

# Prestação de Contas

Setembro  
2020

1/2

Luiz Valente  
Penápolis

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

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

14 3532 5198

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

**PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS**

AV.: MARGINAL MARIA CHICA, 1.400

CNPJ: 49.576.416/0001-41

NOTA DE EMPENHO

8438

LICITAÇÃO: ISENTO

DOCUMENTO:

VENCIMENTO:

NOTA DE EMPENHO Nº:

**8438**

DOTAÇÃO:

**196**

DATA:

**08/09/2020**

REQUISIÇÃO Nº:

FORNECEDOR: ASSOC.HOSPITALAR BENEFICENTE BRASIL-AHBB (13873)

CONTA: 000 - 000000-

FAVORECIDO:

CNPJ/CPF: 45.349.461/0001-02

FONE: (14) 3532-5198

ENDEREÇO: AVENIDA: JOSÉ ARIANO RODRIGUES, 303 - JARDIM ARIANO - LINS/SP - 16400-400

DESCRIÇÃO DO MATERIAL E/OU SERVIÇO

VALOR TOTAL

PGTO DE DESPESAS C/ A IMPLANTAÇÃO/GERENCIAMENTO DE LEITOS NAS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA E ENFERMARIA ADULTO NO HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19 - 1ª PARCELA DO MÊS 09/2020, CONF. OFÍCIO Nº 004/20 DA AHBB, DESPACHOS DA SAÚDE E SEFIN, ANEXOS.

ORDINÁRIO

**SOMA****282.110,56**

CÓDIGO

CLASSIFICAÇÃO DA DESPESA EMPENHADA

02

PODER EXECUTIVO

02.13

FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE

02.13.01

SERVICO DE ASSISTENCIA BASICA

3.3.90.39.99

OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA JURÍDICA

10.301.0030

SAUDE

2.032

ATIV.32-OPER.MANUT.UNIDADE=F.M.S.

05

TRANSFERENCIAS/CONVÊNIOS FEDERAIS-VINCULADOS

312.05

COMBATE AO CORONAVÍRUS (COVID-19)/FEDERAL

DOTAÇÃO

EMPENHADO ATÉ A DATA

VALOR RESERVADO

VALOR DESTA EMPENHO

SALDO ATUAL

12.638.814,56

8.272.946,30

1.604.000,00

282.110,56

2.479.757,70

**VALOR A SER PAGO R\$****282.110,56**

(duzentos e oitenta e dois mil, cento e dez reais e cinquenta e seis centavos)

CONTABILIZADO:

ORDEM DE PAGAMENTO. PAGUE-SE:

DATA

FRANCELE ALONSO CANO - CONTADOR(A)

DATA

JESUS BURATTO ARALDI - SECR. FINANÇAS

PAGAMENTO DO EMPENHO AUTORIZADO EM \_\_\_\_\_

A DESPESA REFERENTE A ESTE EMPENHO, FOI DEVIDAMENTE PROCESSADA, ENCONTRANDO-SE EM ORDEM PARA PAGAMENTO.

DATA

MARIA FÁTIMA DE SÁ BENETTI - TESOUREIRO(A)

DESPESA PAGA EM:

**RECIBO**

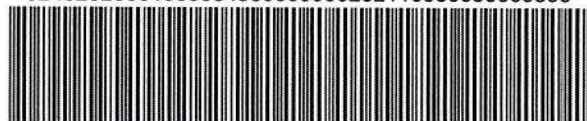
BANCO	CONTA	CHEQUE	VALOR	Art. Cx.

RECEBI(EMOS) O VALOR CONSTANTE DESTA EMPENHO EM: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

NOME:

RG/CPF:

3248202000196008438000000282110560050009800



**PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS**

AV.: MARGINAL MARIA CHICA, 1.400

CNPJ: 49.576.416/0001-41

NOTA DE EMPENHO

8353

LICITAÇÃO: ISENTO

DOCUMENTO:

VENCIMENTO:

NOTA DE EMPENHO Nº: **8353**DOTAÇÃO: **196**DATA: **08/09/2020**

REQUISIÇÃO Nº:

FORNECEDOR: **ASSOC.HOSPITALAR BENEFICENTE BRASIL-AHBB (13873)**

CONTA: 000 - 000000-

FAVORECIDO:

CNPJ/CPF: 45.349.461/0001-02

FONE: (14) 3532-5198

ENDEREÇO: AVENIDA: JOSÉ ARIANO RODRIGUES, 303 - JARDIM ARIANO - LINS/SP - 16400-400

DESCRIÇÃO DO MATERIAL E/OU SERVIÇO

VALOR TOTAL

PGTO DE DESPESAS C/ A IMPLANTAÇÃO/GERENCIAMENTO DE LEITOS NAS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA E ENFERMARIA ADULTO NO HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19 - 2ª PARCELA DO MÊS 09/2020, CONF. OFÍCIO Nº 004/20 DA AHBB, DESPACHOS DA SAÚDE E SEFIN, ANEXOS.

ORDINÁRIO

**SOMA****282.110,56**

CÓDIGO	CLASSIFICAÇÃO DA DESPESA EMPENHADA
02	PODER EXECUTIVO
02.13	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
02.13.01	SERVICO DE ASSISTENCIA BASICA
3.3.90.39.99	OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA JURÍDICA
10.301.0030	SAUDE
2.032	ATIV.32-OPER.MANUT.UNIDADE=F.M.S.
05	TRANSFERENCIAS/CONVÊNIO FEDERAIS-VINCULADOS
312.05	COMBATE AO CORONAVÍRUS (COVID-19)/FEDERAL

DOTAÇÃO	EMPENHADO ATÉ A DATA	VALOR RESERVADO	VALOR DESTA EMPENHO	SALDO ATUAL
12.638.814,56	8.555.056,86	1.604.000,00	282.110,56	2.197.647,14

VALOR A SER PAGO R\$

**282.110,56**

(duzentos e oitenta e dois mil, cento e dez reais e cinquenta e seis centavos)

CONTABILIZADO:

ORDEM DE PAGAMENTO. PAGUE-SE:

DATA

FRANZELE ALONSO CANO - CONTADOR(A)

DATA

JESUS BURATTO ARALDI - SECR. FINANÇAS

PAGAMENTO DO EMPENHO AUTORIZADO EM \_\_\_\_\_

A DESPESA REFERENTE A ESTE EMPENHO, FOI DEVIDAMENTE PROCESSADA, ENCONTRANDO-SE EM ORDEM PARA PAGAMENTO.

DATA

MARIA FÁTIMA DE SÁ BENETTI - TESOUREIRO(A)

DESPESA PAGA EM:

**RECIBO**

BANCO	CONTA	CHEQUE	VALOR	Art. Cx.

RECEBI(EMOS) O VALOR CONSTANTE DESTA EMPENHO EM: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

NOME:

RG/CPF:

3248202000196008353000000282110560050009800



**PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS**

AV.: MARGINAL MARIA CHICA, 1.400

CNPJ: 49.576.416/0001-41

NOTA DE EMPENHO

8439

LICITAÇÃO: ISENTO

DOCUMENTO:

VENCIMENTO:

NOTA DE EMPENHO Nº:

**8439**

DOTAÇÃO:

**196**

DATA:

**08/09/2020**

REQUISIÇÃO Nº:

FORNECEDOR: **ASSOC.HOSPITALAR BENEFICENTE BRASIL-AHBB (13873)**

CONTA: 000 - 000000-

FAVORECIDO:

CNPJ/CPF: 45.349.461/0001-02

FONE: (14) 3532-5198

ENDEREÇO: AVENIDA: JOSÉ ARIANO RODRIGUES, 303 - JARDIM ARIANO - LINS/SP - 16400-400

DESCRIÇÃO DO MATERIAL E/OU SERVIÇO

VALOR TOTAL

PGTO DE DESPESAS C/ A IMPLANTAÇÃO/GERENCIAMENTO DE LEITOS NAS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA E ENFERMARIA ADULTO NO HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19 - 3ª PARCELA DO MÊS 09/2020, CONF. OFÍCIO Nº 004/20 DA AHBB, DESPACHOS DA SAÚDE E SEFIN, ANEXOS.

ORDINÁRIO

**SOMA****282.110,57**

CÓDIGO

CLASSIFICAÇÃO DA DESPESA EMPENHADA

02

PODER EXECUTIVO

02.13

FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE

02.13.01

SERVICO DE ASSISTENCIA BASICA

3.3.90.39.99

OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA JURÍDICA

10.301.0030

SAUDE

2.032

ATIV.32-OPER.MANUT.UNIDADE=F.M.S.

05

TRANSFERENCIAS/CONVÊNIOS FEDERAIS-VINCULADOS

312.05

COMBATE AO CORONAVÍRUS (COVID-19)/FEDERAL

DOTAÇÃO

EMPENHADO ATÉ A DATA

VALOR RESERVADO

VALOR DESTA EMPENHO

SALDO ATUAL

12.638.814,56

8.837.167,42

1.604.000,00

282.110,57

1.915.536,57

**VALOR A SER PAGO R\$****282.110,57**

(duzentos e oitenta e dois mil, cento e dez reais e cinquenta e sete centavos)

CONTABILIZADO:

ORDEM DE PAGAMENTO. PAGUE-SE:

DATA

FRANCIELE ALONSO CANO - CONTADOR(A)

DATA

JESUS BURATTO ARALDI - SECR. FINANÇAS

PAGAMENTO DO EMPENHO AUTORIZADO EM \_\_\_\_\_

A DESPESA REFERENTE A ESTE EMPENHO, FOI DEVIDAMENTE PROCESSADA, ENCONTRANDO-SE EM ORDEM PARA PAGAMENTO.

DATA

MARIA FÁTIMA DE SÁ BENETTI - TESOUREIRO(A)

DESPESA PAGA EM:

**RECIBO**

BANCO	CONTA	CHEQUE	VALOR	Art. Cx.

RECEBI(EMOS) O VALOR CONSTANTE DESTA EMPENHO EM: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

NOME:

RG/CPF:

3248202000196008439000000282110570050009800





## Ciente - Conta atual

Agência 3062-7  
Conta corrente 36311-1 ASSOCIACAO H B BRASIL  
Período do extrato Mês atual

## Lançamentos

Dt. balancete	Dt. movimento	Ag. origem	Lote Histórico	Documento	Valor R\$	Saldo
28/08/2020		0000	00000 000 Saldo Anterior			0,00 C
01/09/2020		3062	99015 870 Transferência recebida	553.062.007.004.231	456.309,80 C	
			01/09 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B			
01/09/2020		3062	99015 470 Transferência enviada	553.062.007.004.231	367.033,71 D	
			01/09 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B			
01/09/2020		0000	13134 250 Folha de Pagamento	13.538	1.345,94 D	
01/09/2020		0000	13105 109 Pagamento de Boleto	90.101	11.201,85 D	
			TICKET SERVICOS S/A			
01/09/2020		0000	13105 109 Pagamento de Boleto	90.102	15.704,73 D	
			TICKET SERVICOS S/A			
01/09/2020		0000	13105 109 Pagamento de Boleto	90.103	3.983,00 D	
			WHITE MARTINS GASES INDUSTRIAIS LTDA			
01/09/2020		0000	13105 109 Pagamento de Boleto	90.104	3.635,50 D	
			WHITE MARTINS GASES INDUSTRIAIS LTDA			
01/09/2020		0000	13105 109 Pagamento de Boleto	90.105	5.970,00 D	
			COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENS			
01/09/2020		0000	13105 109 Pagamento de Boleto	90.106	2.469,39 D	
			BANCO SOFISA S/A			
01/09/2020		0000	13105 109 Pagamento de Boleto	90.107	2.491,30 D	
			BANCO SOFISA S/A			
01/09/2020		0000	13105 109 Pagamento de Boleto	90.108	4.463,48 D	
			BANCO SOFISA S/A			
01/09/2020		0000	13105 393 TED Transf.Eletr.Disponiv	90.109	37.990,00 D	
			341 0049 034298678000114 GESTARE SERVI			
01/09/2020		0000	13113 310 Tar DOC/TED Eletrônico	832.450.902.216.868	10,45 D	
			Cobrança referente a 28/08/2020			
01/09/2020		0000	13113 310 Tar DOC/TED Eletrônico	832.450.902.216.869	10,45 D	0,00 C
			Cobrança referente a 28/08/2020			
03/09/2020		3062	99015 870 Transferência recebida	553.062.007.004.231	145.707,20 C	
			03/09 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B			
03/09/2020		3062	99015 470 Transferência enviada	550.347.000.048.371	1.725,45 D	
			03/09 0347 48371-0 MIRIAN A MADUR			
03/09/2020		3062	99015 470 Transferência enviada	550.347.000.052.624	1.725,44 D	
			03/09 0347 52624-X DEYSE DARC BEZ			
03/09/2020		0000	13134 250 Folha de Pagamento	20.622	99.505,82 D	
03/09/2020		0000	13105 393 TED Transf.Eletr.Disponiv	90.301	1.902,26 D	
			104 0329 32064765859 ADRIANA CORREIA D			
03/09/2020		0000	13105 393 TED Transf.Eletr.Disponiv	90.302	1.566,81 D	
			104 0329 34537176865 DIEGO CORASSA PAS			
03/09/2020		0000	13105 393 TED Transf.Eletr.Disponiv	90.303	1.945,51 D	
			104 4122 13444390807 LEILA MARIA BRUNE			
03/09/2020		0000	13105 393 TED Transf.Eletr.Disponiv	90.304	1.922,80 D	
			104 0329 25657900820 LETICIA FERNANDES			
03/09/2020		0000	13105 393 TED Transf.Eletr.Disponiv	90.305	2.100,56 D	
			104 0318 37210083839 MARIA GABRIELA CA			
03/09/2020		0000	13105 393 TED Transf.Eletr.Disponiv	90.306	1.946,43 D	
			033 0058 36333535850 MIRIAN JULIANE DA			

