Rocha	Carlos Rocha	Lucas Peron	Cleber Brito	Bruna Mello	Lucas Peron	Lucas Peron
	Luciano Velame	Isis Cascini	Daniele Cardoso	Lucas Peron	Lucas Peron	Daniele Cardoso	Karenn Elias
	15/02	**16/02**	**17/02**	**18/02**	**19/02**	**20/02**	**21/02**
Diurno 07:00 19:00	Diego Clauser	Nathalia Barreto	Diego Clauser	Cleber Brito	Cleber Brito	Bruna Mello	Mauricio L.
	Leticia Laguna Bianchi	Leticia Laguna Bianchi	Aline Mariano		Marina Ceolin	Luara Dantas Espinosa	Isis Cascini
Noturno 19:00 07:00	Carlos Rocha	Carlos Rocha	Lucas Peron	Cleber Brito	Carlos Rocha	Bruna Mello	Mauricio L.
	Marina Ceolin	Lucas Peron	Daniele Cardoso	Lucas Peron	Lucas Peron	Luara Dantas Espinosa	Isis Cascini
	22/02	**23/02**	**24/02**	**25/02**	**26/02**	**27/02**	**28/02**
Diurno 07:00 19:00	Diego Clauser	Nathalia Barreto	Diego Clauser	Cleber Brito	Cleber Brito	Lucas Peron	Lucas Peron
	Danilo Rossini	Leticia Laguna Bianchi	Leticia Laguna Bianchi	Danilo Rossini	Marina Ceolin	Daniele Cardoso	Denis Dourado
Noturno 19:00 07:00	Carlos Rocha	Carlos Rocha	Lucas Peron	Cleber Brito	Bruna Mello	Lucas Peron	Lucas Peron
	Lucas Peron	Lucas Peron	Daniele Cardoso	Lucas Peron	Lucas Peron	Daniele Cardoso	Denis Dourado

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

https D4Sign 26be64e1-ae40-42bc-a6d8-7703e60be717 - Para confirmar as assinaturas acesse https://secure.d4sign.com.br/verificar=ooter=false&prin... 1/2
Documento assinado eletronicamente, conforme MP 2.200-2/01, Art. 10º, §2.

D4Sign

6 páginas - Datas e horários baseados em Brasília, Brasil
Sincronizado com o NTP.br e Observatório Nacional (ON)
Certificado de assinaturas gerado em 23 de fevereiro de 2021, 15:15:47

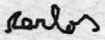
ntp.br

Escala UTI Mirandopolis 02 2021.pdf
Código do documento 26be64e1-ae40-42bc-a6d8-7703e60be717

Assinaturas

Bruna Raisa Lopes de Mello
bru1988@hotmail.com
Assinou

carlos eduardo mendonça da rocha
carlosrocha59@gmail.com
Assinou

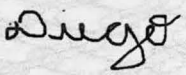


Cleber Brito
dr_brito@hotmail.com
Assinou

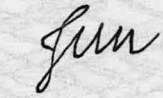
Daniele Cardoso Gomes
danielecg20@outlook.com
Assinou

DENIS ALEXANDER NUNES DOURADO
denisdourado@yahoo.com.br
Assinou

Diego Clauser Marçon
diegocmster@gmail.com
Assinou



Isis Monique Costa Cascini
moniquecascini@hotmail.com
Assinou



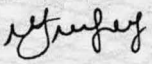
Karenn Karolinne Silva Elias
karenneliasmedicina@gmail.com
Assinou

Luara Dantas Espinosa
luara.espinosa@hotmail.com
Assinou

Lucas Antonio Peron
lucasantonioperon@yahoo.com.br
Assinou

LUCIANO BARBOSA VELAME
Luciano_med@hotmail.com
Assinou

Mauricio Lucianelli
mlucianelli@terra.com.br
Assinou



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

6 páginas - Datas e horários baseados em Brasília, Brasil
Sincronizado com o NTP.br e Observatório Nacional (ON)
Certificado de assinaturas gerado em 23 de fevereiro de 2021, 15:15:47

Nathalia Especie Barreto Bergamini
nathalia_barreto@hotmail.com
Assinou

Ofélia Maria yukie takiguchi
ofelia.mt@hotmail.com
Assinou

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

Eventos do documento

16 Feb 2021, 18:02:33
Documento número 26be64e1-ae40-42bc-a6d8-7703e60be717 **criado** por STEFANY LARISSA MEDEIROS DE OLANDA (Conta 44662517-a5f1-49ad-8b49-5f8f50217309). Email :contato@wintermed.com.br. - DATE_ATOM: 2021-02-16T18:02:33-03:00

16 Feb 2021, 18:07:24
Lista de assinatura **iniciada** por STEFANY LARISSA MEDEIROS DE OLANDA (Conta 44662517-a5f1-49ad-8b49-5f8f50217309). Email: contato@wintermed.com.br. - DATE_ATOM: 2021-02-16T18:07:24-03:00

16 Feb 2021, 18:07:30
STEFANY LARISSA MEDEIROS DE OLANDA **Assinou** (Conta 44662517-a5f1-49ad-8b49-5f8f50217309) - Email: contato@wintermed.com.br - IP: 177.170.95.238 (177-170-95-238.user.vivozap.com.br porta: 48114) - Documento de identificação informado: 039.034.041-36 - DATE_ATOM: 2021-02-16T18:07:30-03:00

16 Feb 2021, 18:12:04
ISIS MONIQUE COSTA CASCINI **Assinou** - Email: moniquecascini@hotmail.com - IP: 201.42.147.112 (201-42-147-112.dsl.telesp.net.br porta: 21602) - Geolocalização: -23.081987006967758 -48.92500537656286 - Documento de identificação informado: 387.439.208-29 - DATE_ATOM: 2021-02-16T18:12:04-03:00

16 Feb 2021, 18:14:39
CARLOS EDUARDO MENDONÇA DA ROCHA **Assinou** (Conta 6a869bb9-bf77-4cb5-ab1b-aea9faa05fde) - Email: carlosrocha59@gmail.com - IP: 187.95.2.37 (wlan-187-95-2-37.clickrede.com.br porta: 23128) - Geolocalização: -20.9009138 -51.377662 - Documento de identificação informado: 095.717.688-04 - DATE_ATOM: 2021-02-16T18:14:39-03:00

16 Feb 2021, 18:17:20
LUARA DANTAS ESPINOSA **Assinou** - Email: luara.espinosa@hotmail.com - IP: 189.29.52.240 (bd1d34f0.virtua.com.br porta: 54476) - Geolocalização: -21.16839701069149 -50.43412140044187 - Documento de identificação informado: 420.613.368-92 - DATE_ATOM: 2021-02-16T18:17:20-03:00

16 Feb 2021, 18:44:32
CLEBER BRITO **Assinou** (Conta 1955cf07-8844-4ef0-8a6a-a62ee4fdfd6b) - Email: dr_brito@hotmail.com - IP:

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

187.119.228.34 (ip-187-119-228-34.user.vivozap.com.br porta: 41742) - Geolocalização: -21.676568873569817 -49.76228141402648 - Documento de identificação informado: 258.869.968-50 - DATE_ATOM: 2021-02-16T18:44:32-03:00

16 Feb 2021, 18:45:52
DANIELE CARDOSO GOMES **Assinou** (Conta d06f6a48-40e4-43f7-92a9-f05dfd5188f5) - Email: danielecg20@outlook.com - IP: 190.83.101.239 (190.83.101.239 porta: 42490) - Geolocalização: -21.210639 -50.4360408 - Documento de identificação informado: 778.732.892-49 - DATE_ATOM: 2021-02-16T18:45:52-03:00

16 Feb 2021, 20:18:39
KARENN KAROLINNE SILVA ELIAS **Assinou** - Email: karenneliasmedicina@gmail.com - IP: 189.29.58.139 (bd1d3a8b.virtua.com.br porta: 11466) - Geolocalização: -21.204202680880787 -50.43449829577682 - Documento de identificação informado: 073.896.356-90 - DATE_ATOM: 2021-02-16T20:18:39-03:00

18 Feb 2021, 18:31:15
NATHALIA ESPECIE BARRETO BERGAMINI **Assinou** (Conta 180daf41-1fc6-442c-af90-da1ed2f796a4) - Email: nathalia_barreto@hotmail.com - IP: 177.25.205.37 (ip-177-25-205-37.user.vivozap.com.br porta: 39306) - Geolocalização: -20.894032576565227 -51.37438466118005 - Documento de identificação informado: 365.370.668-83 - DATE_ATOM: 2021-02-18T18:31:15-03:00

19 Feb 2021, 07:48:06
DIEGO CLAUSER MARÇON **Assinou** (Conta 25bba52d-058f-46ca-88b9-12cd635e3bdd) - Email: diegocmster@gmail.com - IP: 189.40.91.132 (132.91.40.189.isp.timbrasil.com.br porta: 46822) - Documento de identificação informado: 036.916.981-66 - DATE_ATOM: 2021-02-19T07:48:06-03:00

21 Feb 2021, 14:41:45
MAURICIO LUCIANELLI **Assinou** - Email: mlucianelli@terra.com.br - IP: 138.0.140.219 (138.0.140.219 porta: 55700) - Geolocalização: -21.1248211 -51.1031809 - Documento de identificação informado: 057.029.348-06 - DATE_ATOM: 2021-02-21T14:41:45-03:00

21 Feb 2021, 15:20:05
LUCAS ANTONIO PERON **Assinou** (Conta 005e2a31-3c7f-47c4-91e6-947d7b0beae2) - Email: lucasantonioperon@yahoo.com.br - IP: 177.188.102.241 (177-188-102-241.dsl.telesp.net.br porta: 64190) - Geolocalização: -21.208683 -50.4306468 - Documento de identificação informado: 430.614.298-16 - DATE_ATOM: 2021-02-21T15:20:05-03:00

23 Feb 2021, 14:25:54
OFÉLIA MARIA YUKIE TAKIGUCHI **Assinou** - Email: ofelia.mt@hotmail.com - IP: 189.5.231.129 (bd05e781.virtua.com.br porta: 44338) - Documento de identificação informado: 406.986.248-07 - DATE_ATOM: 2021-02-23T14:25:54-03:00

23 Feb 2021, 15:07:45
STEFANY LARISSA MEDEIROS DE OLANDA (Conta 44662517-a5f1-49ad-8b49-5f8f50217309). Email: contato@wintermed.com.br. **REMOVEU** o signatário **aline._mm@hotmail.com** - DATE_ATOM: 2021-02-23T15:07:45-03:00

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

23 Feb 2021, 15:07:48
STEFANY LARISSA MEDEIROS DE OLANDA (Conta 44662517-a5f1-49ad-8b49-5f8f50217309). Email: contato@wintermed.com.br. **REMOVEU** o signatário **brunaminomi@gmail.com** - DATE_ATOM: 2021-02-23T15:07:48-03:00

23 Feb 2021, 15:08:02
ASSINATURA PRESENCIAL - BRUNA RAISA LOPES DE MELLO **Assinou** (Conta 01e4d66a-7bb3-47aa-922d-394a070bf64c) - Email: bru1988@hotmail.com (não verificado) - IP: 201.92.179.150 (201-92-179-150.dsl.telesp.net.br porta: 16144) - Geolocalização: -23.412983699999998 -46.7491713 - Documento de identificação informado: 051.350.389-73 - DATE_ATOM: 2021-02-23T15:08:02-03:00

23 Feb 2021, 15:08:18
STEFANY LARISSA MEDEIROS DE OLANDA (Conta 44662517-a5f1-49ad-8b49-5f8f50217309). Email: contato@wintermed.com.br. **REMOVEU** o signatário **danilorossini1992@gmail.com** - DATE_ATOM: 2021-02-23T15:08:18-03:00

23 Feb 2021, 15:08:21
STEFANY LARISSA MEDEIROS DE OLANDA (Conta 44662517-a5f1-49ad-8b49-5f8f50217309). Email: contato@wintermed.com.br. **REMOVEU** o signatário **leticia_laguna@hotmail.com** - DATE_ATOM: 2021-02-23T15:08:21-03:00

23 Feb 2021, 15:08:27
STEFANY LARISSA MEDEIROS DE OLANDA (Conta 44662517-a5f1-49ad-8b49-5f8f50217309). Email: contato@wintermed.com.br. **REMOVEU** o signatário **mazinha_ceolin@hotmail.com** - DATE_ATOM: 2021-02-23T15:08:27-03:00

23 Feb 2021, 15:08:41
ASSINATURA PRESENCIAL - LUCIANO BARBOSA VELAME **Assinou** (Conta 81b5bc70-2940-4b7b-a050-15c592b513a9) - Email: Luciano_med@hotmail.com (não verificado) - IP: 201.92.179.150 (201-92-179-150.dsl.telesp.net.br porta: 16710) - Geolocalização: -23.412983699999998 -46.7491713 - Documento de identificação informado: 854.312.222-87 - DATE_ATOM: 2021-02-23T15:08:41-03:00

23 Feb 2021, 15:08:59
ASSINATURA PRESENCIAL - DENIS ALEXANDER NUNES DOURADO **Assinou** (Conta e5014d42-687b-473e-b1df-261abc4844eb) - Email: denisdourado@yahoo.com.br (não verificado) - IP: 201.92.179.150 (201-92-179-150.dsl.telesp.net.br porta: 50574) - Geolocalização: -23.412983699999998 -46.7491713 - Documento de identificação informado: 283.288.368-07 - DATE_ATOM: 2021-02-23T15:08:59-03:00

Hash do documento original
(SHA256):f9f22a57e4c777ff678a335975fff164618d8b79c234e46f0370c892b6fd033b
(SHA512):4c604c1615610e74eb5ec44c716f684db308625b4238659c15cc1842dbe33e0ad24394ec643a04780eab58aef549070e50bb25c6ceb9b90231f2a958cd601bd2

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

Esse documento está assinado e certificado pela D4Sign

Convênio nº 107/2017
Fonte de Recurso Estadual
Termo Aditivo nº 00002/2020
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090198 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

AHBB | REDE SANTA CASA

UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA
Hospital Estadual Dr.Oswaldo Brandi Faria