03/09/2020	0000	13105 393 TED Transf.Eletr.Disponiv		90.307	1.930,36 D	
		033 0058 08324885854 OLAIR AMORIM CLEM				
03/09/2020	0000	13105 393 TED Transf.Eletr.Disponiv		90.308	2.839,83 D	
		033 0058 30291683878 PATRICIA POLETO A				
03/09/2020	0000	13105 393 TED Transf.Eletr.Disponiv		90.309	1.900,31 D	
		033 3597 30252894812 ROSELI PEREIRA				
03/09/2020	0000	13105 393 TED Transf.Eletr.Disponiv		90.310	2.004,82 D	
		033 0058 28636756804 SILENE DE OLIVEIR				
03/09/2020	0000	13105 393 TED Transf.Eletr.Disponiv		90.311	2.788,66 D	
		033 0058 07794586801 SILVIA APARECIDA				
03/09/2020	0000	13105 393 TED Transf.Eletr.Disponiv		90.312	1.747,54 D	
		341 0460 32140135806 SIMONE ROCHA CARI				
03/09/2020	0000	13105 393 TED Transf.Eletr.Disponiv		90.313	2.985,73 D	
		033 0058 29671823890 TATIANA SOARES				
03/09/2020	0000	13105 393 TED Transf.Eletr.Disponiv		90.314	1.566,81 D	
		077 0001 38260771802 ALAN LUCIUS FIRMI				
03/09/2020	0000	13105 393 TED Transf.Eletr.Disponiv		90.315	579,32 D	
		033 4557 36809521801 ANDRE LUIZ MARTIN				
03/09/2020	0000	13105 393 TED Transf.Eletr.Disponiv		90.316	630,68 D	
		260 0001 39630567890 JESSICA PENTEADO				
03/09/2020	0000	13105 393 TED Transf.Eletr.Disponiv		90.317	289,66 D	
		033 0058 33579381890 MICHELE PEREIRA D				
03/09/2020	0000	13105 375 Impostos		90.318	12.102,40 D	0,00 C
		FGTS ARRECADACAO GRF				
08/09/2020	3062	99015 870 Transferência recebida	553.062.007.004.231		112.545,14 C	
		08/09 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B				
08/09/2020	3062	99015 870 Transferência recebida	553.062.007.004.231		1.500,00 C	
		08/09 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B				
08/09/2020	3062	99015 470 Transferência enviada	550.037.000.001.124		1.102,51 D	
		08/09 0037 1124-X MEDMASTER COME				
08/09/2020	3062	99015 470 Transferência enviada	552.591.000.102.525		1.500,00 D	
		08/09 2591 102525-2 HDL LOGISTICA				
08/09/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto		90.801	533,33 D	
		SHIELD CONTROLE DE PRAGAS LTDA				
08/09/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto		90.802	890,00 D	
		WHITE MARTINS GASES INDUSTRIAIS LTDA				
08/09/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto		90.803	3.682,00 D	
		WHITE MARTINS GASES INDUSTRIAIS LTDA				
08/09/2020	0000	13105 361 Pqto conta �gua		90.804	1.235,20 D	
		DAEP - DEP AUT DE AGUA E				
08/09/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto		90.805	676,50 D	
		COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENS				
08/09/2020	0000	13105 393 TED Transf.Eletr.Disponiv		90.806	23.556,35 D	
		033 0058 007220629000196 ULTRA-MAG DIA				
08/09/2020	0000	13105 393 TED Transf.Eletr.Disponiv		90.807	49.094,00 D	
		104 2785 015579464000171 FGK SERVICOS				
08/09/2020	0000	13105 393 TED Transf.Eletr.Disponiv		90.808	31.500,00 D	
		077 0001 033433450000127 KATAOKA SERVI				
08/09/2020	0000	13113 310 Tar DOC/TED Eletrônico	822.520.900.684.210		10,45 D	
		Cobran�sa referente a 03/09/2020				
08/09/2020	0000	13113 310 Tar DOC/TED Eletrônico	822.520.900.684.211		10,45 D	
		Cobran�sa referente a 03/09/2020				
08/09/2020	0000	13113 310 Tar DOC/TED Eletrônico	822.520.900.684.212		10,45 D	
		Cobran�sa referente a 03/09/2020				
08/09/2020	0000	13113 310 Tar DOC/TED Eletrônico	822.520.900.684.213		10,45 D	
		Cobran�sa referente a 03/09/2020				
08/09/2020	0000	13113 310 Tar DOC/TED Eletrônico	822.520.900.684.214		10,45 D	
		Cobran�sa referente a 03/09/2020				
08/09/2020	0000	13113 310 Tar DOC/TED Eletrônico	822.520.900.684.215		10,45 D	
		Cobran�sa referente a 03/09/2020				
08/09/2020	0000	13113 310 Tar DOC/TED Eletrônico	822.520.900.684.216		10,45 D	
		Cobran�sa referente a 03/09/2020				
08/09/2020	0000	13113 310 Tar DOC/TED Eletrônico	822.520.900.684.217		10,45 D	
		Cobran�sa referente a 03/09/2020				

08/09/2020	0000	13113 310 Tar DOC/TED Eletrônico	822.520.900.684.218	10,45 D	
		Cobrança referente a 03/09/2020			
08/09/2020	0000	13113 310 Tar DOC/TED Eletrônico	822.520.900.684.219	10,45 D	
		Cobrança referente a 03/09/2020			
08/09/2020	0000	13113 310 Tar DOC/TED Eletrônico	822.520.900.684.220	10,45 D	
		Cobrança referente a 03/09/2020			
08/09/2020	0000	13113 310 Tar DOC/TED Eletrônico	822.520.900.684.221	10,45 D	
		Cobrança referente a 03/09/2020			
08/09/2020	0000	13113 310 Tar DOC/TED Eletrônico	822.520.900.684.222	10,45 D	
		Cobrança referente a 03/09/2020			
08/09/2020	0000	13113 170 Tar Pag Salário Crédito Conta	822.520.901.203.571	139,40 D	0,00 C
		Cobrança referente a 04/09/2020			
09/09/2020	0000	14175 976 TED-Crédito em Conta	515.793.251	282.110,56 C	
		104 0329 12012877000181 SP 353730 FMS			
09/09/2020	3062	99015 470 Transferência enviada	553.062.007.004.231	282.079,21 D	
		09/09 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B			
09/09/2020	0000	13113 310 Tar DOC/TED Eletrônico	822.530.904.392.338	10,45 D	
		Cobrança referente a 08/09/2020			
09/09/2020	0000	13113 310 Tar DOC/TED Eletrônico	822.530.904.392.339	10,45 D	
		Cobrança referente a 08/09/2020			
09/09/2020	0000	13113 310 Tar DOC/TED Eletrônico	822.530.904.392.340	10,45 D	0,00 C
		Cobrança referente a 08/09/2020			
10/09/2020	3371	99015 870 Transferência recebida	553.371.000.010.213	238,51 C	
		10/09 3371 10213-X SOQUIMICA LAB			
10/09/2020	0000	13113 435 Tarifa Pacote de Serviços	882.540.902.260.719	153,00 D	85,51 C
		Cobrança referente 10/09/2020			
14/09/2020	0000	14175 976 TED-Crédito em Conta	535.208.333	282.110,56 C	
		104 0329 12012877000181 SP 353730 FMS			
14/09/2020	3062	99015 120 Transferido para Poupança	550.347.510.112.070	1.045,00 D	
		14/09 0347 510112070-3 REINALDO VIEIR			
14/09/2020	3062	99015 470 Transferência enviada	553.062.007.004.231	210.351,42 D	
		14/09 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B			
14/09/2020	3062	99015 470 Transferência enviada	554.018.000.018.845	4.000,00 D	
		14/09 4018 18845-X A.VOTOLINI JR			
14/09/2020	0000	13105 393 TED Transf.Eletr.Disponiv	91.401	86,00 D	
		748 3021 005796434000163 PATRICIA BARR			
14/09/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	91.402	3.885,00 D	
		WHITE MARTINS GASES INDUSTRIAIS LTDA			
14/09/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	91.403	548,27 D	
		SINCONECTA - TECNOLOGIA DE INFORMACAO			
14/09/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	91.404	8.000,00 D	
		ECQ MANUTENCAO HOSPITALAR LTDA ME			
14/09/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	91.405	2.286,38 D	
		REVAL ATACADO DE PAPELARIA LTD			
14/09/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	91.406	3.200,00 D	
		COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENS			
14/09/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	91.407	501,00 D	
		SOQUIMICA LABORAT LTDA EP			
14/09/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	91.408	14.239,10 D	
		BANCO SOFISA S/A			
14/09/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	91.409	980,60 D	
		BANCO SOFISA S/A			
14/09/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	91.410	9.605,98 D	
		COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENS			
14/09/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	91.411	884,89 D	
		BANCO SOFISA S/A			
14/09/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	91.412	960,00 D	
		COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENS			
14/09/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	91.413	17.512,77 D	
		BANCO SOFISA S/A			
14/09/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	91.414	3.536,03 D	
		BANCO SOFISA S/A			

14/09/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto		91.415	573,63 D	0,00 C
		BANCO SOFISA S/A				
16/09/2020	3062	99015 870 Transferência recebida	553.062.007.004.231		37.940,09 C	
		16/09 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B				
16/09/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto		91.601	1.733,30 D	
		SAMTRONIC INDUSTRIA E COMERCIO				
16/09/2020	0000	13105 393 TED Transf.Eletr.Disponiv		91.602	600,00 D	
		237 0110 008517361000111 O. M. I. COME				
16/09/2020	0000	13105 375 Impostos		91.603	4.840,99 D	
		RFB- DARF PRETO CALCULADO				
16/09/2020	0000	13105 375 Impostos		91.604	15.007,08 D	
		RFB- DARF PRETO CALCULADO				
16/09/2020	0000	13105 375 Impostos		91.605	1.692,83 D	
		RFB- DARF PRETO CALCULADO				
16/09/2020	0000	13105 196 INSS Arrecadação		91.606	14.055,44 D	
		GPS- Ident.: 45349461001508 - 08/2020				
16/09/2020	0000	13113 310 Tar DOC/TED Eletrônico	822.600.903.144.041		10,45 D	0,00 C
		Cobrança referente a 14/09/2020				
18/09/2020	3062	99015 870 Transferência recebida	553.062.007.004.231		408,91 C	
		18/09 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B				
18/09/2020	3062	99015 470 Transferência enviada	550.347.000.000.331		139,80 D	
		18/09 0347 331-X COMERCIAL DE P				
18/09/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto		91.801	81,00 D	
		MARCIO CARAZI SOARES				
18/09/2020	0000	13105 393 TED Transf.Eletr.Disponiv		91.802	177,66 D	
		756 5042 045349461000374 ASSOCIACAO HO				
18/09/2020	0000	13113 310 Tar DOC/TED Eletrônico	822.620.903.324.855		10,45 D	0,00 C
		Cobrança referente a 16/09/2020				
21/09/2020	3062	99015 870 Transferência recebida	553.062.007.004.231		344.043,41 C	
		21/09 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B				
21/09/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto		92.101	7.279,08 D	
		BELIVE COM DE PROD HOSP LTDA				
21/09/2020	0000	13105 362 Pagamento conta luz		92.102	7.342,98 D	
		CPFL CIA PAULISTA DE FORC				
21/09/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto		92.103	14.511,28 D	
		COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENS				
21/09/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto		92.104	1.983,40 D	
		COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENS				
21/09/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto		92.105	3.027,50 D	
		WHITE MARTINS GASES INDUSTRIAIS LTDA				
21/09/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto		92.106	705,00 D	
		S.E. COMERCIO DE PRODUTOS QUIM				
21/09/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto		92.107	1.325,31 D	
		COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENS				
21/09/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto		92.108	959,90 D	
		EPIMED SOLUT TECNO I M LTDA ME				
21/09/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto		92.109	1.150,00 D	
		EDR COM EQUIPTOS MEDICO HOSPIT				
21/09/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto		92.110	8.038,54 D	
		WHITE MARTINS GASES INDUSTRIAIS LTDA				
21/09/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto		92.111	947,48 D	
		COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENS				
21/09/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto		92.112	3.934,00 D	
		WHITE MARTINS GASES INDUSTRIAIS LTDA				
21/09/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto		92.113	13.100,00 D	
		ECQ MANUTENCAO HOSPITALAR LTDA ME				
21/09/2020	0000	13105 393 TED Transf.Eletr.Disponiv		92.114	14.077,50 D	
		756 3188 027907670000142 CLINICA DE NE				
21/09/2020	0000	13105 393 TED Transf.Eletr.Disponiv		92.115	264.290,99 D	
		341 0049 026392666000126 WINTER - GEST				
21/09/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto		92.116	1.360,00 D	
		BIOMEDICAL				
21/09/2020	0000	13113 310 Tar DOC/TED Eletrônico	822.650.904.521.757		10,45 D	0,00 C



Cobrança referente a 18/09/2020					
22/09/2020	3062	99015 870	Transferência recebida	553.062.007.004.231	2.510,90 C
22/09 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B					
22/09/2020	0000	13105 109	Pagamento de Boleto	92.201	2.490,00 D
SINCONECTA - TECNOLOGIA DE INFORMACAO					
22/09/2020	0000	13113 310	Tar DOC/TED Eletrônico	822.660.904.410.971	10,45 D
Cobrança referente a 21/09/2020					
22/09/2020	0000	13113 310	Tar DOC/TED Eletrônico	822.660.904.410.972	10,45 D 0,00 C
Cobrança referente a 21/09/2020					
23/09/2020	0000	14175 976	TED-Crédito em Conta	573.335.452	282.110,57 C
104 0329 12012877000181 SP 353730 FMS					
23/09/2020	3062	99015 470	Transferência enviada	553.062.007.004.231	282.110,57 D 0,00 C
23/09 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B					
24/09/2020	3062	99015 870	Transferência recebida	553.062.007.004.231	3.118,64 C
24/09 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B					
24/09/2020	0000	13134 250	Folha de Pagamento	9.190	2.033,14 D
24/09/2020	0000	13105 109	Pagamento de Boleto	92.401	710,50 D
ENSITE BRASIL TELECOMUNICACOES LTDA					
24/09/2020	0000	13105 109	Pagamento de Boleto	92.402	75,00 D
ENSITE BRASIL TELECOMUNICACOES LTDA					
24/09/2020	0000	13105 109	Pagamento de Boleto	92.403	300,00 D 0,00 C
ENSITE BRASIL TELECOMUNICACOES LTDA					
25/09/2020	3062	99015 870	Transferência recebida	553.062.007.004.231	1.933,31 C
25/09 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B					
25/09/2020	0000	13105 393	TED Transf. Eletr. Disponiv	92.501	1.933,31 D 0,00 C
341 0220 011814918000190 DESTRA - APOI					
28/09/2020	3062	99015 870	Transferência recebida	553.062.007.004.231	3.213,85 C
28/09 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B					
28/09/2020	3062	99015 470	Transferência enviada	550.347.000.008.007	200,00 D
28/09 0347 8007-1 CASA SIRIA TEC					
28/09/2020	0000	13105 393	TED Transf. Eletr. Disponiv	92.801	3.000,00 D
341 3858 022677012000198 LUK INDUSTRIA					
28/09/2020	0000	13113 310	Tar DOC/TED Eletrônico	822.720.903.601.914	10,45 D
Cobrança referente a 25/09/2020					
28/09/2020	0000	13113 170	Tar Pag Saldo Crédito em Conta	822.720.904.168.227	3,40 D 0,00 C
Cobrança referente a 25/09/2020					
30/09/2020	3062	03062 870	Transferência recebida	553.062.007.004.231	488.653,31 C
30/09 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B					
30/09/2020	0000	00000 999	S A L D O		488.653,31 C

Lançamentos futuros					
Data	Lançamento	Documento		Valor	Total diário
30/09/2020	Tarifas Pendentes	0	R\$	10,45 D	10,45 D

Saldo Aprovisionado no Dia	10,45 D
Saldo	488.642,86 C
Juros *	0,00
Data de Debito de Juros	30/09/2020
IOF *	0,00
Data de Debito de IOF	01/10/2020

-----  
 -----  
 Há tarifas pendentes de cobrança. Total em  
 30/09/2020 R\$ 10,45. Sujeito à cobrança  
 quando ocorrer saldo positivo na conta corrente.  
 Procure sua agência.

Transa o efetuada com sucesso por: JD707545 JOAO P M P AFFONSO.

---

Serviço de Atendimento ao Consumidor - SAC 0800 729 0722

Ouvidoria BB 0800 729 5678

Para deficientes auditivos 0800 729 0088



## Aviso de lanÃ§amento

G3351108570038471  
11/10/2020 15:12:03

AgÃªncia 3062-7  
Conta corrente 36311-1 ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

---

Data 01/09/2020 Valor R\$ 1.345,94 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 145, lanÃ§ado a dÃ©bito\* em sua conta corrente 36311-1, agÃªncia 3062-7, na data acima.

Pagamento efetuado a MARIA SIMON VILANOVA GIAN, na conta 90.355, agÃªncia 0295 do banco 001.

(Um mil e trezentos e quarenta e cinco reais e noventa e quatro centavos)

---

\* Este aviso de lanÃ§amento nÃ£o Ã© vÃ¡lido como comprovante da operaÃ§Ã£o e demonstra apenas que houve um lanÃ§amento em conta corrente.

\* O valor constante deste aviso de lanÃ§amento corresponde ao valor individual pago ao favorecido informado neste documento. O total debitado em conta corrente corresponde Ã soma de todos os pagamentos processados pela remessa indicada.

Documento emitido por: JOAO P M P AFFONSO em 11/10/2020 15:12:03

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 0012020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PERAPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANÃ COVID-19

# TERMO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR					
01 CNPJ/CEI 45.349.461/0015-08		02 Razão Social/Nome ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL			
03 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) Avenida AV LEANDRO RATISBONA DE MEDEIROS, 880, SALA 01					04 Bairro CHACARA PALESTINA
05 Município PENAPOLIS		06 UF SP	07 CEP 16.303-046	08 CNAE 8660-7/00	09 CNPJ/CEI Tomador/Obra
IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR					
10 PIS/PASEP 124.92848.71-1		11 Nome MARIA SIMON VILANOVA GIANOTTI			
12 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) Avenida ANTONIO VERONESE, 776 - FD					13 Bairro VILA AMERICA
14 Município PENAPOLIS		15 UF SP	16 CEP 16.306-020	17 CTPS (nº, série, UF) 064944 - 603 / SP	18 CPF 107.312.488-64
19 Data de Nascimento 13/07/1965		20 Nome da Mãe HELENA VILANOVA SIMON			
DADOS DO CONTRATO					
21 Tipo de Contrato 1. Contrato de trabalho por prazo indeterminado					
22 Causa do Afastamento Rescisão contratual a pedido do empregado					
23 Remuneração Mês Ant. 2.857,28		24 Data de Admissão 18/05/2020	25 Data do Aviso Prévio 26/08/2020	26 Data de Afastamento 26/08/2020	27 Cod. Afastamento SJ1
28 Pensão Alim. (%) TRCT 0,00		29 Pensão Alim. (%) FGTS 0,00		30 Categoria do Trabalhador 01 - Empregado	
31 Código Sindical 000.000.030.090 -		32 CNPJ e Nome da Entidade Sindical Laboral 58.122.466/0001-40 SINDELIVRE			
DISCRIMINAÇÃO DAS VERBAS RESCISÓRIAS					
VERBAS RESCISÓRIAS					
Rubrica	Valor	Rubrica	Valor	Rubrica	Valor
50 Saldo de 26/dias Salário (líquido de 0/faltas e DSR)	R\$ 2.295,19	51 Comissões	R\$ 0,00	52 Gratificação	R\$ 0,00
53 Adic. de Insalubridade 20%	R\$ 181,14	54 Adic. de Periculosidade %	R\$ 0,00	55 Adic. Noturno ___ horas %	R\$ 0,00
56.1 Horas Extras 14,15 horas a 100%	R\$ 367,55	57 Gorjetas	R\$ 0,00	58 Descanso Semanal Remunerado (DSR)	R\$ 0,00
59 Reflexo do DSR sobre Salário Variável	R\$ 73,51	60 Multa Art. 477 § 8º/CLT	R\$ 0,00	61 Multa Art. 479/CLT	R\$ 0,00
62 Salário-Família	R\$ 0,00	63 13º Salário Proporcional 3/12 avos	R\$ 714,32	64.1 13º Salário-Exerc. ___ - ___/12 avos	R\$ 0,00
65 Férias Proporc 3/12 avos	R\$ 714,32	66.1 Férias Venc. Per. Aquis. III a III	R\$ 0,00	68 Terço Constituc. de Férias	R\$ 238,11
69 - Aviso-Prévio Indenizado ___/dias	R\$ 0,00	70 13º Salário (Aviso Prévio Indenizado)	R\$ 0,00	71 Férias (Aviso-Prévio Indenizado)	R\$ 0,00
		99 Ajuste de Saldo Devedor	R\$ 0,00	<b>TOTAL BRUTO</b>	<b>R\$ 4.584,14</b>
DEDUÇÕES					
Desconto	Valor	Desconto	Valor	Desconto	Valor
100 Pensão Alimentícia	R\$ 0,00	101 Adiantamento Salarial	R\$ 0,00	102 Adiantamento 13º Salário	R\$ 0,00
103 Aviso-Prévio Indenizado 30/dias	R\$ 2.857,29	112.1 Previdência Social	R\$ 271,71	112.2 Prev. Social - 13º Salário	R\$ 53,57
114.1 IRRF	R\$ 55,63	114.2 IRRF sobre 13º Salário	R\$ 0,00		
				<b>TOTAL DEDUÇÕES</b>	<b>R\$ 3.238,20</b>
				<b>VALOR LÍQUIDO</b>	<b>R\$ 1.345,94</b>

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 001/2020  
 FONTE DE RESCISÃO MUNICIPAL  
 PREFEITURA MUNICIPAL DE PENAPOLIS  
 HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

02/09/20  
 12/10/20

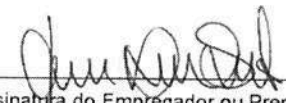
# TERMO DE HOMOLOGAÇÃO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO


EMPREGADOR				
01 CNPJ/CEI 45.349.461/0015-08	02 Razão Social/Nome ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL			
TRABALHADOR				
10 PIS/PASEP 124.92848.71-1	11 Nome MARIA SIMON VILANOVA GIANOTTI			
17 CTPS (nº, série, UF) 064944 - 603 / SP	18 CPF 107.312.488-64	19 Data de Nascimento 13/07/1965	20 Nome da Mãe HELENA VILANOVA SIMON	
CONTRATO				
22 Causa do Afastamento Rescisão contratual a pedido do empregado				
24 Data de Admissão 18/05/2020	25 Data do Aviso Prévio 26/08/2020	26 Data de Afastamento 26/08/2020	27 Cod. Afastamento SJ1	29 Pensão Alim. (%) FGTS 0,00
30 Categoria do Trabalhador 01 - Empregado				
31 Código Sindical 000.000.030.090 -		32 CNPJ e Nome da Entidade Sindical Laboral 58.122.466/0001-40 SINDELIVRE		

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

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

Penápolis, 11 de setembro de 2020.

  
150 Assinatura do Empregador ou Preposto  
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL  
ASSOC. HOSP. BENEF. DO BRASIL

  
151 Assinatura do Trabalhador

152 Assinatura do Responsável Legal do Trabalhador

153 Carimbo e Assinatura do Assistente

154 Nome do Órgão Homologador

155 Ressalvas

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 98/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

156 Informações à CAIXA:

A ASSISTÊNCIA NO ATO DE RESCISÃO CONTRATUAL É GRATUITA.

Pode o trabalhador iniciar ação judicial quanto aos créditos resultantes das relações de trabalho até o limite de dois anos após a extinção do contrato de trabalho (Inc. XXIX, Art. 7º da Constituição Federal/1988).

01/09/2020 - BANCO DO BRASIL - 17:34:27  
306203062 SEGUNDA VIA 0046  
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA  
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL  
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.311-1

=====

DATA DA TRANSFERENCIA	01/09/2020
NR. DOCUMENTO	553.062.007.004.231
VALOR TOTAL	367.033,71

\*\*\*\*\* TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL  
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 7.004.231-4

NR. DOCUMENTO 553.062.000.036.311

=====

NR.AUTENTICACAO B.D41.1D7.549.645.A49

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 98/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19



## Emissão de comprovantes

G3370413001766381  
04/10/2020 16:22:17

04/10/2020 - BANCO DO BRASIL - 16:22:09  
306203062 0024

### COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL  
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.311-1

ITAU UNIBANCO S.A.

34191090323272667293781658220009883650001120185

BENEFICIARIO:

TICKET SERVICOS S/A

NOME FANTASIA:

TICKET SERVICOS S/A

CNPJ: 47.866.934/0001-74

PAGADOR:

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICE

CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO 90.101  
DATA DE VENCIMENTO 01/09/2020  
DATA DO PAGAMENTO 01/09/2020  
VALOR DO DOCUMENTO 11.201,85  
VALOR COBRADO 11.201,85

NR.AUTENTICACAO A.060.FCD.F21.643.6B4



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

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

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

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

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

 <b>PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO</b> <b>SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA</b> <b>NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFS-e</b> RPS Nº 193715 Série C4, emitido em 29/07/2020 20200730u47866934000174	Número da Nota <b>21305013</b>			
	Data e Hora de Emissão <b>30/07/2020 00:31:13</b> Código de Verificação <b>HQJC-SL4Q</b>			
<b>PRESTADOR DE SERVIÇOS</b>				
	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			
<b>TOMADOR DE SERVIÇOS</b>				
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: lgalocio@lpdh.org.br				
<b>INTERMEDIÁRIO DE SERVIÇOS</b>				
CPF/CNPJ: ----      Nome/Razão Social: ----				
<b>DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS</b>				
TA DISPONIBILIZACAO DE BENEFICIO QTD 73 R\$11.315,00 DESCONTOS CONCEDIDOS R\$113,15 VALOR DA CORRETAGEM OU COMISSAO: ZERO Ped.:22644747 Contrato:2004030048091 IE:ISENTO IM: IRE 1,50%-IN/SRF 177/87 e 107/91 LEI 12741/12 VL.TRIB.R\$ 0,00 Data de Vencimento: 01/09/2020 VALOR TOTAL: R\$11.201,85				
<b>VALOR TOTAL DO SERVIÇO = R\$ 0,00</b>				
INSS (R\$)	IRRF (R\$)	CSLL (R\$)	COFINS (R\$)	PIS/PASEP (R\$)
-	-	-	-	-
Código do Serviço				
<b>03205 - Fornecimento e administração de vales-refeição, vales-alimentação, vales-transporte e similares</b>				
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	
<b>OUTRAS INFORMAÇÕES</b>				
(1) Esta NFS-e foi emitida com respaldo na Lei nº 14.097/2005; (2) Esta NFS-e substitui o RPS Nº 193715 Série C4, emitido em 29/07/2020.				

**CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020**  
**FUNTE DE RECURSO MUNICIPAL**  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS**  
**HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19**

01/09/20  
 LV





# NOTA DE DÉBITO

Número  
193715-ND

Data de Emissão  
29/07/2020

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 73 R\$11.315,00  
DESCONTOS CONCEDIDOS R\$113,15  
Ped.:22644747 Contrato:2004030048091 IE:ISENTO IM:

CONVÊNIO CONFORME PROCEGSO Nº 96/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENAPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

**VALOR TOTAL:** R\$ 11.201,85

## DESCRIÇÃO:

DISPONIBILIZACAO DE BENEFICIOS / CUPONS

NOTA DE DÉBITO Nº	VALOR DE NOTA DE DÉBITO	FORMA DE PAGAMENTO
193715-ND	R\$ 11.201,85	01/09/2020

## OUTRAS INFORMAÇÕES

Este(a) NOTA DE DÉBITO é relativa a RPS 193715 de 29/07/2020.

## RELATÓRIO DE DETALHES DO PEDIDO

Número do Pedido Enviado: 698115

Realizado em: 29/07/2020

Valor (R\$): 11.315,00

Método Pagamento: Faturamento

Empresa: 45.349.461/0001-02 - ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

Solicitante: ANA CLÁUDIA DA SILVA

### Ticket Alimentação Eletrônico

Unidade de Entrega: AHBB SEDE

Valor dos Benefícios (R\$): 11.315,00

Data de Crédito:

Quantidade de Beneficiários: 73

Data de Entrega: 31/07/2020

CPF	MATRÍCULA	BENEFICIÁRIO	DEPARTAMENTO	VALOR DO BENEFÍCIO
165.475.958-97	16547595897	ADRIANA A C AUGUSTO	AHBB PENAPOLIS	R\$ 155,00
320.647.658-59	32064765859	ADRIANA CORREIA DE SOUZA	AHBB PENAPOLIS	R\$ 155,00
382.607.718-02	38260771802	ALAN L FLOZANO	AHBB PENAPOLIS	R\$ 155,00
344.289.598-77	34428959877	ALESSANDRA ALVES SILVA	AHBB PENAPOLIS	R\$ 155,00
315.338.678-10	31533867810	ALEXANDRE DUMAS SILVA	AHBB PENAPOLIS	R\$ 155,00
173.992.648-05	17399264805	ALEXANDRE TEIXEIRA SILVA	AHBB PENAPOLIS	R\$ 155,00
339.645.428-65	33964542865	AMANDA C DA SILVA GOVEA	AHBB PENAPOLIS	R\$ 155,00
270.848.198-35	27084819835	ANA PAULA FERREIRA	AHBB PENAPOLIS	R\$ 155,00
333.680.898-70	33368089870	ANDERSON CARRIJO COSTA	AHBB PENAPOLIS	R\$ 155,00
052.195.065-10	5219506510	BEATRIZ SANTOS RAMOS	AHBB PENAPOLIS	R\$ 155,00
465.946.288-95	46594628895	BIANCA KLEM RODRIGUES	AHBB PENAPOLIS	R\$ 155,00
305.891.928-09	30589192809	DANIELA PEREIRA BRANDAO	AHBB PENAPOLIS	R\$ 155,00
356.904.348-76	35690434876	DANIELE L G DUMAS	AHBB PENAPOLIS	R\$ 155,00
299.603.258-65	29960325865	DANIELE P P SANTOS	AHBB PENAPOLIS	R\$ 155,00
355.521.228-10	35552122810	DANILO AD ZANETTE	AHBB PENAPOLIS	R\$ 155,00
450.067.918-96	45006791896	DEBORA MATEUS CAETANO	AHBB PENAPOLIS	R\$ 155,00
145.695.208-04	14569520804	DELMA AP SILVA SPONTON	AHBB PENAPOLIS	R\$ 155,00
164.731.298-12	16473129812	DEYSE D A B PIRES	AHBB PENAPOLIS	R\$ 155,00

CONVENIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020

FONTE DE RECURSO MUNICIPAL

PREFEITURA MUNICIPAL DE PENAPOLIS

HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

Unidade de Entrega: AHBB SEDE

Valor dos Benefícios (R\$): 11.315,00

Data de Crédito:

Quantidade de Beneficiários: 73

Data de Entrega: 31/07/2020

CPF	MATRÍCULA	BENEFICIÁRIO	DEPARTAMENTO	VALOR DO BENEFÍCIO
414.392.318-18	41439231818	DIEGO APARECIDO OLIVEIRA	AHBB PENAPOLIS	R\$ 155,00
345.371.768-65	34537176865	DIEGO CORASSA PASSARINE	AHBB PENAPOLIS	R\$ 155,00
363.241.858-69	36324185869	EDUARDA CARDOSO DA SILVA	AHBB PENAPOLIS	R\$ 155,00
158.075.048-60	15807504860	ELAINE BATISTA PEREIRA	AHBB PENAPOLIS	R\$ 155,00
384.612.758-29	38461275829	ELAINE JAQUELINE G LIMA	AHBB PENAPOLIS	R\$ 155,00
332.576.848-27	33257684827	ELIANA PEREIRA GOMES	AHBB PENAPOLIS	R\$ 155,00
136.620.388-70	13662038870	EVA OLIVEIRA DE MENEZES	AHBB PENAPOLIS	R\$ 155,00
345.321.208-88	34532120888	EVELYN R P NOVAIS	AHBB PENAPOLIS	R\$ 155,00
290.661.488-29	29066148829	FERNANDA DE PAULA PERES	AHBB PENAPOLIS	R\$ 155,00
326.326.298-02	32632629802	FERNANDA F M MATOS	AHBB PENAPOLIS	R\$ 155,00
279.862.908-03	27986290803	FERNANDA S ROBERTO NEVES	AHBB PENAPOLIS	R\$ 155,00
257.712.918-11	25771291811	FERNANDO R LIMA RIBEIRO	AHBB PENAPOLIS	R\$ 155,00
432.420.778-06	43242077806	HEIDY CAROLINE P SILVA	AHBB PENAPOLIS	R\$ 155,00
470.224.598-86	47022459886	ISADORA MARIA B MALHEIRO	AHBB PENAPOLIS	R\$ 155,00
095.700.628-43	9570062843	IVANI AP DA SILVA LOPES	AHBB PENAPOLIS	R\$ 155,00
204.068.268-62	20406826862	JEANE MARIA DOS REIS	AHBB PENAPOLIS	R\$ 155,00
104.382.288-71	10438228871	JOAO DARCLINO	AHBB PENAPOLIS	R\$ 155,00
479.999.438-78	47999943878	JULIA DA SILVA PAULA	AHBB PENAPOLIS	R\$ 155,00
340.002.278-07	34000227807	KEROLAYNE P T SANTANA	AHBB PENAPOLIS	R\$ 155,00
350.422.458-47	35042245847	KESSIA DA SILVA CALDEIRA	AHBB PENAPOLIS	R\$ 155,00
383.608.588-70	38360858870	LEIDIANE LIMA DA SILVA	AHBB PENAPOLIS	R\$ 155,00
134.443.908-07	13444390807	LEILA MBI OLIVEIR	AHBB PENAPOLIS	R\$ 155,00
318.625.058-70	31862505870	LEIZE G B CLABUCHAR	AHBB PENAPOLIS	R\$ 155,00
391.926.408-85	39192640885	LETICIA DA SILVA FABIANO	AHBB PENAPOLIS	R\$ 155,00
256.579.008-20	25657900820	LETICIA FERNANDES SOUZA	AHBB PENAPOLIS	R\$ 155,00

 AHBB PENAPOLIS  
 CONVENIO CONFORME PROCESSO Nº 90/2020  
 FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
 PREFEITURA MUNICIPAL DE PENAPOLIS  
 HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

**Unidade de Entrega:** AHBB SEDE

**Valor dos Benefícios (R\$):** 11.315,00

**Data de Crédito:**
**Quantidade de Beneficiários:** 73

**Data de Entrega:** 31/07/2020

CPF	MATRÍCULA	BENEFICIÁRIO	DEPARTAMENTO	VALOR DO BENEFÍCIO
267.466.928-41	26746692841	LIANE CRISTINA DE SOUZA	AHBB PENAPOLIS	R\$ 155,00
357.402.528-90	35740252890	LUCIMARA C EVANGELISTA	AHBB PENAPOLIS	R\$ 155,00
224.433.618-29	22443361829	MANOEL ALEXANDRE SILVA	AHBB PENAPOLIS	R\$ 155,00
013.117.692-77	1311769277	MANOEL OLIVEIRA DE SOUZA	AHBB PENAPOLIS	R\$ 155,00
338.743.238-03	33874323803	MARCELO R S GALVAO	AHBB PENAPOLIS	R\$ 155,00
434.658.048-30	43465804830	MARCIA DOURADO MEIRA	AHBB PENAPOLIS	R\$ 155,00
224.126.848-80	22412684880	MARCIO ROBERTO GOMES	AHBB PENAPOLIS	R\$ 155,00
095.648.308-93	9564830893	MARIA CRISTINA DE AGUIAR	AHBB PENAPOLIS	R\$ 155,00
107.312.488-64	10731248864	MARIA SIMON V GIANOTTI	AHBB PENAPOLIS	R\$ 155,00
426.458.498-14	42645849814	MILENA MARIA PENCO CAPUA	AHBB PENAPOLIS	R\$ 155,00
475.957.638-00	47595763800	MIRIAN AP M REIS CALLES	AHBB PENAPOLIS	R\$ 155,00
363.335.358-50	36333535850	MIRIAN JULIANE DA SILVA	AHBB PENAPOLIS	R\$ 155,00
404.007.928-00	40400792800	NATALIA A T T	AHBB PENAPOLIS	R\$ 155,00
083.248.858-54	8324885854	OLAIR AMORIM CLEMENTE	AHBB PENAPOLIS	R\$ 155,00
302.916.838-78	30291683878	PATRICIA A SANTOS	AHBB PENAPOLIS	R\$ 155,00
263.939.148-82	26393914882	PAULO HENRIQUE GONCALVES	AHBB PENAPOLIS	R\$ 155,00
057.709.998-10	5770999810	PENHA C DANTAS RIBAS	AHBB PENAPOLIS	R\$ 155,00
515.632.518-17	51563251817	RAFAELA C G MACHADO	AHBB PENAPOLIS	R\$ 155,00
302.528.948-12	30252894812	ROSELI PEREIRA	AHBB PENAPOLIS	R\$ 155,00
351.389.678-60	35138967860	ROSIANE DE SOUZA SOARES	AHBB PENAPOLIS	R\$ 155,00
095.696.518-06	9569651806	ROZINEI MECHON NUNES	AHBB PENAPOLIS	R\$ 155,00
282.500.408-13	28250040813	SANDRA MIOTTI FAUSTINO	AHBB PENAPOLIS	R\$ 155,00
286.367.568-04	28636756804	SILENE RODRIGUES LARA	AHBB PENAPOLIS	R\$ 155,00
077.945.868-01	7794586801	SILVIA A OLIVEIRA	AHBB PENAPOLIS	R\$ 155,00
148.829.508-55	14882950855	SILVIA ANDREA R DE LIMA	AHBB PENAPOLIS	R\$ 155,00

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
 FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
 PREFEITURA MUNICIPAL DE PENAPOLIS  
 HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

**Unidade de Entrega:** AHBB SEDE

**Valor dos Benefícios (R\$):** 11.315,00

**Data de Crédito:**
**Quantidade de Beneficiários:** 73

**Data de Entrega:** 31/07/2020

CPF	MATRÍCULA	BENEFICIÁRIO	DEPARTAMENTO	VALOR DO BENEFÍCIO
321.401.358-06	32140135806	SIMONE R CARIS OLIVEIRA	AHBB PENAPOLIS	R\$ 155,00
454.080.478-22	45408047822	STEFANY CORREIA MARTINS	AHBB PENAPOLIS	R\$ 155,00
296.718.238-90	29671823890	TATIANA SOARES	AHBB PENAPOLIS	R\$ 155,00
413.488.648-18	41348864818	THAWANY YURI KAWAMURA	AHBB PENAPOLIS	R\$ 155,00
430.662.718-70	43066271870	YASMIN MARISSOL ZANON	AHBB PENAPOLIS	R\$ 155,00

**Contrato:** 2004030048091

UNIDADE DE ENTREGA	DEPARTAMENTO	DATA DE CRÉDITO	DATA DE ENTREGA	QUANTIDADE BENEFICIÁRIOS	VALOR DO BENEFÍCIO
AHBB SEDE	AHBB PENAPOLIS		31/07/2020	73	R\$ 11.315,00
				<b>TOTAL BENEFÍCIOS</b>	<b>73</b>
					<b>R\$ 11.315,00</b>

TAXA	VALOR	BASE	SUB TOTAL
TAXA DE ADMINISTRAÇÃO TAE (NEGATIVA)	R\$ -113,15	1	-R\$ 113,15
<b>TOTAL DE TAXAS DO PRODUTO</b>			<b>-R\$ 113,15</b>
<b>RESUMO DO PRODUTO</b>			<b>SUB TOTAL</b>
Total de Benefícios			R\$ 11.315,00
Taxas			-R\$ 113,15
<b>TOTAL</b>			<b>R\$ 11.201,85</b>

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
 FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
 PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
 HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

04/10/2020 - BANCO DO BRASIL - 16:22:09  
306203062 0018

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL  
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.311-1

ITAU UNIBANCO S.A.