Relatório de Desempenho mês de fevereiro de 2021

Período compreendido: **01/02/2021 a 28/02/2021**

Origem dos dados: Epimed Monitor ®

INDICADORES	METAS	RESULTADOS
Taxa de Infecção Hospitalar	6%	0,14%
Duração média da internação (dias)	8 dias	9,59
SMR (mortalidade observada/mortalidade esperada)	< 0,8	1,37
Densidade de incidência de PAV (nº eventos/1000 dias de VM)	17%	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%	0,71%
Taxa de ocupação (%)	>90%	99,29%
Taxa de Satisfação	< 10 reclamações	100%
Taxa de evolução de prontuário (%)	100%	100%
Total de Internações no Período (n)	30	38
Internações Novas (n)	25	30
Número total de saídas (alta+óbito) (n)	25	29
Reinternações na unidade < 24hs (n)	0	0
Número de pacientes-dia (n)	150	278
Escore gravidade (SAPS 3) (pontos)	-	56,7
Mortalidade esperada de acordo com SAPS 3 - Am. Latina(%)	-	30,7%
Mortalidade Absoluta (nº óbitos)	-	11
Mortalidade Observada (%)	-	37,9%
Taxa de utilização de VM (%)	-	55,17%
Taxa de utilização de cateter central (%)	-	48,28%
Taxa de utilização de SVD (%)	-	68,97%

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

AHBB | REDE SANTA CASA

Definições dos cálculos utilizados nas metas	
Taxa de infecção hospitalar	(N infecções na UTI / total de saídas)x100
Tempo de Permanência	N pacientes-dia / total de saídas
SMR	Mortes obtidas / Mortes esperadas
PAV	(N de PAV / total de pacientes-dia em Vent. Mec.)x100
ITU associado a CVD	(N de ITU-CVD / total pacientes-dia com CVD)x100
Infecção corrente sanguínea	(N de infecções CS / total pacientes-dia com CVC)x100
Lesão por pressão	(N de LPP adquirida na UTI / total pacientes-dia)x100
Taxa de ocupação	(N de pacientes-dia / N de leitos-dia)
Índice de queda	(N de quedas / total pacientes-dia)x100

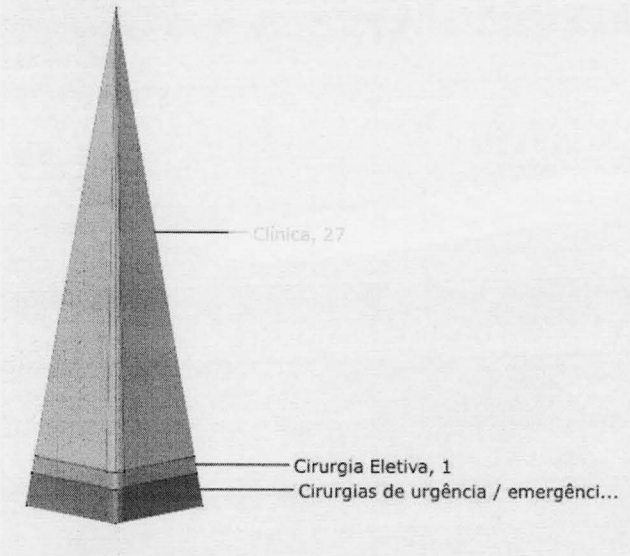
EVENTOS ADVERSOS	PLANO DE AÇÃO
Flebite – evento relacionado ao acesso venoso periférico	Treinamento com equipe, potencializando o olhar clínico e cuidado prestado na manutenção do cateter venoso.

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

AHBB | REDE SANTA CASA

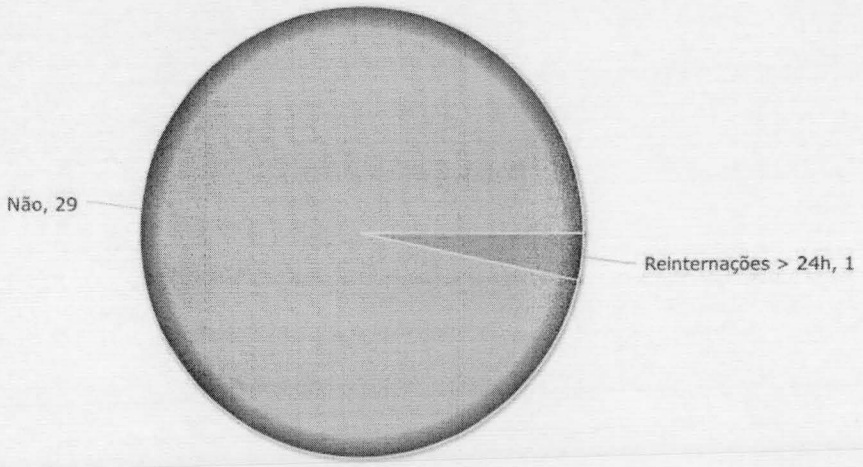
GRÁFICOS DO MÊS DE FEVEREIRO/2021

TIPOS E RAZÕES DE INTERNAÇÃO



REINTERNAÇÕES NA UNIDADE

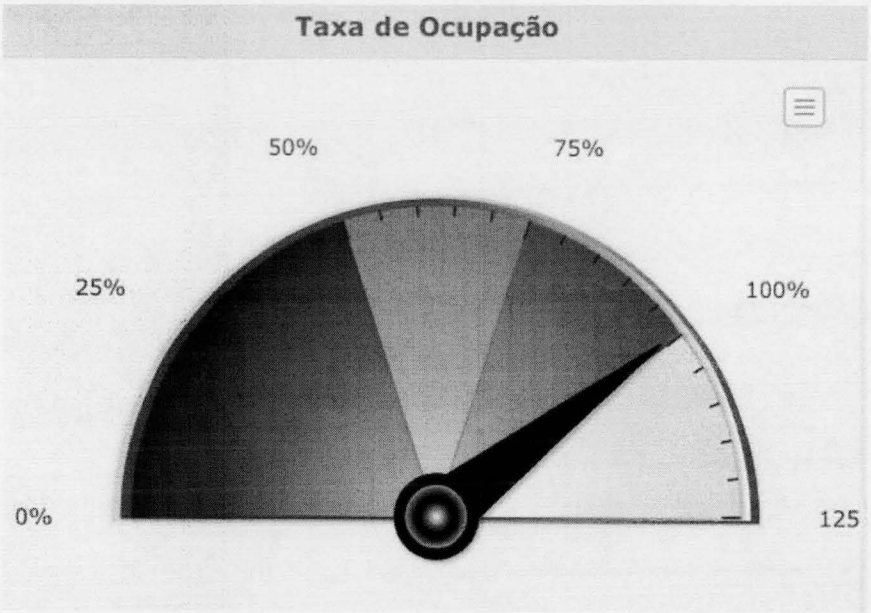
Reinternações na Unidade



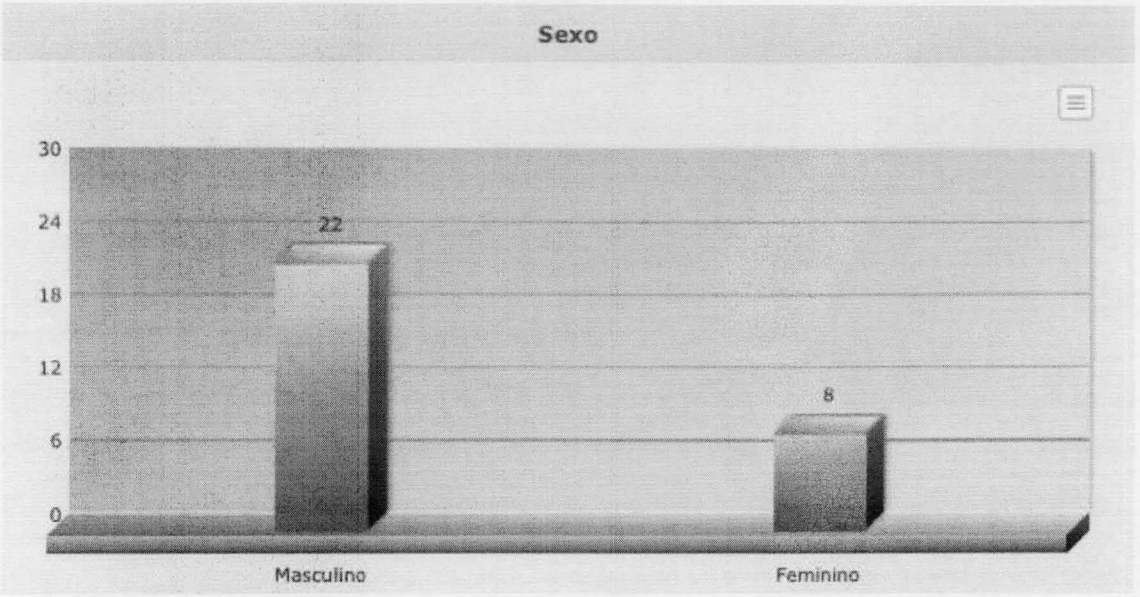
Convênio nº 107/2017
Fonte de Recurso Estadual
Termo Aditivo nº 00002/2020
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

AHBB | REDE SANTA CASA

TAXA DE OCUPAÇÃO



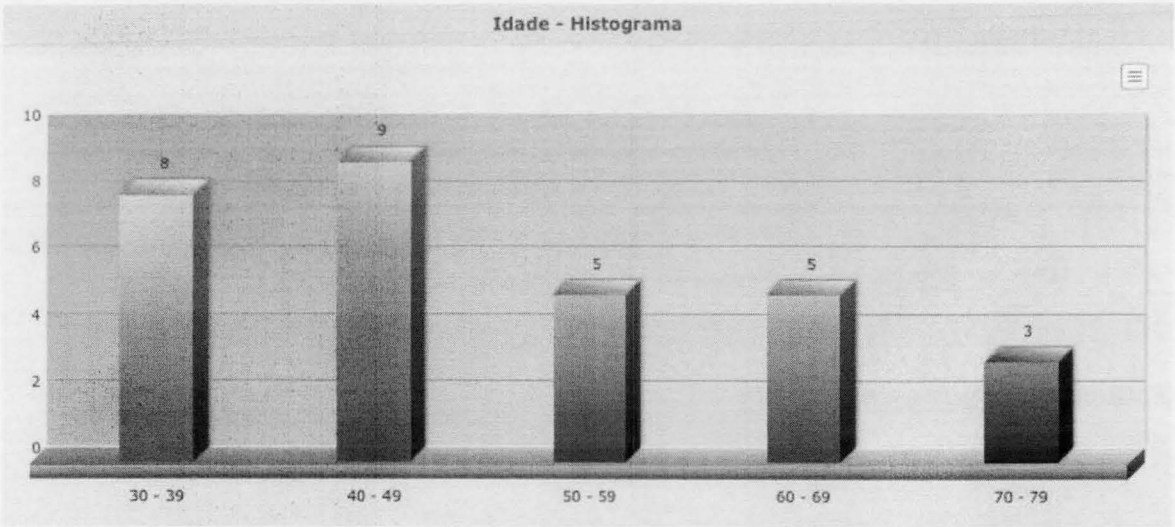
SEXO



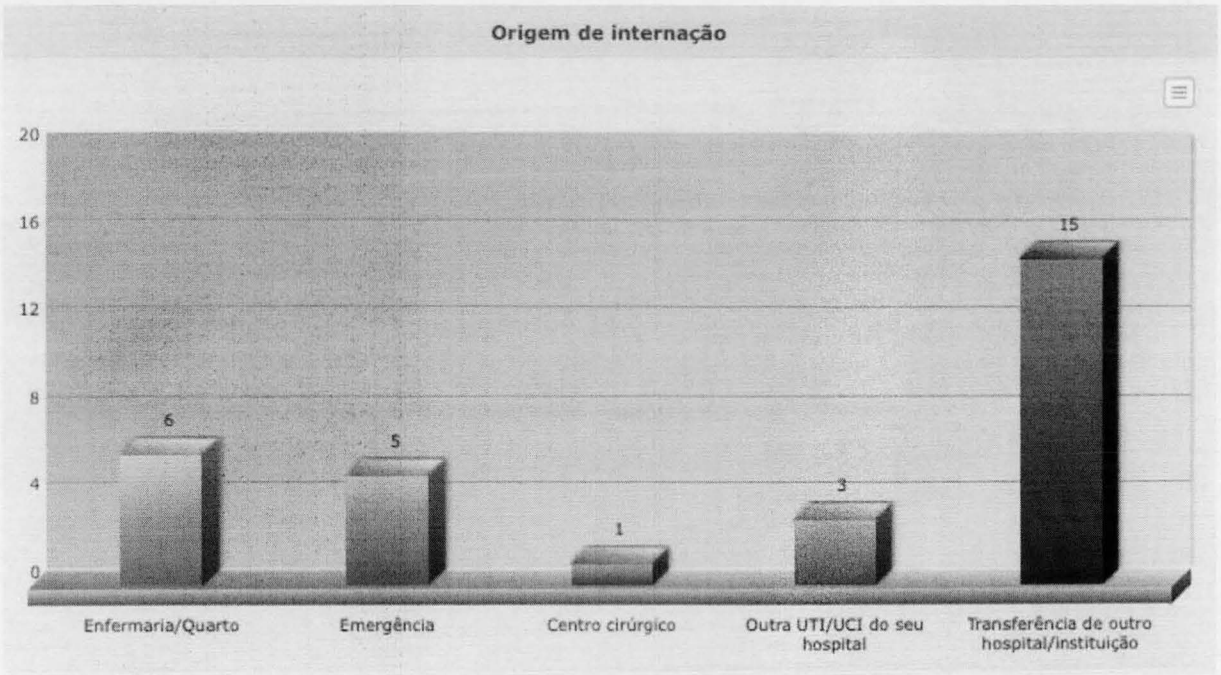
Convênio nº 107/2017
Fonte de Recurso Estadual
Termo Aditivo nº 00002/2020
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

AHBB | REDE SANTA CASA

FAIXA ETÁRIA

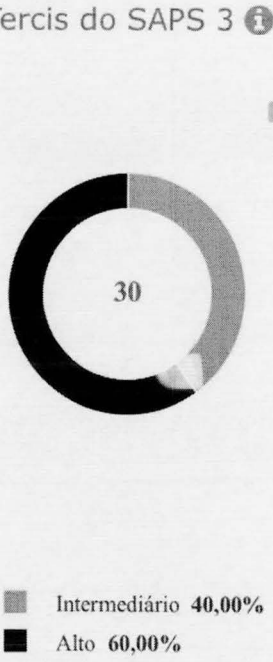


ORIGEM DA INTERNAÇÃO

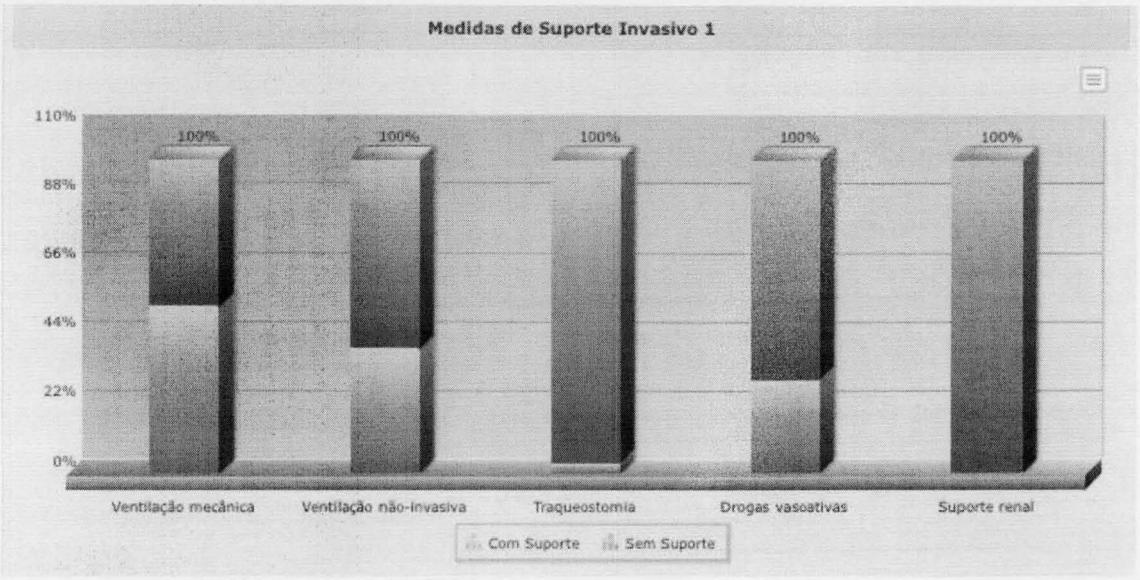


Convênio nº 107/2017
Fonte de Recurso Estadual
Termo Aditivo nº 00002/2020
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

ESCORE SAPS 3

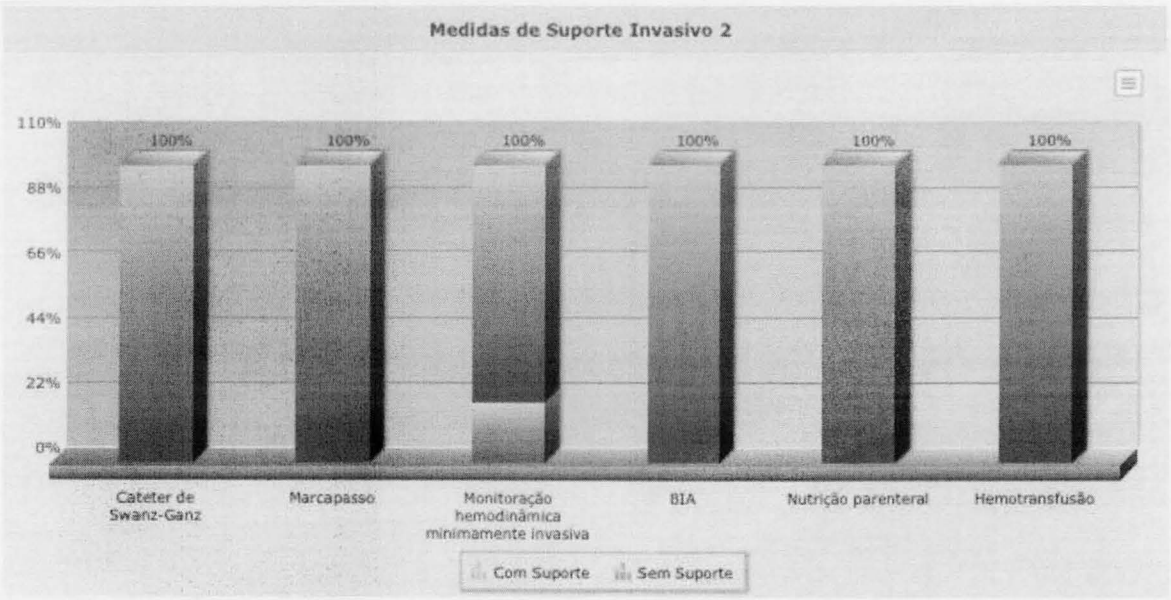


MEDIDAS DE SUPORTE INVASIVO I

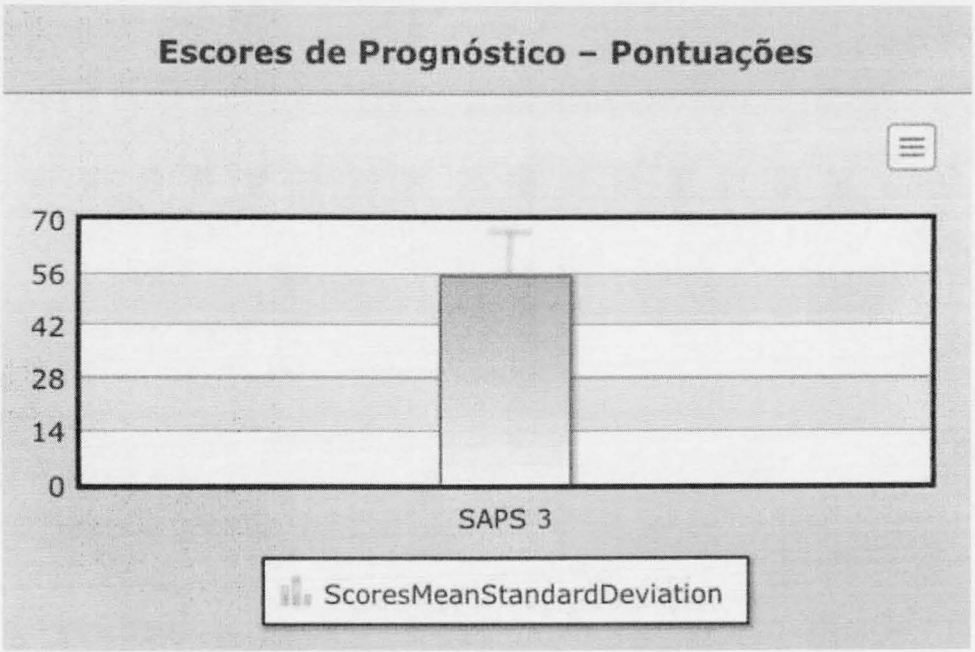


AHBB | REDE SANTA CASA

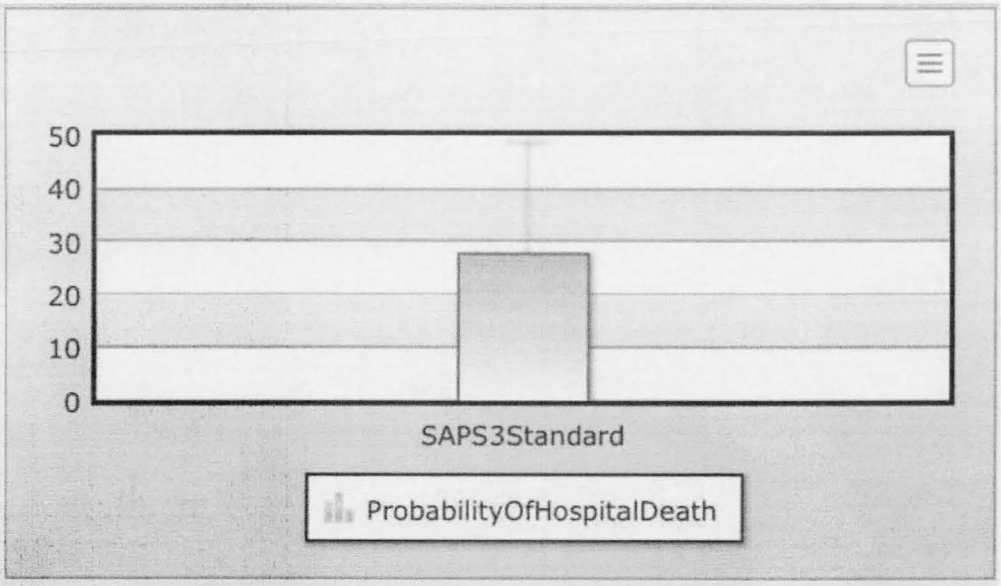
MEDIDAS DE SUPORTE INVASIVO II



ESCORE DE PROGNÓSTICO

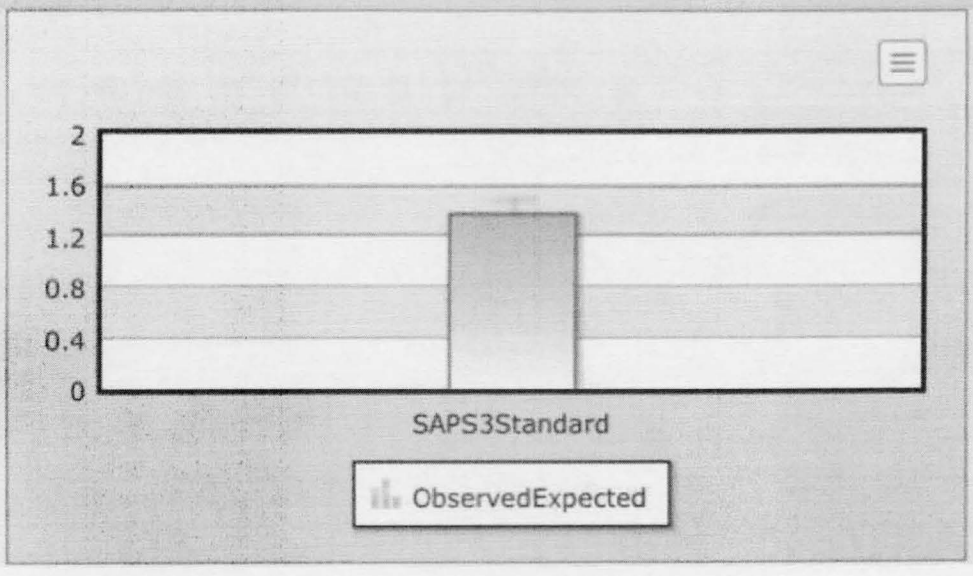


Convênio nº 107/2017
Fonte de Recurso Estadual
Termo Aditivo nº 00002/2020
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio



Escores de Prognóstico – Probabilidades de óbito

Taxas de Mortalidade Padronizadas para Cada Escore

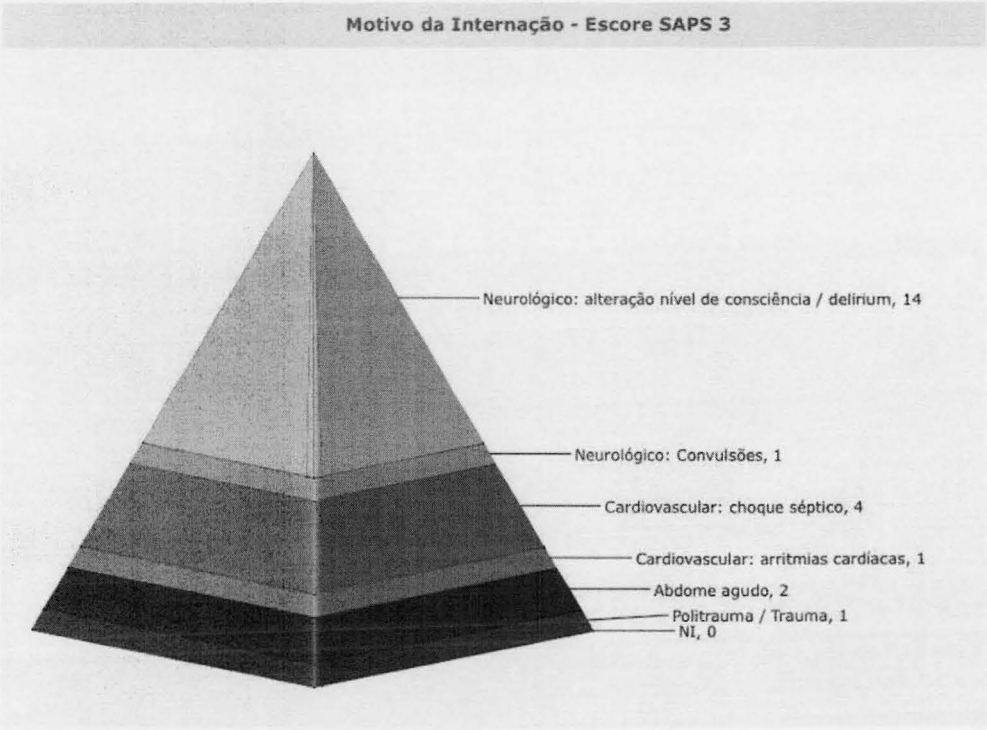


Convênio nº 107/2017
Fonte de Recurso Estadual
Termo Aditivo nº 00002/2020
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

AHBB | REDE SANTA CASA

DIAGNÓSTICOS

Diagnósticos principais



Considerações sobre a aquisição dos dados

Para obter os dados da prestação de resultados, utilizamos o sistema de monitorização sugerido pela AMIB, Epimed. Esse sistema capta informações em tempo real de internações, altas e intercorrências, portanto, podem apresentar oscilações dos valores obtidos através do NI. Para demonstrar a veracidade dos dados, segue em anexo o relatório em PDF emitido pela Epimed.