34191090323276916293781658220009383650001570473

BENEFICIARIO:

TICKET SERVICOS S/A

NOME FANTASIA:

TICKET SERVICOS S/A

CNPJ: 47.866.934/0001-74

PAGADOR:

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICE

CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO 90.102  
DATA DE VENCIMENTO 01/09/2020  
DATA DO PAGAMENTO 01/09/2020  
VALOR DO DOCUMENTO 15.704,73  
VALOR COBRADO 15.704,73

NR.AUTENTICACAO 5.6B5.179.3A2.26C.642



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 CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

 <b>PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO</b> <b>SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA</b> <b>NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFS-e</b> RPS Nº 194686 Série C4, emitido em 29/07/2020 70200730u47866934000174	Número da Nota <b>21304973</b>			
	Data e Hora de Emissão <b>30/07/2020 00:30:54</b> Código de Verificação <b>S2G8-XTQZ</b>			
<b>PRESTADOR DE SERVIÇOS</b>				
	CPF/CNPJ: <b>47.866.934/0001-74</b> Inscrição Municipal: <b>5.987.120-2</b> Nome/Razão Social: <b>TICKET SERVIÇOS S.A</b> Endereço: <b>AV DOUTORA RUTH CARDOSO 7815 - Pinheiros - CEP: 05425-070</b> Município: <b>São Paulo</b> UF: <b>SP</b>			
<b>TOMADOR DE SERVIÇOS</b>				
Nome/Razão Social: <b>ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE BRASIL</b> CPF/CNPJ: <b>45.349.461/0001-02</b> Inscrição Municipal: ---- Endereço: <b>AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303, SALA 03 - JARDIM ARIANO - CEP: 16400-400</b> Município: <b>Lins</b> UF: <b>SP</b> E-mail: <b>lgalocio@ipdh.org.br</b>				
<b>INTERMEDIÁRIO DE SERVIÇOS</b>				
CPF/CNPJ: ---- Nome/Razão Social: ----				
<b>DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS</b>				
TRE DISPONIBILIZACAO DE BENEFICIO QTD 73 R\$15.863,36 DESCONTOS CONCEDIDOS R\$158,63 VALOR DA CORRETAGEM OU COMISSAO: ZERO Ped.:22644741 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: 01/09/2020 VALOR TOTAL: R\$15.704,73				
<b>VALOR TOTAL DO SERVIÇO = R\$ 0,00</b>				
INSS (R\$)	IRRF (R\$)	CSLL (R\$)	COFINS (R\$)	PIS/PASEP (R\$)
-	-	-	-	-
Código do Serviço				
<b>03205 - Fornecimento e administração de vales-refeição, vales-alimentação, vales-transporte e similares</b>				
Valor Total das Deduções (R\$)	Base de Cálculo (R\$)	Aliquota (%)	Valor do ISS (R\$)	Crédito (R\$)
<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>2,00%</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>
Município da Prestação do Serviço		Número Inscrição da Obra	Valor Aproximado dos Tributos / Fonte	
-		-	<b>IBPT</b>	
<b>OUTRAS INFORMAÇÕES</b>				
(1) Esta NFS-e foi emitida com respaldo na Lei nº 14.097/2005; (2) Esta NFS-e substitui o RPS Nº 194686 Série C4, emitido em 29/07/2020.				

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19



# NOTA DE DÉBITO

Número  
194686-ND

Data de Emissão  
29/07/2020

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 73 R\$15.863,36  
DESCONTOS CONCEDIDOS R\$158,63  
Ped.:22644741 Contrato:2004030057121 IE:ISENTO IM:

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

**VALOR TOTAL:** R\$ 15.704,73

## DESCRIÇÃO:

DISPONIBILIZACAO DE BENEFICIOS / CUPONS

**NOTA DE DÉBITO Nº**

194686-ND

**VALOR DE NOTA DE DÉBITO**

R\$ 15.704,73

**FORMA DE PAGAMENTO**

01/09/2020

## OUTRAS INFORMAÇÕES

Este(a) NOTA DE DÉBITO é relativa a RPS 194686 de 29/07/2020.



## RELATÓRIO DE DETALHES DO PEDIDO

Número do Pedido Enviado: 697869

Realizado em: 29/07/2020

Valor (R\$): 15.863,36

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\$): 15.863,36

Data de Crédito:

Quantidade de Beneficiários: 73

Data de Entrega: 31/07/2020

CPF	MATRÍCULA	BENEFICIÁRIO	DEPARTAMENTO	DIAS ÚTEIS	VALOR DIA	VALOR MÊS	VALOR DO BENEFÍCIO
165.475.958-97	16547595897	ADRIANA A C AUGUSTO	AHBB PENAPOLIS				R\$ 199,36
320.647.658-59	32064765859	ADRIANA CORREIA DE SOUZA	AHBB PENAPOLIS				R\$ 199,36
382.607.718-02	38260771802	ALAN L FLOZANO	AHBB PENAPOLIS				R\$ 299,04
344.289.598-77	34428959877	ALESSANDRA ALVES SILVA	AHBB PENAPOLIS				R\$ 185,12
315.338.678-10	31533867810	ALEXANDRE DUMAS SILVA	AHBB PENAPOLIS				R\$ 185,12
173.992.648-05	17399264805	ALEXANDRE TEIXEIRA SILVA	AHBB PENAPOLIS				R\$ 199,36
339.645.428-65	33964542865	AMANDA C DA SILVA GOVEA	AHBB PENAPOLIS				R\$ 185,12
270.848.198-35	27084819835	ANA PAULA FERREIRA	AHBB PENAPOLIS				R\$ 185,12
333.680.898-70	33368089870	ANDERSON CARRIJO COSTA	AHBB PENAPOLIS				R\$ 299,04
052.195.065-10	5219506510	BEATRIZ SANTOS RAMOS	AHBB PENAPOLIS				R\$ 185,12
465.946.288-95	46594628895	BIANCA KLEM RODRIGUES	AHBB PENAPOLIS				R\$ 199,36
305.891.928-09	30589192809	DANIELA PEREIRA BRANDAO	AHBB PENAPOLIS				R\$ 185,12
356.904.348-76	35690434876	DANIELE L G DUMAS	AHBB PENAPOLIS				R\$ 199,36
299.603.258-65	29960325865	DANIELE P P SANTOS	AHBB PENAPOLIS				R\$ 199,36
355.521.228-10	35552122810	DANILO AD ZANETTE	AHBB PENAPOLIS				R\$ 299,04
450.067.918-96	45006791896	DEBORA MATEUS CAETANO	AHBB PENAPOLIS				R\$ 199,36
145.695.208-04	14569520804	DELMA AP SILVA SPONTON	AHBB PENAPOLIS				R\$ 199,36
164.731.298-12	16473129812	DEYSE D A B PIRES	AHBB PENAPOLIS				R\$ 185,12

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
 FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
 PREFEITURA MUNICIPAL DE PENAPOLIS  
 HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

Unidade de Entrega: AHBB SEDE

Valor dos Benefícios (R\$): 15.863,36

Data de Crédito:

Quantidade de Beneficiários: 73

Data de Entrega: 31/07/2020

CPF	MATRÍCULA	BENEFICIÁRIO	DEPARTAMENTO	DIAS ÚTEIS	VALOR DIA	VALOR MÊS	VALOR DO BENEFÍCIO
414.392.318-18	41439231818	DIEGO APARECIDO OLIVEIRA	AHBB PENAPOLIS				R\$ 185,12
345.371.768-65	34537176865	DIEGO CORASSA PASSARINE	AHBB PENAPOLIS				R\$ 185,12
363.241.858-69	36324185869	EDUARDA CARDOSO DA SILVA	AHBB PENAPOLIS				R\$ 199,36
158.075.048-60	15807504860	ELAINE BATISTA PEREIRA	AHBB PENAPOLIS				R\$ 185,12
384.612.758-29	38461275829	ELAINE JAQUELINE G LIMA	AHBB PENAPOLIS				R\$ 199,36
332.576.848-27	33257684827	ELIANA PEREIRA GOMES	AHBB PENAPOLIS				R\$ 185,12
136.620.388-70	13662038870	EVA OLIVEIRA DE MENEZES	AHBB PENAPOLIS				R\$ 199,36
345.321.208-88	34532120888	EVELYN R P NOVAIS	AHBB PENAPOLIS				R\$ 199,36
290.661.488-29	29066148829	FERNANDA DE PAULA PERES	AHBB PENAPOLIS				R\$ 199,36
326.326.298-02	32632629802	FERNANDA F M MATOS	AHBB PENAPOLIS				R\$ 299,04
279.862.908-03	27986290803	FERNANDA S ROBERTO NEVES	AHBB PENAPOLIS				R\$ 185,12
257.712.918-11	25771291811	FERNANDO R LIMA RIBEIRO	AHBB PENAPOLIS				R\$ 185,12
432.420.778-06	43242077806	HEIDY CAROLINE P SILVA	AHBB PENAPOLIS				R\$ 199,36
470.224.598-86	47022459886	ISADORA MARIA B MALHEIRO	AHBB PENAPOLIS				R\$ 199,36
095.700.628-43	9570062843	IVANI AP DA SILVA LOPES	AHBB PENAPOLIS				R\$ 199,36
204.068.268-62	20406826862	JEANE MARIA DOS REIS	AHBB PENAPOLIS				R\$ 199,36
104.382.288-71	10438228871	JOAO DARCLINO	AHBB PENAPOLIS				R\$ 199,36
479.999.438-78	47999943878	JULIA DA SILVA PAULA	AHBB PENAPOLIS				R\$ 199,36
340.002.278-07	34000227807	KEROLAYNE P T SANTANA	AHBB PENAPOLIS				R\$ 199,36
350.422.458-47	35042245847	KESSIA DA SILVA CALDEIRA	AHBB PENAPOLIS				R\$ 199,36
383.608.588-70	38360858870	LEIDIANE LIMA DA SILVA	AHBB PENAPOLIS				R\$ 185,12
134.443.908-07	13444390807	LEILA M B I OLIVEIR	AHBB PENAPOLIS				R\$ 185,12
318.625.058-70	31862505870	LEIZE G B CLABUCHAR	AHBB PENAPOLIS				R\$ 299,04
391.926.408-85	39192640885	LETICIA DA SILVA FABIANO	AHBB PENAPOLIS				R\$ 199,36
256.579.008-20	25657900820	LETICIA FERNANDES SOUZA	AHBB PENAPOLIS				R\$ 284,80

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
 FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
 PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
 HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

Unidade de Entrega: AHBB SEDE

Valor dos Benefícios (R\$): 15.863,36

Data de Crédito:

Quantidade de Beneficiários: 73

Data de Entrega: 31/07/2020

CPF	MATRÍCULA	BENEFICIÁRIO	DEPARTAMENTO	DIAS ÚTEIS	VALOR DIA	VALOR MÊS	VALOR DO BENEFÍCIO
267.466.928-41	26746692841	LIANE CRISTINA DE SOUZA	AHBB PENAPOLIS				R\$ 199,36
357.402.528-90	35740252890	LUCIMARA C EVANGELISTA	AHBB PENAPOLIS				R\$ 299,04
224.433.618-29	22443361829	MANOEL ALEXANDRE SILVA	AHBB PENAPOLIS				R\$ 185,12
013.117.692-77	1311769277	MANOEL OLIVEIRA DE SOUZA	AHBB PENAPOLIS				R\$ 199,36
338.743.238-03	33874323803	MARCELO R S GALVAO	AHBB PENAPOLIS				R\$ 370,24
434.658.048-30	43465804830	MARCIA DOURADO MEIRA	AHBB PENAPOLIS				R\$ 199,36
224.126.848-80	22412684880	MARCIO ROBERTO GOMES	AHBB PENAPOLIS				R\$ 199,36
095.648.308-93	9564830893	MARIA CRISTINA DE AGUIAR	AHBB PENAPOLIS				R\$ 185,12
107.312.488-64	10731248864	MARIA SIMON V GIANOTTI	AHBB PENAPOLIS				R\$ 185,12
426.458.498-14	42645849814	MILENA MARIA PENCO CAPUA	AHBB PENAPOLIS				R\$ 299,04
475.957.638-00	47595763800	MIRIAN AP M REIS CALLES	AHBB PENAPOLIS				R\$ 199,36
363.335.358-50	36333535850	MIRIAN JULIANE DA SILVA	AHBB PENAPOLIS				R\$ 384,48
404.007.928-00	40400792800	NATALIA A T T	AHBB PENAPOLIS				R\$ 398,72
083.248.858-54	8324885854	OLAIR AMORIM CLEMENTE	AHBB PENAPOLIS				R\$ 441,44
302.916.838-78	30291683878	PATRICIA A SANTOS	AHBB PENAPOLIS				R\$ 185,12
263.939.148-82	26393914882	PAULO HENRIQUE	AHBB PENAPOLIS				R\$ 185,12
057.709.998-10	5770999810	PENHA C DANTAS RIBAS	AHBB PENAPOLIS				R\$ 199,36
515.632.518-17	51563251817	RAFAELA C G MACHADO	AHBB PENAPOLIS				R\$ 199,36
302.528.948-12	30252894812	ROSELI PEREIRA	AHBB PENAPOLIS				R\$ 299,04
351.389.678-60	35138967860	ROSIANE DE SOUZA SOARES	AHBB PENAPOLIS				R\$ 185,12
095.696.518-06	9569651806	ROZINEI MECHON NUNES	AHBB PENAPOLIS				R\$ 185,12
282.500.408-13	28250040813	SANDRA MIOTTI FAUSTINO	AHBB PENAPOLIS				R\$ 185,12
286.367.568-04	28636756804	SILENE RODRIGUES LARA	AHBB PENAPOLIS				R\$ 185,12
077.945.868-01	7794586801	SILVIA A OLIVEIRA	AHBB PENAPOLIS				R\$ 199,36
148.829.508-55	14882950855	SILVIA ANDREA R DE LIMA	AHBB PENAPOLIS				R\$ 199,36

 CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
 FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
 PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
 HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

Unidade de Entrega: AHBB SEDE

Valor dos Benefícios (R\$): 15.863,36

Data de Crédito:

Quantidade de Beneficiários: 73

Data de Entrega: 31/07/2020

CPF	MATRÍCULA	BENEFICIÁRIO	DEPARTAMENTO	DIAS ÚTEIS	VALOR DIA	VALOR MÊS	VALOR DO BENEFÍCIO
321.401.358-06	32140135806	SIMONE R CARIS OLIVEIRA	AHBB PENAPOLIS				R\$ 199,36
454.080.478-22	45408047822	STEFANY CORREIA MARTINS	AHBB PENAPOLIS				R\$ 185,12
296.718.238-90	29671823890	TATIANA SOARES	AHBB PENAPOLIS				R\$ 199,36
413.488.648-18	41348864818	THAWANY YURI KAWAMURA	AHBB PENAPOLIS				R\$ 199,36
430.662.718-70	43066271870	YASMIN MARISSOL ZANON	AHBB PENAPOLIS				R\$ 185,12

Contrato: 2004030057121

UNIDADE DE ENTREGA	DEPARTAMENTO	DATA DE CRÉDITO	DATA DE ENTREGA	QUANTIDADE BENEFICIÁRIOS	VALOR DO BENEFÍCIO
AHBB SEDE	AHBB PENAPOLIS		31/07/2020	73	R\$ 15.863,36
				<b>TOTAL BENEFÍCIOS</b>	<b>R\$ 15.863,36</b>

TAXA	VALOR	BASE	SUB TOTAL
TAXA DE ADMINISTRACAO TRE (NEGATIVA)	R\$ -158,63	1	-R\$ 158,63
<b>TOTAL DE TAXAS DO PRODUTO</b>			<b>-R\$ 158,63</b>
<b>RESUMO DO PRODUTO</b>			<b>SUB TOTAL</b>
Total de Benefícios			R\$ 15.863,36
Taxas			-R\$ 158,63
<b>TOTAL</b>			<b>R\$ 15.704,73</b>

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
 FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
 PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
 HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

04/10/2020 - BANCO DO BRASIL - 16:22:09  
306203062 0010

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL  
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.311-1

=====

BANCO BRADESCO S.A.