Cordialmente,

Coordenador Médico

Gerente de Enfermagem

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

Cartão de Ponto de 21/12/2020 a 20/01/2021

Impresso em 10/03/2021 10:37

Empregador: ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionario: ANA PAULA AZEVEDO ZANATTA
Departamento: UTI MIRANDÓPOLIS
Função: TEC DE ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saida 1	Entrada 2	Saida 2	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.	Extra A	Total Faltas
21/12 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
22/12 ter	19:07	20:35	21:32	07:14	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
23/12 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
24/12 qui	19:15	20:21	21:08	07:09	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
25/12 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
26/12 sab	19:03	20:48	21:36	07:03	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
27/12 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
28/12 seg	19:01	20:35	21:24	07:02	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
29/12 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
30/12 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
31/12 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
01/01 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
02/01 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
03/01 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
04/01 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
05/01 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
06/01 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
07/01 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
08/01 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
09/01 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
10/01 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
11/01 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
12/01 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
13/01 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
14/01 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
15/01 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
16/01 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
17/01 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
18/01 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
19/01 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
20/01 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
TOTAL: 4 dias, 27 folgas/feriados					**44:00**	**00:00**	**32:00**	**00:00**	**00:00**

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

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

Horário Movel (v1): 19H AS 07H- Início de acordo com o funcionário
7 dias x 19:00-23:00 00:00-07:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem Folga
15/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - AD.NOTURNO)

ANA PAULA AZEVEDO ZANATTA
20/3/21

ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL

Cartão de Ponto de 21/12/2020 a 20/01/2021

Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionario NATALIA PAZINATO DA SILVA
Departamento UTI MIRANDÓPOLIS
Função TEC DE ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saida 1	Entrada 2	Saida 2	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.	Extra A	Total Faltas
21/12 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
22/12 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
23/12 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
24/12 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
25/12 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
26/12 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
27/12 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
28/12 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
29/12 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
30/12 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
31/12 qui	07:01	13:36	14:36	19:08	11:00	00:00	00:00	00:00	00:00
01/01 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
02/01 sab	07:02	13:34	14:37	19:15	11:00	00:00	00:00	00:00	00:00
03/01 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
04/01 seg	07:00	13:32	14:33	19:07	11:00	00:00	00:00	00:00	00:00
05/01 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
06/01 qua	07:11	14:34	15:36	19:03	10:50	00:00	00:00	00:00	00:00
07/01 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
08/01 sex	07:05	15:41	19:15		08:36	00:00	00:00	00:00	00:00
09/01 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
10/01 dom	07:09	13:47	19:06		06:38	00:00	00:00	00:00	00:00
11/01 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
12/01 ter	07:00	13:59	15:00	19:08	11:00	00:00	00:00	00:00	00:00
13/01 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
14/01 qui	07:08	14:30	15:31	19:08	10:59	00:00	00:00	00:00	00:00
15/01 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
16/01 sab	07:43	14:48	15:48	19:14	10:31	00:00	00:00	00:00	00:00
17/01 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
18/01 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
19/01 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
20/01 qua	07:05	14:19	15:20	19:03	10:57	00:00	00:00	00:00	00:00
TOTAL: 10 dias, 21 folgas/feriados					**102:31**	**00:00**	**00:00**	**00:00**	**00:00**

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

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

Horário Movel (v1): 07H AS 19H- Início de acordo com o funcionário
7 dias x 07:00-12:00 13:00-19:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem Folga
10/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)

NATALIA PAZINATO DA SILVA
19/03/21

ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL

Cartão de Ponto de 21/12/2020 a 20/01/2021

Impresso em 10/03/2021 10:37

Empregador: **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**
Funcionario: ELAINE CRISTINA DIAS BORGES
Departamento: UTI MIRANDÓPOLIS
Função: TEC DE ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saida 1	Entrada 2	Saida 2	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.	Extra A	Total Faltas
21/12 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
22/12 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
23/12 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
24/12 qui	06:51	13:21	14:27	19:08	11:00	00:00	00:00	00:00	00:00
25/12 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
26/12 sab	06:56	14:58	15:57	19:04	11:00	00:00	00:00	00:00	00:00
27/12 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
28/12 seg	06:47	13:17	14:17	19:08	11:00	00:00	00:00	00:00	00:00
29/12 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
30/12 qua	07:01	14:05	15:05	19:10	11:00	00:00	00:00	00:00	00:00
31/12 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
01/01 sex	07:00	13:38	14:39	19:24	11:00	00:00	00:00	00:00	00:00
02/01 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
03/01 dom	07:01	10:56	11:39	19:11	11:00	00:00	00:00	00:00	00:00
04/01 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
05/01 ter	06:45	14:20	15:16	19:00	11:00	00:00	00:00	00:00	00:00
06/01 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
07/01 qui	06:46	12:33	13:32	18:57	11:00	00:00	00:00	00:00	00:00
08/01 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
09/01 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
10/01 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
11/01 seg	06:58	12:26	13:19	19:05	11:00	00:00	00:00	00:00	00:00
12/01 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
13/01 qua	06:50	12:18	13:21	19:03	11:00	00:00	00:00	00:00	00:00
14/01 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
15/01 sex	06:58	12:30	13:21	19:04	11:00	00:00	00:00	00:00	00:00
16/01 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
17/01 dom	07:03	14:10	14:36	19:09	11:40	00:00	00:00	00:00	00:00
18/01 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
19/01 ter	06:56	12:18	13:12	19:01	11:00	00:00	00:00	00:00	00:00
20/01 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
TOTAL: 13 dias, 18 folgas/feriados					**143:40**	**00:00**	**00:00**	**00:00**	**00:00**

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

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

Horário Movel (v1): 07H AS 19H- Início de acordo com o funcionário
7 dias x 07:00-12:00 13:00-19:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem Folga
10/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)

ELAINE CRISTINA DIAS BORGES

__/__/____

ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL

Cartão de Ponto de 21/12/2020 a 20/01/2021

Impresso em 10/03/2021 10:37

Empregador: **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**
Funcionario: CRISTIANE PASCOALETO VENDRAME
Departamento: UTI MIRANDÓPOLIS
Função: TEC DE ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saida 1	Entrada 2	Saida 2	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.	Extra A	Total Faltas
21/12 seg	06:57	12:58	14:07	18:56	10:50	00:00	00:00	00:00	00:00
22/12 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
23/12 qua	06:59	12:08	13:16	19:30	11:00	00:00	00:00	00:00	00:00
24/12 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
25/12 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
26/12 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
27/12 dom	06:56	13:04	14:05	19:03	11:00	00:00	00:00	00:00	00:00
28/12 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
29/12 ter	06:56	10:03	11:37	19:02	10:32	00:00	00:00	00:00	00:00
30/12 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
31/12 qui	06:58	14:27	15:39	19:08	10:58	00:00	00:00	00:00	00:00
01/01 sex	06:58	16:46	17:39	19:16	11:00	00:00	00:00	00:00	00:00
02/01 sab	06:58	14:30	15:30	19:13	11:00	00:00	00:00	00:00	00:00
03/01 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
04/01 seg	07:02	13:26	14:29	19:10	11:00	00:00	00:00	00:00	00:00
05/01 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
06/01 qua	06:59	09:57	10:57	19:02	11:00	00:00	00:00	00:00	00:00
07/01 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
08/01 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
09/01 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
10/01 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
11/01 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
12/01 ter	06:58	11:06	12:03	19:07	11:00	00:00	00:00	00:00	00:00
13/01 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
14/01 qui	06:57	13:27	14:27	19:10	11:00	00:00	00:00	00:00	00:00
15/01 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
16/01 sab	06:56	12:48	13:57	19:10	11:00	00:00	00:00	00:00	00:00
17/01 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
18/01 seg	07:00	17:00	17:49	19:02	11:00	00:00	00:00	00:00	00:00
19/01 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
20/01 qua	06:56	13:33	14:28	19:03	11:00	00:00	00:00	00:00	00:00
TOTAL: 14 dias, 17 folgas/feriados					**153:20**	**00:00**	**00:00**	**00:00**	**00:00**

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

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

Horário Movel (v1): 07H AS 19H- Início de acordo com o funcionário
7 dias x 07:00-12:00 13:00-19:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem Folga
10/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)

CRISTIANE PASCOALETO VENDRAME
15/03/21

ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL

Cartão de Ponto de 21/12/2020 a 20/01/2021

Impresso em 10/03/2021 10:37

Empregador: **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**
Funcionario: ALESSANDRA APARECIDA DOS SANTOS GONSALVES
Departamento: UTI MIRANDÓPOLIS
Função: AUX DE FARMÁCIA

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.	Extra A	Total Faltas
21/12 seg	18:42	20:39	21:37	07:14	11:34	00:00	08:00	00:00	00:00
22/12 ter	Falta				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
23/12 qua	18:39	20:35	21:30	07:03	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
24/12 qui	Falta				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
25/12 sex	18:44	21:02	21:55	07:09	11:32	00:00	08:00	00:00	00:00
26/12 sab	Falta				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
27/12 dom	18:31	21:01	21:50	07:01	11:41	00:00	08:00	00:00	00:00
28/12 seg	Falta				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
29/12 ter	Falta				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
30/12 qua	Falta				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
31/12 qui	18:47	20:31	21:30	07:20	11:34	00:00	08:00	00:00	00:00
01/01 sex	Falta				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
02/01 sab	18:50	20:31	21:28	07:01	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
03/01 dom	Falta				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
04/01 seg	18:37	20:31	21:28	07:03	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
05/01 ter	Falta				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
06/01 qua	18:42	20:31	21:27	07:03	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
07/01 qui	Falta				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
08/01 sex	18:45	20:30	21:27	07:07	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
09/01 sab	Falta				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
10/01 dom	18:44	20:30	21:27	07:06	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
11/01 seg	Falta				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
12/01 ter	18:47	20:30	21:27	07:09	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
13/01 qua	Falta				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
14/01 qui	18:43	20:41	21:47	07:10	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
15/01 sex	Falta				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
16/01 sab	18:48	20:30	21:28	07:15	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
17/01 dom	Falta				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
18/01 seg	18:53	20:30	21:28	07:04	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
19/01 ter	Falta				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
20/01 qua	18:42	20:40	21:28	07:06	11:36	00:00	08:00	00:00	00:00
TOTAL: 15 dias, 16 faltas					**167:57**	**00:00**	**120:00**	**00:00**	**00:00**

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

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

Horário Movel (v1): 19H AS 07H- Início de acordo com o funcionário
7 dias x 19:00-23:00 00:00-07:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem Folga
15/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - AD.NOTURNO)

ALESSANDRA APARECIDA DOS SANTOS
12/03/21

ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL

Cartão de Ponto de 21/12/2020 a 20/01/2021

Impresso em 10/03/2021 10:37

Empregador: ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionario: RICARDO DE CARVALHO
Departamento: UTI MIRANDÓPOLIS
Função: TEC DE ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saida 1	Entrada 2	Saida 2	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.	Extra A	Total Faltas
21/12 seg	18:46	20:32	21:30	07:01	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
22/12 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
23/12 qua	18:48	20:06	21:06	07:04	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
24/12 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
25/12 sex	18:44	21:11	22:15	07:01	11:00	00:00	07:42	00:00	00:00
26/12 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
27/12 dom	18:47	20:31	21:42	07:01	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
28/12 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
29/12 ter	18:45	20:53	21:51	07:04	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
30/12 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
31/12 qui	18:51	20:22	21:31	07:09	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
01/01 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
02/01 sab	18:51	20:35	21:25	07:07	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
03/01 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
04/01 seg	18:42	20:02	21:22	07:00	10:58	00:00	08:00	00:00	00:00
05/01 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
06/01 qua	18:51	19:59	20:59	07:00	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
07/01 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
08/01 sex	18:45	20:11	21:14	07:00	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
09/01 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
10/01 dom	18:51	20:27	21:17	07:01	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
11/01 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
12/01 ter	18:42	20:51	21:59	07:07	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
13/01 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
14/01 qui	18:59	20:24	21:25	07:02	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
15/01 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
16/01 sab	18:47	20:44	21:44	07:03	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
17/01 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
18/01 seg	18:54	20:34	21:32	07:00	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
19/01 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
20/01 qua	18:50	20:18	21:16	07:00	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
TOTAL: 16 dias, 15 folgas/feriados					**175:58**	**00:00**	**127:42**	**00:00**	**00:00**

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

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

Horário Movel (v1): 19H AS 07H- Início de acordo com o funcionário
7 dias x 19:00-23:00 00:00-07:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem Folga
15/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - AD.NOTURNO)

RICARDO DE CARVALHO

ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL

Cartão de Ponto de 21/12/2020 a 20/01/2021

Empregador: ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionario: DANIELA DOS SANTOS DE OLIVEIRA
Departamento: UTI MIRANDÓPOLIS
Função: TEC DE ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.	Extra A	Total Faltas
21/12 seg	18:47	20:37	21:30	07:01	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
22/12 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
23/12 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
24/12 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
25/12 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
26/12 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
27/12 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
28/12 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
29/12 ter	18:45	20:53	21:51	07:07	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
30/12 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
31/12 qui	18:51	20:24	21:31	07:09	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
01/01 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
02/01 sab	18:51	20:06	21:03	07:07	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
03/01 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
04/01 seg	18:48	20:00	21:01	07:00	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
05/01 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
06/01 qua	18:51	20:11	21:01	07:00	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
07/01 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
08/01 sex	18:51	20:09	21:03	07:00	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
09/01 sab	18:47	20:01	21:01	07:07	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
10/01 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
11/01 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
12/01 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
13/01 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
14/01 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
15/01 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
16/01 sab	18:41	20:44	21:44	07:07	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
17/01 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
18/01 seg	18:46	20:31	21:22	07:00	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
19/01 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
20/01 qua	18:53	20:21	21:16	07:00	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
TOTAL: 11 dias, 20 folgas/feriados					**121:00**	**00:00**	**88:00**	**00:00**	**00:00**

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

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

Horário Movel (v1): 19H AS 07H- Início de acordo com o funcionário
7 dias x 19:00-23:00 00:00-07:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem Folga
15/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - AD.NOTURNO)

DANIELA DOS SANTOS DE OLIVEIRA
12/03/21.

ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL

Cartão de Ponto de 21/12/2020 a 20/01/2021

Empregador: ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário: ALESSANDRA DE CASSIA MARDEGAN
Departamento: UTI MIRANDÓPOLIS
Função: ENFERMEIRO (A)

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.	Extra A	Total Faltas
21/12 seg	19:03	20:26	21:31	07:07	10:59	00:00	08:00	00:00	00:00
22/12 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
23/12 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
24/12 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
25/12 sex	18:57	21:04	22:02	07:07	11:00	00:00	07:57	00:00	00:00
26/12 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
27/12 dom	19:10	20:59	21:59	07:00	10:50	00:00	08:00	00:00	00:00
28/12 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
29/12 ter	19:03	20:30	21:35	07:14	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
30/12 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
31/12 qui	19:04	20:32	21:31	07:03	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
01/01 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
02/01 sab	19:05	20:10	21:15	07:00	10:50	00:00	08:00	00:00	00:00
03/01 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
04/01 seg	19:05	21:01	22:08	07:01	10:49	00:00	07:50	00:00	00:00
05/01 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
06/01 qua	18:59	20:58	21:58	07:49	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
07/01 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
08/01 sex	20:09	20:12	21:14	07:00	09:49	00:00	08:00	00:00	00:00
09/01 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
10/01 dom	18:54	21:16	22:02	07:01	11:00	00:00	07:57	00:00	00:00
11/01 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
12/01 ter	07:00	21:02	22:00	07:10	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
13/01 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
14/01 qui	19:08	20:30	20:52	07:06	11:36	00:00	08:00	00:00	00:00
15/01 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
16/01 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
17/01 dom	19:00	21:01	22:11	06:57	00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
18/01 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
19/01 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
20/01 qua	19:04	21:00	22:09	07:00	10:47	00:00	07:49	00:00	00:00
TOTAL: 14 dias, 17 folgas/feriados					**141:40**	**00:00**	**103:33**	**00:00**	**00:00**

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

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

Horário Movel (v1): 19H AS 07H- Início de acordo com o funcionário
7 dias x 19:00-23:00 00:00-07:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem Folga
15/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - AD.NOTURNO)

ALESSANDRA DE CASSIA MARDEGAN
11/03/21

ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL

Cartão de Ponto de 21/12/2020 a 20/01/2021

Impresso em 10/03/2021 10:37

Empregador: **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**
Funcionário: ALCIONE BOGAZ
Departamento: UTI MIRANDÓPOLIS
Função: TEC DE ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Entrada 4	Saída 4	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.	Extra A	Total Faltas
21/12 seg	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
22/12 ter	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
23/12 qua	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
24/12 qui	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
25/12 sex	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
26/12 sab	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
27/12 dom	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
28/12 seg	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
29/12 ter	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
30/12 qua	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
31/12 qui	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
01/01 sex	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
02/01 sab	18:51	20:35	21:16	07:07			11:35	00:00	08:00	00:00	00:00
03/01 dom	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
04/01 seg	18:40	20:07	20:51	06:58			11:34	00:00	08:00	00:00	00:00
05/01 ter	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
06/01 qua	19:00	20:08	20:59	07:00			11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
07/01 qui	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
08/01 sex	18:54	20:09	20:56	07:00			11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
09/01 sab	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
10/01 dom	18:46	20:10	21:17	07:00			11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
11/01 seg	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
12/01 ter	18:47	20:37	21:44	07:10	21:44		11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
13/01 qua	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
14/01 qui	18:55	20:23	21:25	07:02			11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
15/01 sex	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
16/01 sab	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
17/01 dom	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
18/01 seg	18:55	20:38	21:28	07:00			11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
19/01 ter	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
20/01 qua	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
TOTAL: 8 dias, 23 folgas/feriados							**89:09**	**00:00**	**64:00**	**00:00**	**00:00**

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

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

Horário Movel (v1): 19H AS 07H- Início de acordo com o funcionário
7 dias x 19:00-23:00 00:00-07:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem Folga
15/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - AD.NOTURNO)

ALCIONE BOGAZ

__/__/____

ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL

Cartão de Ponto de 21/12/2020 a 20/01/2021

Empregador: **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**
Funcionario: ANA AUGUSTA FELICIANI CAMPOS
Departamento: UTI MIRANDÓPOLIS
Função: TEC DE ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saida 1	Entrada 2	Saida 2	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.	Extra A	Total Faltas
21/12 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
22/12 ter	06:52	12:39	13:38	19:17	11:00	00:00	00:00	00:00	00:00
23/12 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
24/12 qui	06:51	13:21	14:26	19:06	11:00	00:00	00:00	00:00	00:00
25/12 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
26/12 sab	06:52	14:56	15:57	19:03	11:00	00:00	00:00	00:00	00:00
27/12 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
28/12 seg	06:56	13:16	14:17	19:09	11:00	00:00	00:00	00:00	00:00
29/12 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
30/12 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
31/12 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
01/01 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
02/01 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
03/01 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
04/01 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
05/01 ter	06:46	12:28	13:28	19:01	11:00	00:00	00:00	00:00	00:00
06/01 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
07/01 qui	06:54	12:33	13:33	18:57	11:00	00:00	00:00	00:00	00:00
08/01 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
09/01 sab	06:53	12:13	13:16	19:03	11:00	00:00	00:00	00:00	00:00
10/01 dom	06:56	12:32	13:32	18:58	11:00	00:00	00:00	00:00	00:00
11/01 seg	06:48	12:25	13:22	19:05	11:00	00:00	00:00	00:00	00:00
12/01 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
13/01 qua	06:49	12:24	13:22	19:03	11:00	00:00	00:00	00:00	00:00
14/01 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
15/01 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
16/01 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
17/01 dom	06:55	15:55	16:22	19:09	11:47	00:00	00:00	00:00	00:00
18/01 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
19/01 ter	06:44	12:31	13:33	19:01	11:00	00:00	00:00	00:00	00:00
20/01 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
TOTAL: 12 dias, 19 folgas/feriados					**132:47**	**00:00**	**00:00**	**00:00**	**00:00**

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS

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

Horário Movel (v1): 07H AS 19H- Início de acordo com o funcionário
7 dias x 07:00-12:00 13:00-19:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem Folga
10/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)

ANA AUGUSTA FELICIANI CAMPOS

ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL

__/__/____

Cartão de Ponto de 21/12/2020 a 20/01/2021

Empregador: **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**
Funcionario: BRUNA BERALDO FERRANTE
Departamento: UTI MIRANDÓPOLIS
Função: ENFERMEIRO (A)

Data	Entrada 1	Saida 1	Entrada 2	Saida 2	Entrada 3	Saida 3	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.	Extra A	Total Faltas
21/12 seg	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
22/12 ter	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
23/12 qua	07:02	13:04	14:36	19:41			11:00	01:00	00:00	00:00	00:00
24/12 qui	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
25/12 sex	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
26/12 sab	06:57	12:20	13:25	19:17			11:00	01:05	00:00	00:00	00:00
27/12 dom	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
28/12 seg	07:05	12:33	13:38	19:10			11:00	01:05	00:00	00:00	00:00
29/12 ter	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
30/12 qua	19:02	19:47	20:36	07:11			11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
31/12 qui	07:15	12:48	13:46	19:22			11:00	00:58	00:00	00:00	00:00
01/01 sex	19:05	20:21	21:16	07:19			11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
02/01 sab	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
03/01 dom	19:03	19:53	20:44	07:07			11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
04/01 seg	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
05/01 ter	18:46	20:07	20:56	07:04			11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
06/01 qua	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
07/01 qui	19:04	20:18	20:50	07:06			11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
08/01 sex	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
09/01 sab	18:59	20:03	21:01	07:28			11:31	00:00	08:00	00:00	00:00
10/01 dom	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
11/01 seg	19:06	20:02	20:52	07:13			11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
12/01 ter	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
13/01 qua	19:00	18:50	20:36	21:25	07:13		00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
14/01 qui	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
15/01 sex	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
16/01 sab	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
17/01 dom	19:00	20:49	21:41	07:57			11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
18/01 seg	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
19/01 ter	18:58	20:07	21:26	07:10			10:53	00:00	08:00	00:00	00:00
20/01 qua	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
TOTAL: 14 dias, 17 folgas/feriados							**143:24**	**01:06**	**72:00**	**00:00**	**00:00**

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

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

Bruna Beraldo Ferrante
Coren-SP 333.982 ENF

Horário Movel (v1): 19H AS 07H- Inicio de acordo com o funcionário
7 dias x 19:00-23:00 00:00-07:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem Folga
15/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - AD.NOTURNO)

BRUNA BERALDO FERRANTE

___/___/_____

ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL

Cartão de Ponto de 21/12/2020 a 20/01/2021

Empregador: ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionario: DEBORA CRISTINA LOCHE
Departamento: UTI MIRANDÓPOLIS
Função: AUX DE FARMÁCIA

Data	Entrada 1	Saida 1	Entrada 2	Saida 2	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.	Extra A	Total Faltas
21/12 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
22/12 ter	18:49	20:32	21:31	05:00	09:12	00:00	08:00	00:00	00:00
23/12 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
24/12 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
25/12 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
26/12 sab	18:50	20:25	21:23	07:07	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
27/12 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
28/12 seg	19:45	20:40	21:40	07:00	10:15	00:00	08:00	00:00	00:00
29/12 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
30/12 qua	18:48	20:30	21:28	07:07	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
31/12 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
01/01 sex	18:49	20:30	21:28	07:02	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
02/01 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
03/01 dom	18:52	20:32	21:29	07:01	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
04/01 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
05/01 ter	18:49	20:30	21:29	07:05	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
06/01 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
07/01 qui	18:45	20:39	21:36	07:07	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
08/01 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
09/01 sab	18:47	20:30	21:30	07:02	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
10/01 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
11/01 seg	18:47	20:30	21:30	07:09	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
12/01 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
13/01 qua	18:44	20:37	21:36	07:00	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
14/01 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
15/01 sex	18:48	20:34	21:34	07:01	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
16/01 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
17/01 dom	18:46	20:50	21:50	07:06	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
18/01 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
19/01 ter	18:48	20:33	21:32	07:06	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
20/01 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
TOTAL: 14 dias, 17 folgas/feriados					**151:27**	**00:00**	**112:00**	**00:00**	**00:00**

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

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

Horário Movel (v1): 19H AS 07H- Início de acordo com o funcionário
7 dias x 19:00-23:00 00:00-07:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem Folga
15/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - AD.NOTURNO)

DEBORA CRISTINA LOCHE

14/03/2021

ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL

Cartão de Ponto de 21/12/2020 a 20/01/2021

Impresso em 10/03/2021 10:37

Empregador: ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionario: BIANCA CAETANO COSTA SILVA
Departamento: UTI MIRANDÓPOLIS
Função: TEC DE ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.	Extra A	Total Faltas
21/12 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
22/12 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
23/12 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
24/12 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
25/12 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
26/12 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
27/12 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
28/12 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
29/12 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
30/12 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
31/12 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
01/01 sex	06:43	12:37	13:37	19:16	11:33	00:00	00:00	00:00	00:00
02/01 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
03/01 dom	06:45	11:50	12:50	19:13	11:00	00:00	00:00	00:00	00:00
04/01 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
05/01 ter	06:45	13:01	13:53	18:57	11:00	00:00	00:00	00:00	00:00
06/01 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
07/01 qui	06:47	13:00	13:55	19:13	11:31	00:00	00:00	00:00	00:00
08/01 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
09/01 sab	06:43	12:53	13:40	19:12	11:42	00:00	00:00	00:00	00:00
10/01 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
11/01 seg	07:00	12:15	13:03	19:15	11:00	00:00	00:00	00:00	00:00
12/01 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
13/01 qua	06:46	12:09	13:00	19:01	11:00	00:00	00:00	00:00	00:00
14/01 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
15/01 sex	18:46	20:09	21:03	07:26	11:00	00:54	08:00	00:00	00:00
16/01 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
17/01 dom	06:44	12:45	13:44	19:12	11:00	00:00	00:00	00:00	00:00
18/01 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
19/01 ter	06:44	12:10	13:04	19:13	11:35	00:00	00:00	00:00	00:00
20/01 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
TOTAL: 10 dias, 21 folgas/feriados					**112:21**	**00:54**	**08:00**	**00:00**	**00:00**

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

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

Horário Movel (v1): 07H AS 19H- Início de acordo com o funcionário
7 dias x 07:00-12:00 13:00-19:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem Folga
10/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)

Bianca C.C.S.
BIANCA CAETANO COSTA SILVA
10/03/21

ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL

Cartão de Ponto de 21/12/2020 a 20/01/2021

Empregador: ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionario: PATRICIA MICHELE DE ALMEIDA
Departamento: UTI MIRANDÓPOLIS
Função: TEC DE ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saida 1	Entrada 2	Saida 2	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.	Extra A	Total Faltas
21/12 seg	07:06	12:48	14:01	18:59	10:40	00:00	00:00	00:00	00:00
22/12 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
23/12 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
24/12 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
25/12 sex	07:10	12:37	13:38	18:59	10:48	00:00	00:00	00:00	00:00
26/12 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
27/12 dom	07:03	12:43	13:58	18:59	10:41	00:00	00:00	00:00	00:00
28/12 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
29/12 ter	07:08	12:36	13:46	19:03	10:45	00:00	00:00	00:00	00:00
30/12 qua	07:13	12:52	07:18		05:39	00:00	00:00	00:00	00:00
31/12 qui	12:24	13:42	19:04		01:18	00:00	00:00	00:00	00:00
01/01 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
02/01 sab	07:22	12:16	13:31	19:15	10:38	00:00	00:00	00:00	00:00
03/01 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
04/01 seg	07:15	12:13	13:23	18:57	10:32	00:00	00:00	00:00	00:00
05/01 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
06/01 qua	07:11	12:06	13:33	19:00	10:22	00:00	00:00	00:00	00:00
07/01 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
08/01 sex	07:11	12:02	12:53	19:03	11:00	00:00	00:00	00:00	00:00
09/01 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
10/01 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
11/01 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
12/01 ter	06:57	11:29	12:50	19:08	10:50	00:00	00:00	00:00	00:00
13/01 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
14/01 qui	06:59	11:48	12:49	19:08	11:00	00:00	00:00	00:00	00:00
15/01 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
16/01 sab	06:58	11:47	12:53	19:04	11:00	00:00	00:00	00:00	00:00
17/01 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
18/01 seg	07:02	11:50	12:53	19:00	10:55	00:00	00:00	00:00	00:00
19/01 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
20/01 qua	07:12	13:46	14:47	19:02	10:49	00:00	00:00	00:00	00:00
TOTAL: 15 dias, 16 folgas/feriados					**146:57**	**00:00**	**00:00**	**00:00**	**00:00**

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

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

Horário Movel (v1): 07H AS 19H- Início de acordo com o funcionário
7 dias x 07:00-12:00 13:00-19:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem Folga
10/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)