23790026099021900021402039379207683650000398550

BENEFICIARIO:  
WHITE MARTINS GASES INDUSTRIAIS LTD  
NOME FANTASIA:  
WHITE MARTINS  
CNPJ: 35.820.448/0001-36  
PAGADOR:  
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE D  
CNPJ: 45.349.461/0001-02

=====

NR. DOCUMENTO	90.103
DATA DE VENCIMENTO	01/09/2020
DATA DO PAGAMENTO	01/09/2020
VALOR DO DOCUMENTO	3.985,50
DESCONTO/ABATIMENTO	2,50
VALOR COBRADO	3.983,00

=====

NR.AUTENTICACAO 8.22C.263.911.68F.661

=====

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 CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

DATA RECEBIMENTO

IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEIDOR



White Martins Gases Industriais Ltda

RUA JOAO COSTA MARTIN  
DISTRITO INDUSTRIAL BAURU  
08007099000  
CEP: 17034-480

UF: SP

**DANFE**  
Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica  
0 - ENTRADA  
1 - SAÍDA  
Nº 22789  
SÉRIE 118  
FOLHA 1 / 1



CHAVE DE ACESSO  
3520 0835 8204 4800 9516 5511 8000 0227 8918 0072 9071

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  
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 209072186110  
INSCRIÇÃO ESTADUAL SIMPLIFICADA: 35.820.448/0095-16  
CNPJ: 135200675396366  
DATA DE EMISSÃO: 07/08/2020

DESTINATÁRIO REMETENTE: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA  
ENDEREÇO: AVENIDA LEANDRO RATISSONA DE MEDEIROS  
CNPJ: 880  
Nº: 45.349.461/0001-02  
COMPLEMENTO: FONTEA  
143525198  
CNPJ: 16303-106  
RUBRICA: CHACARA PALESTINA  
DATA DE ENTRADA EM VIGÊNCIA: 07/08/2020  
HORA DE SAÍDA: 17:10:36

FATURA DUPLICATA	NÚMERO	VENCIMENTO	VALOR	NÚMERO	VENCIMENTO	VALOR	NÚMERO	VENCIMENTO	VALOR
22789	04/09/2020	3.633,00							

CÁLCULO IMPOSTO	VALOR DO FRETE	VALOR DO ICMS	VALOR DO IPI	VALOR DO PIS/PASEP	VALOR DO COFINS	VALOR DO CSOS	VALOR DO PIS/PASEP	VALOR DO COFINS	VALOR DO CSOS
	3.633,00	0,00	653,94	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

RAZÃO SOCIAL: Rodoviário Morada do Sol Ltda  
ENDEREÇO: AV MARGINAL ENG CAMILO DINUCCI 2885  
MUNICÍPIO: ARARAQUARA  
UF: SP  
CNPJ: 43.954.460/0001-61  
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 181009982111

TRANSPORTADOR	RAZÃO SOCIAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL	CNPJ	UF	VALOR DO FRETE	VALOR DO ICMS	VALOR DO IPI	VALOR DO PIS/PASEP	VALOR DO COFINS	VALOR DO CSOS
	1038				0,00	653,94	0,00	0,00	0,00	0,00

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇOS	CDOS PROD	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS	NCM/SH	C.T. OP	UN	QTD	V. UNID.	V. TOTAL	ICMS	ICMS ST	V. ICMS ST	V. IPI	ALÍQUOTAS IPI
	40018291	Oxigenio Liquido Caminh Tanque	28044000	000	5104	M3	1038,00000	3.633,00	3.633,00		653,94		18,00

CÁLCULO	INSCRIÇÃO MUNICIPAL	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS	RESERVAÇÃO AO FISCO
19138				

DADOS ADICIONAIS: INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES  
COND. PAGO: 2800CR 28 DDL 04/09/2020 NCM PARC: 1 ENTRADA 0,00 FILIAL/FABRICA: RBA460 COD DOC: SOAVT VEICULO: 9008 ROTA: 9008 VIAGEM: 89627 Venda de merc. fora do estabelecimento. NF de Remessa nº: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ nos termos do Art. 434, Dec. 45.490/2000-RICMS/SP Emissão Autorizada pela Portaria CAT nº: 32/96, art. 34. Item: 40018291 Loc: 1146020219000148 pol final 120 pol

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

04/10/2020 - BANCO DO BRASIL - 16:22:09  
306203062 0010

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL  
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.311-1

-----  
BANCO BRADESCO S.A.  
-----

23790026099022400017582039379209983680000363550

BENEFICIARIO:  
WHITE MARTINS GASES INDUSTRIAIS LTD  
NOME FANTASIA:  
WHITE MARTINS  
CNPJ: 35.820.448/0001-36

PAGADOR:  
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE D  
CNPJ: 45.349.461/0001-02

-----  
NR. DOCUMENTO 90.104  
DATA DE VENCIMENTO 04/09/2020  
DATA DO PAGAMENTO 01/09/2020  
VALOR DO DOCUMENTO 3.635,50  
VALOR COBRADO 3.635,50  
-----

NR.AUTENTICACAO E.394.995.12B.583.8CC  
-----

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 CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

LV

NFE Nº 22774 SÉRIE 118  
RECEBIMOS DE White Martins Gases Industriais Ltda. OS PRODUTOS E/OU SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA ELETRÔNICA INDICADA ABAIXO.  
RECEBIMOS DE White Martins Gases Industriais Ltda. OS PRODUTOS E/OU SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA ELETRÔNICA INDICADA ABAIXO.  
RECEBIMOS DE White Martins Gases Industriais Ltda. OS PRODUTOS E/OU SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA ELETRÔNICA INDICADA ABAIXO.

**White Martins Gases Industriais Ltda**  
**WHITE MARTINS** RUA JOAO COSTA MARTIN 165  
 DISTRITO INDUSTRIAL BAURU UF: SP  
 08007099000 CEP: 17034-480

**DANFE**  
 Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica  
 0 - ENTRADA 1 - SAIDA 1  
 Nº 22774 SÉRIE 118 FOLHA 1 / 1

CHAVE DE ACESSO: 3520 0835 8204 4800 9516 5511 8000 0227 7418 0024 1505  
 Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora

PROTÓCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO: 135200659698770 04/08/2020 10:53:09-03:00  
 CNPJ: 35.820.448/0095-16

**VENDA**  
 INSCRIÇÃO ESTADUAL: 209072186110 INSCRIÇÃO ESTADUAL SUBST. TRIBUTÁRIA: 880

**ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA**  
 ENDEREÇO: AVENIDA LEANDRO RATISBONA DE MEDEIROS Nº 880  
 CPLEMENTO: CHACARA PALESTINA  
 PENÁPOLIS SP CEP: 16303-106

DATA DE EMISSÃO: 04/08/2020  
 DATA DE ENTRADA SAÍDA: 04/08/2020  
 HORARIO SAÍDA: 10:52:36

NUMERO	VENCIMENTO	VALOR	NUMERO	VENCIMENTO	VALOR	NUMERO	VENCIMENTO	VALOR	NUMERO	VENCIMENTO	VALOR
001	01/09/2020	3.983,00									

BASE DE CÁLCULO DO ICMST: 3.983,00 VALOR DO ICMST: 716,94  
 VALOR DO ICMST: 0,00 VALOR DO ICMST: 0,00  
 VALOR DO ICMST: 0,00 VALOR DO ICMST: 0,00

BASE DE CÁLCULO DO ICMS DE SUBSTITUIÇÃO: 0,00 VALOR DO ICMS DE SUBSTITUIÇÃO: 0,00  
 VALOR DO ICMS DE SUBSTITUIÇÃO: 0,00 VALOR DO ICMS DE SUBSTITUIÇÃO: 0,00

VALOR TOTAL DOS PRODUTOS: 3.983,00  
 VALOR TOTAL DA NOTA: 3.983,00

**Rodoviário Morada do Sol Ltda**  
 AV MARGINAL ENG CAMILO DINUCCI 2885  
 ARARAQUARA SP CEP: 13100-982

PREÇO POR QUANTIDADE: 0 - Remetente  
 VALOR UNITÁRIO: 43.954,460/0001-61  
 INSCRIÇÃO ESTADUAL: 181009982111

QUANTIDADE: 1138 ESPECIE: GRANEL MARCA: WM NUMERAÇÃO: 1502,160 RESULTADO: 1.502,160

QTD	V. UNIT.	V. TOTAL	ICMS	ICMS ST	V. ICMS	V. ICMS ST	V. IPI	ALÍQUOTA AN. ICMST	V. IPI
1138	3,500	3.983,00	3,983,00		716,94		18,00	0,00	

INSCRIÇÃO MUNICIPAL: 19138 VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS: VALOR DO ICMS: VALOR DO ICMST

INFORMAÇÕES ADICIONAIS: COND. PAGTO: 280/CR 28 DDL 01/09/2020 NUM. PARC.: 1 ENTRADA: 0.00 FILIAL/FABRICA: RBA460 COD. DOC: 50-VT VEICULO: 9008 ROTA: 9008 VIAGEM: 87224 Venda de merc. fora do estab. conf. NF de Remessa nº. / de / , nos termos do Art. 434, Dec. 45.490/2000-RICMS/SP-Emissão Autorizada pela Portaria CAT nº. 32/96, art. 34. Item: 40018291 Lote: 1146020216001 JH1 pol final 120 pol

RESERVADO SE FISCOS

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
 FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
 PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
 HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

01/09



04/10/2020 - BANCO DO BRASIL - 16:22:09  
306203062 0019

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL  
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.311-1

=====

00190000090171153600100833473176183680000597000

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	90.105
NOSSO NUMERO	17115360000833473
CONVENIO	01711536
DATA DE VENCIMENTO	04/09/2020
DATA DO PAGAMENTO	01/09/2020
VALOR DO DOCUMENTO	5.970,00
VALOR COBRADO	5.970,00

=====

NR.AUTENTICACAO	0.EB4.F01.F96.8B6.447
-----------------	-----------------------

=====

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 CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

Identificação do emitente



COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA  
 PC: EMILIO MARCONATO 1000 - NUCLEO RESIDENCIAL DOUTOR JOAO ALDO NASSIF -  
 JACUARIUNA - SP  
 CEP: 13916-74 - 19352286-0

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA  
NOTA FISCAL ELETRONICA0 - ENTRADA  
1 - SAÍDA

1

Nº 1332227 FL 1/1  
SÉRIE 1

CHAVE DE ACESSO

3520 0867 7291 7800 0491 5500 1001 3322 2713 5809 7180

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

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

135200675929013 07/08/2020 20:42:35

NATUREZA DA OPERAÇÃO

VENDA DENTRO ESTADO

INSCRIÇÃO ESTADUAL  
395060142110

INSCR EST SUBS TRIBUTARIO

CNPJ  
67.729.178/0004-91

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ / CPF

45.349.461/0001-02

DATA DA EMISSÃO

07/08/2020

ENDEREÇO

AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303

BAIRRO / DISTRITO

JARDIM ARIANO

CEP

16400-400

DATA DA ENTRADA/SAÍDA

07/08/2020

MUNICÍPIO

LINS

FONE / FAX

1836591243

UF

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DE SAÍDA

FATURA/DUPLICATA

FA FURA/DUPLIC	VENCIMENTO	VALOR	FA FURA/DUPLIC	VENCIMENTO	VALOR	FA FURA/DUPLIC	VENCIMENTO	VALOR
1332227/1	04/09/2020	5.970,00						

CALCULO DO IMPOSTO

BASE DE CALCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CALCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUTO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS	
5.970,00	716,40	0,00	0,00	5.970,00	
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	5.970,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL

NIKKEY RIO PRETO LOG. E TRANSP.

FRETE POR CONTA

0 - Por conta do emitente

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ

15.066.184/0001-60

ENDEREÇO

R MARIA CERON VOLPE 2260

MUNICÍPIO

SAO JOSE DO RIO PRETO

UF

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

647598751114

QUANTIDADE

1,00

ESPÉCIE

VOLUME(S)

MARCA

NÚMERO

0,00011

PESO BRUTO

5,367

PESO LÍQUIDO

5,367

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CODIGO	DESCRIÇÃO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / SH	CST	CFOP	UN	QUANT.	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL	B.CALC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTAS ICMS	ALÍQUOTAS IPI
021057	MIDAZOLAM 50MG (HIPOLABOR) (ITEM GENERICO) L- AP -265/20 Q- 300.0000 F: 27/07/20 V: 30/06/2022 *** Portaria 344/ 98 B1, nFCI 6C7DE18F-3E75-48C4-B58A-E54E06657602	30049099	500	5102	AP	300,00	19,90	5.970,00	5.970,00	716,40	0,00	12,00	0,00

CALCULO DO ISSQN

INSCRIÇÃO MUNICIPAL

550516029

VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS

0,00

BASE DE CALCULO DO ISSQN

0,00

VALOR DO ISSQN

0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

LOCAL DE ENTREGA: 46374500001328-AVENIDA EURICO GASPAR DUTRA 620 Bairro/Distrito: CENTRO Município: PROMISSAO CEP: 16370000 UF: SP País: BRASIL. PREZADO CLIENTE, FAVOR CONFERIR NO ATO DA ENTREGA - NAO ACEITAREMOS RECLAMACOES APOS 48h DO RECEBIMENTO DATA ENTREGA: 10/08/2020 Pedido: 1689811 Autorizacao de Compra(Pedido Cliente): 1689811 \*\*\* 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: 104397-7 \*\* AE: 122375-2 \*\* ASS: 1302/16 Validade: 23/01/2021 MODAL: RODOVIARIO / TIPO ENTREGA: EXPRESSA LOCAL DE ENTREGA: Endereço: AVENIDA EURICO GASPAR DUTRA 620 Bairro/Distrito: CENTRO Município: PROMISSAO CEP: 16370000 UF: SP País: BRASIL.(Código Interno Emitente: 4768 Nome Fantasia: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL) LOCAL DE ENTREGA: AVENIDA EURICO GASPAR DUTRA 620 Bairro/Distrito: CENTRO Município: PROMISSAO UF: SP País: BRASIL

RESERVADO AO FISCO

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
 FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
 PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
 HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

04/10/2020 - BANCO DO BRASIL - 16:22:09  
306203062 0016

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL  
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.311-1

=====

03399484570130000094806423701041983670000246939

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	90.106
DATA DE VENCIMENTO	03/09/2020
DATA DO PAGAMENTO	01/09/2020
VALOR DO DOCUMENTO	2.469,39
VALOR COBRADO	2.469,39

-----

NR.AUTENTICACAO	0.203.C7E.117.F7B.613
-----------------	-----------------------

-----

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 CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19



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

Avenida Tower Automotiva - Gaipao 26,  
300 - Laranjeira Azeda - ARUJA, SP,  
CEP:07430350, Fone:0000-0000-0000

**DANFE**

DOCUMENTO AUXILIAR  
DA NOTA FISCAL  
ELETRÔNICA



0-ENTRADA 1  
1-SAIDA 1

CHAVE DE ACESSO  
3520 0811 2060 9900 0441 5500 1000 1059 4610 0113 8859

Nº 105946  
SERIE 1  
FOLHA 1/2

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

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

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO  
135200670807851 08/08/2020 16:33:24

INSCRIÇÃO ESTADUAL  
188.070.970.117

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO

CNPJ  
11.206.099/0004-41

DESTINATÁRIO / REMETENTE

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

CNPJ/CPF  
45.349.461/0001-02

DATA DA EMISSÃO  
06/08/2020

ENDEREÇO  
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03

BAIRRO/DISTRITO  
JARDIM ARIANO

CEP  
18400-400

DATA ENTRADA/SAÍDA

10 AGO 2020

MUNICÍPIO  
LINS

FONE/FAX  
1435325198

UF  
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA

FATURA / DUPLICATA

001 03/09/2020 2.469,39

**CÁLCULO DO IMPOSTO**

BASE DE CÁLCULO DO ICMS 2.469,39	VALOR DO ICMS 419,67	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST 0,00	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO 0,00	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 2.469,39
VALOR DO FRETE 0,00	VALOR DO SEGURO 0,00	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS 0,00	VALOR TOTAL DO IPI 0,00
				VALOR TOTAL DA NOTA 2.469,39

**TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS**

NOME / RAZÃO SOCIAL  
ATIVA DISTRIBUICAO E LOGISTICA LTDA

FRETE POR CONTA  
0 - DO EMITENTE

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ/CPF  
01125797000701

ENDEREÇO  
RUA SALVADOR RODRIGUES PRADO, 200

MUNICÍPIO  
SAO PAULO

UF  
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL  
149529966118

QUANTIDADE

ESPECIE

CAIXA

MARCA

NÚMERO

PESO BRUTO

33,12

PESO LÍQUIDO

33,12

**DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS**

CODIGO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UND	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL ICMS	AL IPI
5584	AC. TRANEXAMICO (TRANSAMIN) 5AMP 5ML-NIKKHO LT 1119.016 (8) 11/2021 (Fornecedor: 2611, Lote: 1119.016, Qtde: 8, Data Fab: 07/11/- 2019, Data Val: 01/11/2021)	30039099	500	5102	CX	40 8	18,4763	147,81	147,81	26,61		18,00	
10866	AGUA P/ INJECAO 200AMP 10ML PL-FARMACE LT 20D8428C (8) 04/2022 (Fornecedor: 2385, Lote: 20D8428C, Qtde: 8, Data Fab: 01/04/- 2020, Data Val: 30/04/2022)	30039099	000	5102	CX	1.60 8	62,6463	501,17	501,17	90,21		18,00	
7142	AMICACINA 500MG 2ML 50AMP GEN-TEUTO LT 90- 70092 (1) 12/2021 (Fornecedor: 258, Lote: 9070092, Qtde: 1, Data Fab: 01/12/2019, Data Val: 31/12/2021)	30049099	000	5102	CX	50 1	131,8700	131,87	131,87	15,82		12,00	
23399	CLARITROMICINA 500MG 10CP REV.- GEN-EMS LT 116717 (2) 10/2021 \ LT 185273 (4) 05/2022 (Fornecedor: 335, Lote: 11671- 7, Qtde: 2, Data Fab: 15/10/2019, Data Val: 15/10/2021 / Fornecedor: 335, Lote: 185273, Qtde: 4, Data Fab: 01/05/2020, Da- ta Val: 31/05/2022)	30042029	000	5102	CX	60 6	29,8100	178,86	178,86	21,46		12,00	

**DADOS ADICIONAIS**

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

#R2V1R3V9r1N2V11R

Pedido: 106265

End. Entrega: AV GENERAL BURICO G. DUTRA, 620, CENTRO - 16370-000, PROMISSAO-SP -

Hospital: COMERCIAL

Empresa credenciada no Regime Especial de Distribuidor Hospitalar 036035/2018 nos  
termos da Portaria CAT 116/2017

Sector de Cobrança: (11) 4934-1669 / 4934-1673 / 4934-1671

QUALQUER INCONFORMIDADE NA ENTREGA, ENTRE IMEDIATAMENTE EM CONTATO COM NOSSO

PÓS-VENDAS NO NÚMERO (11) 4934-1703

Rota...: 3 Cubagem: 0,10

RESERVADO AO FISCO

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

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

**URGENTE  
PERECÍVEL**

OK  
48



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

Avenida Tower Automotivo - Galpao 28,  
300 - Laranja Azeda - ARUJA, SP,  
CEP:07430350, Fone:0000-0000-0000

**DANFE**  
DOCUMENTO AUXILIAR  
DA NOTA FISCAL  
ELETRÔNICA



0-ENTRADA 1  
1-SAIDA 1

CHAVE DE ACESSO  
135200670807851 06/08/2020 16:33:24

Nº 105946  
SERIE 1  
FOLHA 2/2

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

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

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO  
135200670807851 06/08/2020 16:33:24

INSCRIÇÃO ESTADUAL  
188.070.970.117

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO

CNPJ  
11.206.099/0004-41

**DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS**

CODIGO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UND.	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL ICMS	AL IPI
23293	DIPIRONA (SANTIDOR) 1G 10- OAMP 2ML 1M/IV-SANTISA LT 11511320 (6) 05/ 2022 (Fornecedor: 931, Lote: 11511320, Qtde: 6 ,Data Fab: 01/05/2020, Data Val: 01/05/2022)	30039099	000	5102	CX	600	6	58,2900	349,74	349,74	62,95	18,00	
9555	ESPIRONOLACTONA 25MG 30CP GEN-EMS LT 1K65- 79 (1) 10/2021 (Fornecedor: 1, Lote: 1K65- 79, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/10/2019, Data Val: 31/10/2021)	30043220	000	5102	CX	20	1	5,1500	5,15	5,15	0,62	12,00	
24022	GLILOCORT 500MG 50FAM-NOVAFARMA LT 78NI3356 (1) 09/2021 (Fornecedor: 1901, Lote: 78NI- 3356, Qtde: 1 ,Data Fab: 03/09/2019, Data Val: 03/09/2021)	30043210	000	5102	CX	50	1	268,5800	268,58	268,58	48,34	18,00	
13478	INSUNORM R 100UI 1FAM 10ML SC/IV-ASPEN PHARMA 2 A 8 LT BF19006739 (10) 01/2022 (Fornecedor: 58, Lote: BF19006739, Qtde: 10 ,Data Fab: 01/02/2020, Data Val: 31/01/ 2022)	30043100	300	5102	FR	10	10	20,8740	208,74	208,74	37,57	18,00	
28423	LEVOFLOXACINO 500MG 7CP REVEST. GEN-CIME LT 1922933 (9) 11/2021 (Fornecedor: 1666, Lote: 1922933, Qtde: 9 ,Data Fab: 19/11/2- 019, Data Val: 19/11/2021)	30049099	000	5102	CX	63	9	3,9200	35,28	35,28	4,23	12,00	
26732	LOZEPREL 20MG 56CAPS - MULTILAB LT 1G5561 (4) 07/2021 (Fornecedor: 2653, Lote: 1G55- 61, Qtde: 4 ,Data Fab: 01/08/2019, Data Val: 30/07/2021)	30049079	000	5102	CX	244	4	5,0800	20,32	20,32	3,86	18,00	
24930	SINVASTATINA 40MG 30CP GEN-CIMED LT 20044- 11 (2) 02/2022 (Fornecedor: 1666, Lote: 2004411, Qtde: 2 ,Data Fab: 27/02/2020, Data Val: 27/02/2022)	30039069	000	5102	CX	60	2	4,8250	9,65	9,65	1,16	12,00	
12359	VANCOMICINA (NOVAMICIN) 500MG 50FAM-NOVA- FARMA LT 78PB0614 (2) 02/2022 (Fornecedor: 1901, Lote: 78PB0614, Qtde: 2 ,Data Fab: 01/02/2020, Data Val: 28/02/2022)	30042071	000	5102	CX	100	2	279,7100	559,42	559,42	100,70	18,00	
15689	NISTATINA CR VAG 60G+14APL GEN-PRATI DON LT 19K897 (10) 11/2021 (Fornecedor: 9706, Lote: 19K897, Qtde: 10 ,Data Fab: 01/11/2- 019, Data Val: 30/11/2021)	30042099	000	5102	FR	10	10	5,2800	52,80	52,80	6,34	12,00	

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENAPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

04/10/2020 - BANCO DO BRASIL - 16:22:09  
306203062 0016

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL  
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.311-1

=====

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

=====

03399484570130000094806425301048283670000249130

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	90.107
DATA DE VENCIMENTO	03/09/2020
DATA DO PAGAMENTO	01/09/2020
VALOR DO DOCUMENTO	2.491,30
VALOR COBRADO	2.491,30

=====

NR.AUTENTICACAO F.F49.EF4.286.E1A.DFE

=====

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 CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19



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

Rua Projetada, s/n, Itaim - CAMBUI, MG, CEP:37600000, Fone:0000-0000-0000

**DANFE**  
DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA



0-ENTRADA 1  
1-SAIDA

CHAVE DE ACESSO  
**3120 0811 2060 9900 0107 5500 1000 4593 7710 0110 2264**

Nº 459377  
SERIE 1  
FOLHA 1/1

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO: Venda a nao contribuinte  
PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO: 131203774034724 06/08/2020 12:34:25

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

DESTINATÁRIO / REMETENTE: ASSOC. HOSP. BENEFICENTE DO BRASIL (3467)  
NOME / RAZÃO SOCIAL: ASSOC. HOSP. BENEFICENTE DO BRASIL (3467)  
CNPJ/CPF: 45.349.461/0001-02  
DATA DA EMISSÃO: 06/08/2020

ENDEREÇO: AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03  
BAIRRO/DISTRITO: JARDIM ARIANO  
CEP: 16400-400  
DATA ENTRADA SAIDA: 06 AGO. 2020

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

FATURA / DUPLICATA	
001	03/09/2020 2.491,30

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	
2.491,30	294,45	0,00	0,00	2.491,30	
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	2.491,30

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

QUANTIDADE	ESPECIE	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
2	CAIXA			3,90	3,90

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
28947	UNIPRAZOL 40MG 50PAM+DIL-U.QUIMICA LT 201-6574 (2)03/22 (Fornecedor: 1390, Lote: 20-16574, Qtde: 2 ,Data Fab: 01/03/2020, Data Val: 31/03/2022)	30049069	000	6108	CX	100	2	1.212,9600	2.425,92	2.425,92	291,11	12,00	
26794	PREDNISONA 20MG 20CP GEN-VITAMEDIC LT 519-39 (2)12/21 (Fornecedor: 961, Lote: 51939, Qtde: 2 ,Data Fab: 01/12/2019, Data Val: 30/12/2021)	30043210	000	6108	CX	40	2	4,5100	9,02	9,02	1,08	12,00	
29064	CANULA DE GUEDEL N.4 PC-VITALGOLD LT 19167 (2)06/24 (Fornecedor: 142, Lote: 19167, Qtde: 2 ,Data Fab: 01/06/2019, Data Val: 30/06/2024)	90183929	200	6108	UND		2	2,3200	4,64	4,64	0,19	4,00	
29065	CANULA DE GUEDEL N.5 PC-VITALGOLD LT 19168 (2)06/24 (Fornecedor: 142, Lote: 19168, Qtde: 2 ,Data Fab: 01/06/2019, Data Val: 30/06/2024)	90183929	200	6108	UND		2	2,3200	4,64	4,64	0,19	4,00	
28220	TERMOMETRO CLINICO DIGIT. BCO HC070-MULTI-LASER LT HHU09 (4)04/23 (Fornecedor: 1, Lote: HHU09, Qtde: 4 ,Data Fab: 27/07/202-0, Data Val: 01/04/2023)	90251990	200	6108	UND		4	11,7700	47,08	47,08	1,88	4,00	

**DADOS ADICIONAIS**

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES  
COVID# R 43 B 5  
ITENS 3 a 5 Alíquota para produtos importados (Resolução 13/2012 do Senado Federal. Emenda Constitucional 87 de 2015:  
Valor da partilha para UF de Destino: R\$ 153,99  
Pedido: 427513  
End. Entrega: AV GENERAL EURICO G.DUTRA, 620 , CENTRO - 16370-000, PROMISSAO-SP - Horário : COMERCIAL  
Empresa Enquadrada como Dist. Hospitalar nos termos do Inc. XVII do art. 222 do RICMS/MG  
Setor de Cobrança: (11)4934-1669 / 4934-1673 / 4934-1671  
QUALQUER INCONFORMIDADE NA ENTREGA, ENTRE IMEDIATAMENTE EM CONTATO COM NOSSO PÓS-VENDAS NO NÚMERO (11) 4934-1703  
Rota....: 3 Cubagem: 0,01

RESERVADO AO FISCO

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

Mercadorias avariadas, ou faltas serão repostas se forem relacionadas no conhecimento de transportes.