Patricia M. Almeida
PATRICIA MICHELE DE ALMEIDA

ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL

__/__/____

Cartão de Ponto de 21/12/2020 a 20/01/2021

Impresso em 10/03/2021 10:37

Empregador: **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**
Funcionario: JOSE LOPES DE OLIVEIRA
Departamento: UTI MIRANDÓPOLIS
Função: TEC DE ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saída 1	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.	Extra A	Total Faltas
21/12 seg	Folga		00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
22/12 ter	Folga		00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
23/12 qua	Folga		00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
24/12 qui	Folga		00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
25/12 sex	Folga		00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
26/12 sab	Folga		00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
27/12 dom	Folga		00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
28/12 seg	Folga		00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
29/12 ter	Folga		00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
30/12 qua	Folga		00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
31/12 qui	Folga		00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
01/01 sex	Folga		00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
02/01 sab	Folga		00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
03/01 dom	Folga		00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
04/01 seg	Folga		00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
05/01 ter	Folga		00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
06/01 qua	Folga		00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
07/01 qui	Folga		00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
08/01 sex	Folga		00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
09/01 sab	Folga		00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
10/01 dom	Folga		00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
11/01 seg	Folga		00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
12/01 ter	Folga		00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
13/01 qua	Folga		00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
14/01 qui	Folga		00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
15/01 sex	Folga		00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
16/01 sab	Folga		00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
17/01 dom	Folga		00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
18/01 seg	Folga		00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
19/01 ter	Folga		00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
20/01 qua	Folga		00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
TOTAL: 0 dias, 31 folgas/feriados			**00:00**	**00:00**	**00:00**	**00:00**	**00:00**

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

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

Horário Movel (v1): 19H AS 07H- Início de acordo com o funcionário
7 dias x 19:00-23:00 00:00-07:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem Folga
15/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - AD.NOTURNO)

JOSE LOPES DE OLIVEIRA
__/__/____

ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL

Licença INSS

Cartão de Ponto de 21/12/2020 a 20/01/2021

Impresso em 10/03/2021 10:37

Empregador: ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário: GISLAINE MACHADO MORABITO
Departamento: UTI MIRANDÓPOLIS
Função: TEC DE ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saída 1	Trabalhadas	Refeição	Total Not.	Extra A	Total Faltas
21/12 seg	Folga		00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
22/12 ter	Folga		00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
23/12 qua	Folga		00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
24/12 qui	Folga		00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
25/12 sex	Folga		00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
26/12 sab	Folga		00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
27/12 dom	Folga		00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
28/12 seg	Folga		00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
29/12 ter	Folga		00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
30/12 qua	Folga		00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
31/12 qui	Folga		00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
01/01 sex	Folga		00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
02/01 sab	Folga		00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
03/01 dom	Folga		00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
04/01 seg	Folga		00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
05/01 ter	Folga		00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
06/01 qua	Folga		00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
07/01 qui	Folga		00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
08/01 sex	Folga		00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
09/01 sab	Folga		00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
10/01 dom	Folga		00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
11/01 seg	Folga		00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
12/01 ter	Folga		00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
13/01 qua	Folga		00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
14/01 qui	Folga		00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
15/01 sex	Folga		00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
16/01 sab	Folga		00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
17/01 dom	Folga		00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
18/01 seg	Folga		00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
19/01 ter	Folga		00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
20/01 qua	Folga		00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
TOTAL: 0 dias, 31 folgas/feriados			**00:00**	**00:00**	**00:00**	**00:00**	**00:00**

TOLERÂNCIA DIARIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

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

Horário Movel (v1): 07H AS 19H- Início de acordo com o funcionário
7 dias x 07:00-12:00 13:00-19:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem Folga
10/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)

GISLAINE MACHADO MORABITO

__/__/____

ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL

INSS

Cartão de Ponto de 21/12/2020 a 20/01/2021

Impresso em 10/03/2021 10:37

Empregador: ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário: EDILENE MANOEL
Departamento: UTI MIRANDÓPOLIS
Função: TEC DE ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Trabalhadas	Refeição	Total Not.	Extra A	Total Faltas
21/12 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
22/12 ter	07:02	13:50	14:58	19:24	11:00	00:00	00:00	00:00	00:00
23/12 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
24/12 qui	07:01	12:20	13:21	19:11	11:00	00:00	00:00	00:00	00:00
25/12 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
26/12 sab	07:01	13:12	14:16	19:20	11:00	00:00	00:00	00:00	00:00
27/12 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
28/12 seg	07:03	13:33	14:39	19:09	11:00	00:00	00:00	00:00	00:00
29/12 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
30/12 qua	06:59	12:53	13:54	19:17	11:00	00:00	00:00	00:00	00:00
31/12 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
01/01 sex	07:03	13:38	14:42	19:28	11:00	00:00	00:00	00:00	00:00
02/01 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
03/01 dom	07:09	12:34	13:36	19:27	11:00	00:00	00:00	00:00	00:00
04/01 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
05/01 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
06/01 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
07/01 qui	07:06	13:34	14:36	19:08	11:00	00:00	00:00	00:00	00:00
08/01 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
09/01 sab	07:11	13:25	14:34	19:12	10:52	00:00	00:00	00:00	00:00
10/01 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
11/01 seg	06:58	13:39	14:42	19:15	11:00	00:00	00:00	00:00	00:00
12/01 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
13/01 qua	07:02	13:28	14:35	19:05	10:56	00:00	00:00	00:00	00:00
14/01 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
15/01 sex	07:05	13:32	14:42	19:06	10:51	00:00	00:00	00:00	00:00
16/01 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
17/01 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
18/01 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
19/01 ter	07:02	13:50	14:52	19:04	11:00	00:00	00:00	00:00	00:00
20/01 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
TOTAL: 13 dias, 18 folgas/feriados					**142:39**	**00:00**	**00:00**	**00:00**	**00:00**

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

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

Horário Movel (v1): 07H AS 19H- Início de acordo com o funcionário
7 dias x 07:00-12:00 13:00-19:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem Folga
10/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)

EDILENE MANOEL

___/___/____

ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL

Cartão de Ponto de 21/12/2020 a 20/01/2021

Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionario CAMILA DONATO INNOCENCIO
Departamento UTI MIRANDÓPOLIS
Função ENFERMEIRO (A)

Data	Entrada 1	Saida 1	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.	Extra A	Total Faltas
21/12 seg	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
22/12 ter	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
23/12 qua	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
24/12 qui	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
25/12 sex	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
26/12 sab	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
27/12 dom	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
28/12 seg	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
29/12 ter	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
30/12 qua	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
31/12 qui	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
01/01 sex	Folga		00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
02/01 sab	Folga		00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
03/01 dom	Folga		00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
04/01 seg	Folga		00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
05/01 ter	Folga		00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
06/01 qua	Folga		00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
07/01 qui	Folga		00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
08/01 sex	Folga		00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
09/01 sab	Folga		00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
10/01 dom	Folga		00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
11/01 seg	Folga		00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
12/01 ter	Folga		00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
13/01 qua	Folga		00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
14/01 qui	Folga		00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
15/01 sex	Folga		00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
16/01 sab	Folga		00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
17/01 dom	Folga		00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
18/01 seg	Folga		00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
19/01 ter	Folga		00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
20/01 qua	Folga		00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
TOTAL: 0 dias, 20 folgas/feriados, 11 afastamentos			**00:00**	**00:00**	**00:00**	**00:00**	**00:00**

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

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

Horário Movel (v1): 19H AS 07H- Início de acordo com o funcionário
7 dias x 19:00-23:00 00:00-07:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem Folga
15/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - AD.NOTURNO)

CAMILA DONATO INNOCENCIO

___/___/____

ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL

Cartão de Ponto de 21/12/2020 a 20/01/2021

Impresso em 10/03/2021 10:37

Empregador **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**
Funcionario MARCIA MAIARA POSSENTI
Departamento UTI MIRANDÓPOLIS
Função AUX ADMINISTRATIVO

Data	Entrada 1	Saida 1	Entrada 2	Saida 2	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.	Extra A	Total Faltas
21/12 seg	08:36	12:31	14:05	17:48	07:38	00:00	00:00	00:00	02:22
22/12 ter	08:00	12:02			04:02	00:00	00:00	00:00	05:58
23/12 qua	08:10	11:19	17:03		03:09	00:00	00:00	00:00	06:51
24/12 qui	07:59	10:41			02:42	00:00	00:00	00:00	07:18
25/12 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
26/12 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
27/12 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
28/12 seg	08:25	13:32	17:53		05:07	00:00	00:00	00:00	04:53
29/12 ter	07:54	12:05	13:23	17:11	07:59	00:00	00:00	00:00	02:01
30/12 qua	07:52	11:37	13:01	17:24	08:08	00:00	00:00	00:00	01:52
31/12 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
01/01 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
02/01 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
03/01 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
04/01 seg	08:07	17:05			08:58	00:00	00:00	00:00	01:02
05/01 ter	08:27	11:40	13:20	17:02	06:55	00:00	00:00	00:00	03:05
06/01 qua	08:08	16:00			07:52	00:00	00:00	00:00	02:08
07/01 qui	08:29	11:24	12:52	17:18	07:21	00:00	00:00	00:00	02:39
08/01 sex	08:20	11:22	11:39	17:34	08:57	00:00	00:00	00:00	01:03
09/01 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
10/01 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
11/01 seg	08:22	11:33	13:06	17:29	07:34	00:00	00:00	00:00	02:26
12/01 ter	08:12	12:02			03:50	00:00	00:00	00:00	06:10
13/01 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
14/01 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
15/01 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
16/01 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
17/01 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
18/01 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
19/01 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
20/01 qua	08:28	12:52	13:19	17:35	08:40	00:00	00:00	00:00	01:20
TOTAL: 15 dias, 16 folgas/feriados					**98:52**	**00:00**	**00:00**	**00:00**	**51:08**

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

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

Horário Movel (v1): 7:30 A 17:30 - Início: Segunda
5 dias x 07:30-17:30 SR = 10:00 Folga 2 dias
10/99 [Atraso+Extra A]
Falta [Só Atraso] (feriado)

MARCIA MAIARA POSSENTI

ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL

Cartão de Ponto de 21/12/2020 a 20/01/2021

Impresso em 10/03/2021 10:37

Empregador: ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionario: LETICIA MAIARA DOS SANTOS FERRAZ
Departamento: UTI MIRANDÓPOLIS
Função: TEC DE ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saida 1	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.	Extra A	Total Faltas
21/12 seg	Folga		00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
22/12 ter	Folga		00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
23/12 qua	Folga		00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
24/12 qui	Folga		00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
25/12 sex	Folga		00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
26/12 sab	Folga		00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
27/12 dom	Folga		00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
28/12 seg	Folga		00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
29/12 ter	Folga		00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
30/12 qua	Folga		00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
31/12 qui	Folga		00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
01/01 sex	Folga		00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
02/01 sab	Folga		00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
03/01 dom	Folga		00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
04/01 seg	Folga		00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
05/01 ter	Folga		00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
06/01 qua	Folga		00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
07/01 qui	Folga		00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
08/01 sex	Folga		00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
09/01 sab	Folga		00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
10/01 dom	Folga		00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
11/01 seg	Folga		00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
12/01 ter	Folga		00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
13/01 qua	Folga		00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
14/01 qui	Folga		00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
15/01 sex	Folga		00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
16/01 sab	Folga		00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
17/01 dom	Folga		00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
18/01 seg	Folga		00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
19/01 ter	Folga		00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
20/01 qua	Folga		00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
TOTAL: 0 dias, 31 folgas/feriados			**00:00**	**00:00**	**00:00**	**00:00**	**00:00**

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

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

Horário Movel (v1): 07H AS 19H- Início de acordo com o funcionário
7 dias x 07:00-12:00 13:00-19:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem Folga
10/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)

LETICIA MAIARA DOS SANTOS

__/__/____

ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL

INSS

Cartão de Ponto de 21/12/2020 a 20/01/2021

Empregador: ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionario: THAIS BOARETO DA SILVA
Departamento: UTI MIRANDÓPOLIS
Função: ENFERMEIRO(A) RT

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Entrada 3	Saída 3	Trabalhadas	Refeição	Total Not.	Extra A.	Total Faltas
21/12 seg	12:36	13:36	17:08	06:35			07:00	01:00	08:00	00:00	00:00
22/12 ter	14:47	15:33	19:47	06:59			07:00	01:00	08:00	00:00	00:00
23/12 qua	13:11	14:03	16:05				00:52	01:00	00:00	00:00	00:00
24/12 qui	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
25/12 sex	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
26/12 sab	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
27/12 dom	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
28/12 seg	07:04	13:15	14:19	16:09			07:00	01:04	00:00	00:00	00:00
29/12 ter	07:27	12:39	13:33	16:01			07:00	00:54	00:00	00:00	00:00
30/12 qua	06:53	13:28	14:26	19:37			07:00	00:58	00:00	00:00	00:00
31/12 qui	07:17	12:26					05:09	00:00	00:00	00:00	00:00
01/01 sex	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
02/01 sab	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
03/01 dom	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
04/01 seg	07:03	12:42	13:42	16:06			07:00	01:00	00:00	00:00	00:00
05/01 ter	06:54	11:41	12:45	15:15			07:00	01:04	00:00	00:00	00:00
06/01 qua	07:06	12:06	13:16	15:13			07:00	01:00	00:00	00:00	00:00
07/01 qui	07:04	13:13	14:20	15:19			07:00	01:00	00:00	00:00	00:00
08/01 sex	07:33	12:17	13:13	17:17			07:00	00:56	00:00	00:00	00:00
09/01 sab	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
10/01 dom	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
11/01 seg	07:26	12:17	13:15	15:31			07:00	00:58	00:00	00:00	00:00
12/01 ter	07:25	12:14	13:16	15:46			07:00	01:02	00:00	00:00	00:00
13/01 qua	07:16	13:13	14:14	15:50			07:00	01:01	00:00	00:00	00:00
14/01 qui	06:33	11:08	11:28	13:49	06:53	12:53	07:00	00:20	08:00	00:00	00:00
15/01 sex	14:07	20:51					06:44	00:00	00:00	00:00	00:00
16/01 sab	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
17/01 dom	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
18/01 seg	06:53	13:27	14:16	20:16			07:00	00:49	00:00	00:00	00:00
19/01 ter	08:22	13:52	14:09	15:10			06:31	00:17	00:00	00:00	00:00
20/01 qua	07:38	17:35					07:00	00:00	00:00	00:00	00:00
TOTAL: 20 dias, 11 folgas/feriados							**131:16**	**15:23**	**24:00**	**00:00**	**00:00**

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

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

Horário Movel (v1): 07:00 ás 16:00 - RT Mirandópolis - Início: Segunda
5 dias x 08:00-12:00 R 13:00-16:00 = 07:00 Folga 2 dias
5/15 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)

THAIS BOARETO DA SILVA

ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL

Cartão de Ponto de 21/12/2020 a 20/01/2021

Impresso em 10/03/2021 10:37

Empregador: **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**
Funcionario: SAMIR BISPO DOS SANTOS
Departamento: UTI MIRANDÓPOLIS
Função: TEC DE ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saída 1	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.	Extra A	Total Faltas
21/12 seg	Sem Expediente		00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
22/12 ter	Sem Expediente		00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
23/12 qua	Sem Expediente		00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
24/12 qui	Sem Expediente		00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
25/12 sex	Sem Expediente		00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
26/12 sab	Sem Expediente		00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
27/12 dom	Sem Expediente		00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
28/12 seg	Sem Expediente		00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
29/12 ter	Sem Expediente		00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
30/12 qua	Sem Expediente		00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
31/12 qui	Sem Expediente		00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
01/01 sex	Sem Expediente		00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
02/01 sab	Sem Expediente		00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
03/01 dom	Sem Expediente		00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
04/01 seg	Sem Expediente		00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
05/01 ter	Sem Expediente		00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
06/01 qua	Sem Expediente		00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
07/01 qui	Sem Expediente		00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
08/01 sex	Sem Expediente		00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
09/01 sab	Sem Expediente		00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
10/01 dom	Sem Expediente		00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
11/01 seg	Sem Expediente		00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
12/01 ter	Sem Expediente		00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
13/01 qua	Sem Expediente		00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
14/01 qui	Sem Expediente		00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
15/01 sex	Sem Expediente		00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
16/01 sab	Sem Expediente		00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
17/01 dom	Sem Expediente		00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
18/01 seg	Sem Expediente		00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
19/01 ter	Sem Expediente		00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
20/01 qua	Sem Expediente		00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
TOTAL: 0 dias			**00:00**	**00:00**	**00:00**	**00:00**	**00:00**

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

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

Horário Movel (v1): 07H AS 19H- Início de acordo com o funcionário
7 dias x 07:00-12:00 13:00-19:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem Folga
10/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)

SAMIR BISPO DOS SANTOS

__/__/____

ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL

Cartão de Ponto de 21/12/2020 a 20/01/2021

Impresso em 10/03/2021 10:37

Empregador: ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionario: VALERIA CRISTINA DE SOUZA DA CRUZ
Departamento: UTI MIRANDÓPOLIS
Função: TEC DE ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.	Extra A.	Total Faltas
21/12 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
22/12 ter	06:52	14:32	15:31	20:08	11:00	00:00	00:00	00:00	00:00
23/12 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
24/12 qui	06:52	12:19	13:21	19:07	11:00	00:00	00:00	00:00	00:00
25/12 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
26/12 sab	06:44	13:19	14:15	19:00	11:00	00:00	00:00	00:00	00:00
27/12 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
28/12 seg	06:50	12:16	13:15	19:11	11:00	00:00	00:00	00:00	00:00
29/12 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
30/12 qua	06:53	12:43	13:44	19:17	11:00	00:00	00:00	00:00	00:00
31/12 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
01/01 sex	06:53	12:44	13:39	19:29	11:41	00:00	00:00	00:00	00:00
02/01 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
03/01 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
04/01 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
05/01 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
06/01 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
07/01 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
08/01 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
09/01 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
10/01 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
11/01 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
12/01 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
13/01 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
14/01 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
15/01 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
16/01 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
17/01 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
18/01 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
19/01 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
20/01 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
TOTAL: 6 dias, 25 folgas/feriados					**66:41**	**00:00**	**00:00**	**00:00**	**00:00**

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

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

Horário Movel (v1): 07H AS 19H- Início de acordo com o funcionário
7 dias x 07:00-12:00 13:00-19:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem Folga
10/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)

VALERIA CRISTINA DE SOUZA DA

ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL

Cartão de Ponto de 21/12/2020 a 20/01/2021

Empregador: ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionario: KELLY CRISTINA RAMOS ROCHA
Departamento: UTI MIRANDÓPOLIS
Função: TEC DE ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.	Extra A	Total Faltas
21/12 seg	06:57	11:44	12:47	18:59	10:59	00:00	00:00	00:00	00:00
22/12 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
23/12 qua	07:14	13:04	14:36	19:11	10:25	00:00	00:00	00:00	00:00
24/12 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
25/12 sex	06:59	12:29	13:29	19:00	11:00	00:00	00:00	00:00	00:00
26/12 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
27/12 dom	07:00	14:08	14:59	19:00	11:00	00:00	00:00	00:00	00:00
28/12 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
29/12 ter	06:57	11:02	12:11	19:02	10:56	00:00	00:00	00:00	00:00
30/12 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
31/12 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
01/01 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
02/01 sab	06:58	12:15	13:18	19:13	11:00	00:00	00:00	00:00	00:00
03/01 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
04/01 seg	06:54	12:13	13:16	18:57	11:00	00:00	00:00	00:00	00:00
05/01 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
06/01 qua	06:52	12:21	13:20	19:02	11:00	00:00	00:00	00:00	00:00
07/01 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
08/01 sex	06:55	13:13	14:17	19:02	11:00	00:00	00:00	00:00	00:00
09/01 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
10/01 dom	07:04	12:38	13:40	19:01	10:55	00:00	00:00	00:00	00:00
11/01 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
12/01 ter	06:57	12:13	13:16	19:03	11:00	00:00	00:00	00:00	00:00
13/01 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
14/01 qui	07:01	12:54	13:59	19:08	11:00	00:00	00:00	00:00	00:00
15/01 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
16/01 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
17/01 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
18/01 seg	06:53	13:18	14:16	19:00	11:00	00:00	00:00	00:00	00:00
19/01 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
20/01 qua	06:58	12:41	13:39	19:03	11:00	00:00	00:00	00:00	00:00
TOTAL: 14 dias, 17 folgas/feriados					**153:15**	**00:00**	**00:00**	**00:00**	**00:00**

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS

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

Horário Movel (v1): 07H AS 19H- Início de acordo com o funcionário
7 dias x 07:00-12:00 13:00-19:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem Folga
10/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)

Kelly C. R. Rocha
KELLY CRISTINA RAMOS ROCHA
9/3/21

ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL

Cartão de Ponto de 21/12/2020 a 20/01/2021

Empregador: ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionario: REGINA LEIA PARRO RODRIGUES DE SOUSA
Departamento: UTI MIRANDÓPOLIS
Função: AUX DE FARMÁCIA

Data	Entrada 1	Saida 1	Entrada 2	Saida 2	Entrada 3	Saida 3	Trabalhadas	Refeição	Total Not.	Extra A	Total Faltas
21/12 seg	18:55	20:39	21:32	07:14			11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
22/12 ter	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
23/12 qua	18:54	20:07	21:49	07:04			10:28	00:00	08:00	00:00	00:00
24/12 qui	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
25/12 sex	18:49	20:34	21:33	07:03			11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
26/12 sab	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
27/12 dom	18:47	20:59	21:52	07:01			11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
28/12 seg	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
29/12 ter	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
30/12 qua	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
31/12 qui	18:55	20:39	21:31	07:09			11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
01/01 sex	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
02/01 sab	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
03/01 dom	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
04/01 seg	18:51	20:18	21:09	07:00			11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
05/01 ter	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
06/01 qua	18:54	20:13	21:13	07:00			11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
07/01 qui	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
08/01 sex	18:51	20:08	21:03	07:00			11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
09/01 sab	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
10/01 dom	18:49	20:10	21:18	06:49	07:00		10:52	00:11	08:00	00:00	00:00
11/01 seg	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
12/01 ter	18:50	20:33	21:30	07:08			11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
13/01 qua	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
14/01 qui	18:55	20:28	21:40	07:03			10:56	00:00	08:00	00:00	00:00
15/01 sex	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
16/01 sab	18:54	20:59	21:50	07:04			11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
17/01 dom	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
18/01 seg	18:53	20:28	21:28	07:00			11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
19/01 ter	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
20/01 qua	18:51	20:27	21:19	07:00			11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
TOTAL: 14 dias, 17 folgas/feriados							**153:16**	**00:11**	**112:00**	**00:00**	**00:00**

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS

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

Horário Movel (v1): 19H AS 07H- Inicio de acordo com o funcionário
7 dias x 19:00-23:00 00:00-07:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem Folga
15/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - AD.NOTURNO)

REGINA LEIA PARRO RODRIGUES DE
11/3/21

ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL

Cartão de Ponto de 21/12/2020 a 20/01/2021

Empregador: ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionario: DENISE PRISCILA ANCILOTTO LISBOA DE SOUZA
Departamento: UTI MIRANDÓPOLIS
Função: TEC DE ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.	Extra A	Total Faltas
21/12 seg	18:51	20:30	21:36	07:03	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
22/12 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
23/12 qua	18:48	20:49	21:49	08:08	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
24/12 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
25/12 sex	18:49	21:33	22:09	07:03	11:38	00:00	07:49	00:00	00:00
26/12 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
27/12 dom	18:42	20:01	21:01	07:00	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
28/12 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
29/12 ter	18:48	20:53	21:53	07:05	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
30/12 qua	19:00	19:49	20:43	07:08	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
31/12 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
01/01 sex	18:53	20:24	21:16	07:07	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
02/01 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
03/01 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
04/01 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
05/01 ter	18:47	20:07	20:56	07:00	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
06/01 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
07/01 qui	18:41	20:15	20:50	07:07	11:51	00:00	08:00	00:00	00:00
08/01 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
09/01 sab	18:47	20:03	21:01	07:07	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
10/01 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
11/01 seg	18:47	20:02	20:56	07:10	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
12/01 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
13/01 qua	18:43	20:36	21:27	07:05	11:31	00:00	08:00	00:00	00:00
14/01 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
15/01 sex	18:48	20:09	21:03	07:03	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
16/01 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
17/01 dom	18:59	21:22	21:59	07:05	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
18/01 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
19/01 ter	18:56	20:04	21:01	07:03	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
20/01 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
TOTAL: 15 dias, 16 folgas/feriados					**167:00**	**00:00**	**119:49**	**00:00**	**00:00**

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

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

Horário Movel (v1): 19H AS 07H- Início de acordo com o funcionário
7 dias x 19:00-23:00 00:00-07:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem Folga
15/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - AD.NOTURNO)

DENISE PRISCILA ANCILOTTO LISBOA DE
20/03/2021

ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL

Cartão de Ponto de 21/12/2020 a 20/01/2021

Empregador **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**
Funcionário ANA PAULA DOS SANTOS SILVA
Departamento UTI MIRANDÓPOLIS
Função TEC DE ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.	Extra A	Total Faltas
21/12 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
22/12 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
23/12 qua	18:50	20:06	21:06	07:05	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
24/12 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
25/12 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
26/12 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
27/12 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
28/12 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
29/12 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
30/12 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
31/12 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
01/01 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
02/01 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
03/01 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
04/01 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
05/01 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
06/01 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
07/01 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
08/01 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
09/01 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
10/01 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
11/01 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
12/01 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
13/01 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
14/01 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
15/01 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
16/01 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
17/01 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
18/01 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
19/01 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
20/01 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
TOTAL: 1 dias, 30 folgas/feriados					**11:00**	**00:00**	**08:00**	**00:00**	**00:00**

TOLERÂNCIA DIARIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

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

Horário Movel (v1): 19H AS 07H- Início de acordo com o funcionário
7 dias x 19:00-23:00 00:00-07:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem Folga
15/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - AD.NOTURNO)

ANA PAULA DOS SANTOS SILVA
__/__/____

ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL

SAÍU DA EMPRESA

Cartão de Ponto de 21/12/2020 a 20/01/2021

Empregador: ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionario: SONIA DOS SANTOS ROCHA
Departamento: UTI MIRANDÓPOLIS
Função: TEC DE ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.	Extra A	Total Faltas
21/12 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
22/12 ter	18:54	20:36	21:31	07:14	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
23/12 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
24/12 qui	18:53	20:20	21:06	07:09	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
25/12 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
26/12 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
27/12 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
28/12 seg	18:53	20:35	21:21	07:02	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
29/12 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
30/12 qua	18:54	19:48	20:37	07:08	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
31/12 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
01/01 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
02/01 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
03/01 dom	18:52	19:50	20:42	07:06	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
04/01 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
05/01 ter	18:54	20:07	20:59	07:00	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
06/01 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
07/01 qui	18:55	20:16	21:05	07:12	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
08/01 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
09/01 sab	18:54	20:02	21:01	07:07	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
10/01 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
11/01 seg	18:57	20:02	20:53	07:10	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
12/01 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
13/01 qua	18:47	20:35	21:27	07:05	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
14/01 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
15/01 sex	18:57	20:10	21:03	07:03	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
16/01 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
17/01 dom	18:54	21:23	22:02	07:05	11:32	00:00	07:57	00:00	00:00
18/01 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
19/01 ter	18:54	20:04	21:00	07:03	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
20/01 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
TOTAL: 13 dias, 18 folgas/feriados					**143:32**	**00:00**	**103:57**	**00:00**	**00:00**

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

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

Horário Movel (v1): 19H AS 07H- Início de acordo com o funcionário
7 dias x 19:00-23:00 00:00-07:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem Folga
15/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - AD.NOTURNO)

SONIA DOS SANTOS ROCHA

___/___/_____

ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL

Cartão de Ponto de 21/12/2020 a 20/01/2021

Empregador: ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionario: NATALIA XAVIER NASCIMENTO OLIVEIRA
Departamento: UTI MIRANDÓPOLIS
Função (A): ENFERMEIRO

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.	Extra A	Total Faltas
21/12 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
22/12 ter	18:58	20:36	21:55	07:29	11:00	01:00	08:00	00:00	00:00
23/12 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
24/12 qui	19:12	20:20	21:08	07:42	11:00	00:48	08:00	00:00	00:00
25/12 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
26/12 sab	18:59	20:28	21:31	07:15	11:00	01:03	08:00	00:00	00:00
27/12 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
28/12 seg	18:53	20:35	21:24	07:20	11:00	00:49	08:00	00:00	00:00
29/12 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
30/12 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
31/12 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
01/01 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
02/01 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
03/01 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
04/01 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
05/01 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
06/01 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
07/01 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
08/01 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
09/01 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
10/01 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
11/01 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
12/01 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
13/01 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
14/01 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
15/01 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
16/01 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
17/01 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
18/01 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
19/01 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
20/01 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
TOTAL: 4 dias, 27 folgas/feriados					**44:00**	**03:40**	**32:00**	**00:00**	**00:00**