111

04/10/2020 - BANCO DO BRASIL - 16:22:09  
306203062 0015

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL  
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.311-1

=====

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

=====

03399484570130000094806424501044583670000446348

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 90.108

DATA DE VENCIMENTO 03/09/2020

DATA DO PAGAMENTO 01/09/2020

VALOR DO DOCUMENTO 4.463,48

VALOR COBRADO 4.463,48

=====

NR.AUTENTICACAO 9.245.FD4.15C.6EC.B9E

=====

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 CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19





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

Avenida Tower Automotive - Galpao 26,  
300 - Laranja Azeda - ARUJA, SP,  
CEP:07430350, Fone:0000-0000-0000

**DANFE**

DOCUMENTO AUXILIAR  
DA NOTA FISCAL  
ELETRÔNICA

0-ENTRADA  
1-SAIDA 1

Nº 105947  
SERIE 1  
FOLHA 1/3



CHAVE DE ACESSO  
**35200811 2060 9900 0441 5500 1000 1059 4710 0036 5891**

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

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

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO  
**135200670807857 06/08/2020 16:33:24**

INSCRIÇÃO ESTADUAL  
188.070.970.117

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO

CNPJ  
11.206.099/0004-41

**DESTINATÁRIO / REMETENTE**

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

CNPJ/CPF  
45.349.461/0001-02

DATA DA EMISSÃO  
06/08/2020

ENDEREÇO  
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03

BAIRRO/DISTRITO  
JARDIM ARIANO

CEP  
16400-400

DATA ENTRADA/SAÍDA  
06 AGO 2020

MUNICÍPIO  
LINS

FONE/FAX  
1435325198

UF  
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA

**FATURA / DUPLICATA**

001 03/09/2020 4.463,48

**CÁLCULO DO IMPOSTO**

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
3.616,98	537,10	0,00	0,00	4.463,48
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI
0,00	0,00		0,00	0,00
				VALOR TOTAL DA NOTA
				4.463,48

**TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS**

NOME / RAZÃO SOCIAL  
ATIVA DISTRIBUICAO E LOGISTICA LTDA

FRETE POR CONTA  
0 - DO EMITENTE

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ/CPF  
01125797000701

ENDEREÇO  
RUA SALVADOR RODRIGUES PRADO, 200

MUNICÍPIO  
SAO PAULO

UF  
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL  
149529966118

QUANTIDADE

ESPÉCIE

CAIXA

MARCA

NÚMERO

PESO BRUTO

172,07

PESO LÍQUIDO

172,07

**DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS**

CODIGO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UND.	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL ICMS	AL IPI
21899	AG.DESC.40 X 12 C/100-SR LT 2645N4 (30) 06/2025 \ LT 2701N4 (10) 06/2025 (Fornecedor: 7737, Lote: 2645N4, Qtde: 30 ,Data Fab: 01/06/2020, Data Val: 30/06/2025 / Fornecedor: 7737, Lote: 2701N4, Qtde: 10 ,Data Fab: 01/06/2020, Data Val: 30/06/2025)	90183219	400	5102	CX	4.000 40	6,6823	267,29	267,29	32,07		12,00	
24435	AG.DESC.25 X 07 C/100-SR LT 433N4 (5) 01/-2025 (Fornecedor: 7737, Lote: 433N4, Qtde: 5 ,Data Fab: 28/01/2020, Data Val: 31/01/-2025)	90183219	400	5102	CX	500 5	5,7960	28,98	28,98	3,48		12,00	
13433	AG.DESC.30 X 08 C/100-SOLIDOR LT 56117121 (5) 12/2022 (Fornecedor: 953, Lote: 56117-121, Qtde: 5 ,Data Fab: 01/12/2017, Data Val: 31/12/2022)	90183219	200	5102	CX	500 5	6,1900	30,95	30,95	3,71		12,00	
21897	AG.DESC.13 X 4,5 C/100-SR LT 474N4 (30) 01/2025 (Fornecedor: 7737, Lote: 474N4, Qtde: 30 ,Data Fab: 31/01/2020, Data Val: 31/01/2025)	90183219	400	5102	CX	3.000 30	5,9130	177,39	177,39	21,29		12,00	

**DADOS ADICIONAIS**

**INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**

#R2V4R5V3011COVID  
 ITEM 3 Red.Aliq.ICMS 128 Conf.Item 21 Inc.1 Art.34 Lei 6374/89 - IPI Base de Calc. ted.a zero conf.Decr.2995 de 19/03/99.  
 ITEM 12 Isento ICMS conf. Convenio 126 de 24/09/2010  
 ITEM 9 Produto Isento de ICMS Conf.Conv.01/99.  
 ITEM 11 Imposto Recolhido por Substituicao Tributaria  
 ITEM 11 ICMS-ST retido por operação anterior base: 780,60 valor: 74,30 Pedido: 106268  
 End. Entrega: AV GENERAL EURICO G.DUTRA,620 , CENTRO - 16370-000, PROMISSAO-SP -  
 Horário : COMERCIAL  
 Empresa credenciada no Regime Especial de Distribuidor Hospitalar 036035/2018 nos termos da Portaria CAT 116/2017  
 Setor de Cobrança: (11)4934-1669 / 4934-1673 / 4934-1671  
 QUALQUER INCONFORMIDADE NA ENTREGA, ENTRE IMEDIATAMENTE EM CONTATO COM NOSSO PÓS-VENDAS NO NÚMERO (11) 4934-1703  
 Subs.Trib.RICMS Art.313-G - Item 11  
 Ret.a: 3 Cobagem: 1,55

**RESERVADO AO FISCO**

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
 FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
 PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
 HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

11



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

Avenida Tower Automotive - Galpao 26,  
300 - Laranja Azeda - ARUJA, SP,  
CEP:07430350, Fone:0000-0000-0000

**DANFE**

DOCUMENTO AUXILIAR  
DA NOTA FISCAL  
ELETRÔNICA

0-ENTRADA 1  
1-SAIDA 1

Nº 105947  
SERIE 1  
FOLHA 2/3



CHAVE DE ACESSO

3520 0811 2060 9900 0441 5500 1000 1059 4710 0036 5891

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

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

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO  
135200670807857 06/08/2020 16:33:24

INSCRIÇÃO ESTADUAL  
188.070.970.117

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO

CNPJ

11.206.099/0004-41

**DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS**

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UND.	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL ICMS	AL IPI
27317	ALGODAO 500G RL DELICATO CREMER CX C/16 LT 367181949 (1) 11/2024 (Fornecedor: 1496, Lote: 367181949, Qtde: 1, Data Fab: 09/12/2019, Data Val: 30/11/2024)	30059090	500	5102	CX	16	146,0800	146,08	146,08	26,29		18,00	
28126	CATETER IV 18G SAFETY CLIP C/10-0-TKL LT 90425/181 (1) 06/2024 (Fornecedor: 992, Lote: 90425/181, Qtde: 1, Data Fab: 01/07/2019, Data Val: 30/06/2024)	90183999	200	5102	CX	100	150,6400	150,64	150,64	27,11		18,00	
28967	CANULA DE GUEDEL N.3 PC-VITALGOLD LT 0000-019166 (2) 06/2024 (Fornecedor: 142, Lote: 0000019166, Qtde: 2, Data Fab: 01/06/2019, Data Val: 30/06/2024)	90183929	200	5102	UND	2	2,3200	4,64	4,64	0,84		18,00	
27480	COL.PERF.CORT.20LT PARDO C/20-FLEXPOLL LT LC2410012C (2) 09/2024 (Fornecedor: 7822, Lote: LC2410012C, Qtde: 2, Data Fab: 20/09/2019, Data Val: 20/09/2024)	48191000	000	5102	CX	40	88,3300	176,66	176,66	31,80		18,00	
26364	DRENO TORACICO N.34 PC-CPL LT 66517 (2) 06/2023 (Fornecedor: 76, Lote: 66517, Qtde: 2, Data Fab: 01/06/2020, Data Val: 30/06/2023)	90183929	040	5102	UND	2	4,5800	9,16					
21431	NYLON PRETO 3/0 45CM 3/8 CIRCULO TRIANGULAR 20MM C/24-PROCA LT 41619101 (1) 10/20-24 (Fornecedor: 2080, Lote: 41619101, Qtde: 1, Data Fab: 01/10/2019, Data Val: 30/10/2024)	30061090	200	5102	CX	1	26,8000	26,80	26,80	4,82		18,00	
25489	FRALDA AD.EXTRA GDE.C/07 C/10-SLIM GERIATRIC LT 12301001 (10) 01/2023 (Fornecedor: 7983, Lote: 12301001, Qtde: 10, Data Fab: 22/01/2020, Data Val: 22/01/2023)	96190000	060	5405	FD	700	80,1170	801,17					
22010	FRASCO P/ DREN.TORAX C/EXT 2000ML-BIOTEC LT 20/A01341 (2) 04/2022 (Fornecedor: 771-0, Lote: 20/A01341, Qtde: 2, Data Fab: 01/04/2020, Data Val: 30/04/2022)	90183929	040	5102	UND	2	18,0850	36,17					
26568	LANCETA DE SEGURANCA 28G C/100-DESCARPACK LT SLAKAA0007 (7) 09/2024 (Fornecedor: 91-8, Lote: SLAKAA0007, Qtde: 7, Data Fab: 01/10/2019, Data Val: 30/09/2024)	90183999	200	5102	CX	700	17,8500	124,95	124,95	22,49		18,00	
28374	SERINGA DESC.10ML SLIP C/450-INJEX LT 167-8/19 (7) 09/2024 (Fornecedor: 138, Lote: 1678/19, Qtde: 7, Data Fab: 28/09/2019, Data Val: 27/09/2024)	90183119	000	5102	CX	3.150	101,0300	707,21	707,21	84,86		12,00	
11615	SERINGA DESC.20ML SLIP C/50-DESCARPACK LT SSSLAA0442 (24) 09/2024 \ LT SSSLAA0465 (1) 11/2024 (Fornecedor: 918, Lote: SSSLAA0442, Qtde: 24, Data Fab: 01/10/201-9, Data Val: 30/09/2024 / Fornecedor: 918, Lote: SSSLAA0465, Qtde: 1, Data Fab: 01/1-2/2019, Data Val: 30/11/2024)	90183119	200	5102	CX	1.250	22,6424	566,06	566,06	67,93		12,00	
16841	SERINGA DESC. 5ML SLIP C/500-SR LT G797 (2) 12/2024 (Fornecedor: 1156, Lote: G797, Qtde: 2, Data Fab: 18/12/2019, Data Val: 30/12/2024)	90183119	200	5102	CX	1.000	80,6500	121,30	121,30	14,56		12,00	
15181	SERINGA DESC.01ML C/500 INSULINA-SR LT H70 (6) 02/2025 (Fornecedor: 1156, Lote: H70, Qtde: 6, Data Fab: 01/02/2020, Data Val: 28/02/2025)	90183111	200	5102	CX	3.000	58,4633	350,78	350,78	63,14		18,00	
10733	SONDA END.PVC N.8,0 C/CUFF C/10-SOLIDOR LT 1219121 (1) 12/2024 (Fornecedor: 2080, Lote: 1219121, Qtde: 1, Data Fab: 01/12/201-9, Data Val: 30/12/2024)	90183929	200	5102	CX	1	42,6500	42,65	42,65	7,88		18,00	
21840	INFUSOR MULT.2V C/CLAMP PGC C/4-0-DESCARP LT SEUUA0014 (8) 07/2024 (Fornecedor: 918, Lote: SEUUA0014, Qtde: 8, Data Fab: 01/08/2019, Data Val: 31/07/-2024)	90189010	200	5102	PCT	320	22,8600	182,88	182,88	32,92		18,00	

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 50/2020  
 FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
 PREFEITURA MUNICIPAL DE PENAPOLIS  
 HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19



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

Avenida Tower Automotive - Galpao 28,  
300