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS

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

Horário Movel (v1): 07H AS 19H- Início de acordo com o funcionário
7 dias x 07:00-12:00 13:00-19:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem Folga
10/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)

NATALIA XAVIER NASCIMENTO

__/__/____

ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL

Cartão de Ponto de 21/12/2020 a 20/01/2021

Empregador: ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionario: EDILAINE MUNHOZ MAQUEA
Departamento: UTI MIRANDÓPOLIS
Função: TEC DE ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saida 1	Entrada 2	Saida 2	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.	Extra A	Total Faltas
21/12 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
22/12 ter	19:02	20:35	21:31	07:12	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
23/12 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
24/12 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
25/12 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
26/12 sab	18:50	20:48	21:36	07:03	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
27/12 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
28/12 seg	19:01	20:34	21:21	07:02	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
29/12 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
30/12 qua	19:08	19:48	20:36	07:08	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
31/12 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
01/01 sex	19:04	20:25	21:16	07:10	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
02/01 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
03/01 dom	19:02	19:50	20:42	07:02	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
04/01 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
05/01 ter	19:35	20:08	21:03	07:00	10:30	00:00	08:00	00:00	00:00
06/01 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
07/01 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
08/01 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
09/01 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
10/01 dom	18:57	20:27	21:17	07:01	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
11/01 seg	18:57	20:03	20:52	07:10	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
12/01 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
13/01 qua	18:58	20:36	21:26	07:05	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
14/01 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
15/01 sex	19:01	20:09	21:11	07:03	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
16/01 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
17/01 dom	19:02	21:21	22:02	07:06	11:00	00:00	07:57	00:00	00:00
18/01 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
19/01 ter	19:06	20:04	21:00	07:03	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
20/01 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
TOTAL: 13 dias, 18 folgas/feriados					**142:30**	**00:00**	**103:57**	**00:00**	**00:00**

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

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

Horário Movel (v1): 19H AS 07H- Início de acordo com o funcionário
7 dias x 19:00-23:00 00:00-07:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem Folga
15/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - AD.NOTURNO)

EDILAINE MUNHOZ MAQUEA
11/03/2021

ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL

Cartão de Ponto de 21/12/2020 a 20/01/2021

Empregador: ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionario: PATRICIA ADRIANA FERREIRA
Departamento: UTI MIRANDÓPOLIS
Função: TEC DE ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saida 1	Entrada 2	Saida 2	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.	Extra A	Total Faltas
21/12 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
22/12 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
23/12 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
24/12 qui	19:02	20:20	21:06	07:09	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
25/12 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
26/12 sab	18:54	20:48	21:37	07:03	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
27/12 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
28/12 seg	19:05	20:34	21:21	07:01	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
29/12 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
30/12 qua	18:58	19:48	20:37	07:08	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
31/12 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
01/01 sex	18:53	20:25	21:16	07:10	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
02/01 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
03/01 dom	18:52	19:50	20:42	07:02	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
04/01 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
05/01 ter	19:02	20:07	20:57	07:00	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
06/01 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
07/01 qui	19:05	20:16	21:02	07:08	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
08/01 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
09/01 sab	18:54	20:01	21:02	07:07	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
10/01 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
11/01 seg	19:15	20:02	20:52	07:10	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
12/01 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
13/01 qua	19:08	20:36	21:11	07:05	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
14/01 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
15/01 sex	19:03	20:09	21:03	07:03	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
16/01 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
17/01 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
18/01 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
19/01 ter	19:01	20:04	21:00	07:03	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
20/01 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
TOTAL: 13 dias, 18 folgas/feriados					**143:00**	**00:00**	**104:00**	**00:00**	**00:00**

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS

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

Horário Movel (v1): 19H AS 07H- Início de acordo com o funcionário
7 dias x 19:00-23:00 00:00-07:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem Folga
15/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - AD.NOTURNO)

PATRICIA ADRIANA FERREIRA
11/3/2021

ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL

Cartão de Ponto de 21/12/2020 a 20/01/2021

Empregador: ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionario: LUCAS CARVALHO DOS SANTOS
Departamento: UTI MIRANDÓPOLIS
Função: TEC DE ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saida 1	Entrada 2	Saida 2	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.	Extra A	Total Faltas
21/12 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
22/12 ter	19:07	20:36	21:31	07:14	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
23/12 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
24/12 qui	19:15	20:20	21:06	07:07	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
25/12 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
26/12 sab	19:03	20:48	21:36	07:03	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
27/12 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
28/12 seg	19:01	20:34	21:21	07:02	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
29/12 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
30/12 qua	18:56	19:47	20:42	07:08	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
31/12 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
01/01 sex	18:49	20:24	21:17	07:07	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
02/01 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
03/01 dom	18:52	19:50	20:44	07:01	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
04/01 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
05/01 ter	18:54	20:07	20:56	07:00	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
06/01 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
07/01 qui	18:52	20:16	20:43	07:07	11:48	00:00	08:00	00:00	00:00
08/01 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
09/01 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
10/01 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
11/01 seg	18:49	20:02	20:54	07:09	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
12/01 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
13/01 qua	18:51	20:35	21:33	07:05	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
14/01 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
15/01 sex	18:50	20:09	21:03	07:02	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
16/01 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
17/01 dom	18:54	21:21	21:59	07:05	11:33	00:00	08:00	00:00	00:00
18/01 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
19/01 ter	18:48	20:04	21:00	07:03	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
20/01 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
TOTAL: 14 dias, 17 folgas/feriados					**155:21**	**00:00**	**112:00**	**00:00**	**00:00**

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

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

Horário Movel (v1): 19H AS 07H- Início de acordo com o funcionário
7 dias x 19:00-23:00 00:00-07:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem Folga
15/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - AD.NOTURNO)

LUCAS CARVALHO DOS SANTOS

__/__/____

ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL

Cartão de Ponto de 21/12/2020 a 20/01/2021

Impresso em 10/03/2021 10:37

Empregador: **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**
Funcionario: MAIRA TEIXEIRA DE CASTRO
Departamento: UTI MIRANDÓPOLIS
Função: TEC DE ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.	Extra A	Total Faltas
21/12 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
22/12 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
23/12 qua	06:49	13:32	14:41	19:30	11:32	00:00	00:00	00:00	00:00
24/12 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
25/12 sex	06:56	13:41	14:54	18:57	10:48	00:00	00:00	00:00	00:00
26/12 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
27/12 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
28/12 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
29/12 ter	06:55	11:46	12:47	19:03	11:00	00:00	00:00	00:00	00:00
30/12 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
31/12 qui	07:01	13:39	14:44	19:06	11:00	00:00	00:00	00:00	00:00
01/01 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
02/01 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
03/01 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
04/01 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
05/01 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
06/01 qua	06:56	14:05	15:11	18:59	10:57	00:00	00:00	00:00	00:00
07/01 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
08/01 sex	06:55	12:37	13:35	19:03	11:00	00:00	00:00	00:00	00:00
09/01 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
10/01 dom	06:58	13:44	14:48	19:00	10:58	00:00	00:00	00:00	00:00
11/01 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
12/01 ter	06:56	13:22	14:35	19:03	10:54	00:00	00:00	00:00	00:00
13/01 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
14/01 qui	06:59	12:42	13:47	19:09	11:00	00:00	00:00	00:00	00:00
15/01 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
16/01 sab	06:56	13:06	14:08	19:10	11:00	00:00	00:00	00:00	00:00
17/01 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
18/01 seg	06:59	12:38	13:42	19:00	10:57	00:00	00:00	00:00	00:00
19/01 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
20/01 qua	07:00	12:45	13:47	19:00	10:58	00:00	00:00	00:00	00:00
TOTAL: 12 dias, 19 folgas/feriados					**132:04**	**00:00**	**00:00**	**00:00**	**00:00**

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

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

Horário Movel (v1): 07H AS 19H- Início de acordo com o funcionário
7 dias x 07:00-12:00 13:00-19:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem Folga
10/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)

MAIRA TEIXEIRA DE CASTRO

__/__/_____

ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL

Cartão de Ponto de 21/12/2020 a 20/01/2021

Impresso em 10/03/2021 10:37

Empregador: ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário: PRISCILA SANTOS LEITE DE ALMEIDA
Departamento: UTI MIRANDÓPOLIS
Função: ENFERMEIRO (A)

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.	Extra A	Total Faltas
21/12 seg	07:00	13:26	13:56	19:31	11:00	00:00	00:00	00:00	00:00
22/12 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
23/12 qua	18:58	22:03	23:00	07:00	11:00	00:57	08:00	00:00	00:00
24/12 qui	08:01	13:49	14:39	19:23	10:32	00:00	00:00	00:00	00:00
25/12 sex	07:02	12:57	13:41	19:45	11:00	00:00	00:00	00:00	00:00
26/12 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
27/12 dom	06:56	13:15	14:01	19:27	11:45	00:00	00:00	00:00	00:00
28/12 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
29/12 ter	07:05	13:09	14:03	20:00	11:00	00:00	00:00	00:00	00:00
30/12 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
31/12 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
01/01 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
02/01 sab	07:07	11:40	12:40	19:20	11:00	00:00	00:00	00:00	00:00
03/01 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
04/01 seg	07:01	13:03	14:13	19:22	11:00	00:00	00:00	00:00	00:00
05/01 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
06/01 qua	06:53	12:57	14:03	19:15	11:00	00:00	00:00	00:00	00:00
07/01 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
08/01 sex	06:55	15:00	16:05	19:21	11:00	00:00	00:00	00:00	00:00
09/01 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
10/01 dom	07:04	13:46	15:01	19:28	11:00	00:00	00:00	00:00	00:00
11/01 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
12/01 ter	06:57	13:11	14:09	19:22	11:00	00:00	00:00	00:00	00:00
13/01 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
14/01 qui	07:03	12:16	13:33	19:00	10:40	00:00	00:00	00:00	00:00
15/01 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
16/01 sab	07:18	14:36	15:36	20:51	10:42	00:00	00:00	00:00	00:00
17/01 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
18/01 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
19/01 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
20/01 qua	07:01	13:53	14:51	20:14	11:00	00:00	00:00	00:00	00:00
TOTAL: 15 dias, 16 folgas/feriados					**164:39**	**00:57**	**08:00**	**00:00**	**00:00**

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

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

Horário Movel (v1): 07H AS 19H- Início de acordo com o funcionário
7 dias x 07:00-12:00 13:00-19:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem Folga
10/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)

PRISCILA SANTOS LEITE DE

___/___/____

ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL

Cartão de Ponto de 21/12/2020 a 20/01/2021

Empregador: ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionario: CATIA FERNANDA FERRAZ
Departamento: UTI MIRANDÓPOLIS
Função: TEC DE ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saida 1	Entrada 2	Saida 2	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.	Extra A	Total Faltas
21/12 seg	18:52	20:30	21:36	07:01	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
22/12 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
23/12 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
24/12 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
25/12 sex	18:53	20:46	21:47	07:04	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
26/12 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
27/12 dom	18:52	20:31	21:42	07:00	10:57	00:00	08:00	00:00	00:00
28/12 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
29/12 ter	19:03	20:56	21:51	07:11	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
30/12 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
31/12 qui	18:51	20:43	21:43	07:09	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
01/01 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
02/01 sab	18:51	21:05	21:57	07:07	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
03/01 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
04/01 seg	18:46	19:59	20:51	06:58	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
05/01 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
06/01 qua	18:51	19:56	20:57	07:00	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
07/01 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
08/01 sex	18:45	20:15	20:56	07:00	11:34	00:00	08:00	00:00	00:00
09/01 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
10/01 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
11/01 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
12/01 ter	19:03	20:37	21:35	07:09	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
13/01 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
14/01 qui	18:59	20:25	21:13	07:03	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
15/01 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
16/01 sab	18:59	20:05	21:05	07:07	11:00	00:00	08:00	00:00	00:00
17/01 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
18/01 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
19/01 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
20/01 qua	18:51	20:27	21:51	07:00	10:45	00:00	08:00	00:00	00:00
TOTAL: 13 dias, 18 folgas/feriados					**143:16**	**00:00**	**104:00**	**00:00**	**00:00**

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

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

Horário Movel (v1): 19H AS 07H- Início de acordo com o funcionário
7 dias x 19:00-23:00 00:00-07:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem Folga
15/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - AD.NOTURNO)

CATIA FERNANDA FERRAZ

___/___/_____

ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL

Cartão de Ponto de 21/12/2020 a 20/01/2021

Empregador: ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionario: ELIANA CRISTINA RODRIGUES
Departamento: UTI MIRANDÓPOLIS
Função: TEC DE ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.	Extra A	Total Faltas
21/12 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
22/12 ter	06:57	12:34	13:35	19:24	11:00	00:00	00:00	00:00	00:00
23/12 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
24/12 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
25/12 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
26/12 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
27/12 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
28/12 seg	06:55	12:24	13:27	19:11	11:00	00:00	00:00	00:00	00:00
29/12 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
30/12 qua	06:56	14:06	15:09	19:17	11:00	00:00	00:00	00:00	00:00
31/12 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
01/01 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
02/01 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
03/01 dom	06:56	13:40	14:29	19:13	11:00	00:00	00:00	00:00	00:00
04/01 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
05/01 ter	06:53	12:42	13:48	19:08	11:00	00:00	00:00	00:00	00:00
06/01 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
07/01 qui	06:53	13:34	14:37	18:57	11:00	00:00	00:00	00:00	00:00
08/01 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
09/01 sab	06:57	12:22	13:31	19:11	11:00	00:00	00:00	00:00	00:00
10/01 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
11/01 seg	06:57	13:29	14:40	19:09	11:00	00:00	00:00	00:00	00:00
12/01 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
13/01 qua	06:57	12:27	13:36	19:05	10:59	00:00	00:00	00:00	00:00
14/01 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
15/01 sex	06:53	12:42	13:45	19:06	11:00	00:00	00:00	00:00	00:00
16/01 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
17/01 dom	06:59	12:52	13:48	19:13	11:00	00:00	00:00	00:00	00:00
18/01 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
19/01 ter	06:57	13:35	14:44	19:05	10:59	00:00	00:00	00:00	00:00
20/01 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
TOTAL: 12 dias, 19 folgas/feriados					**131:58**	**00:00**	**00:00**	**00:00**	**00:00**

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS

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

Horário Movel (v1): 07H AS 19H- Início de acordo com o funcionário
7 dias x 07:00-12:00 13:00-19:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem Folga
10/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)

ELIANA CRISTINA RODRIGUES

__/__/____

ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL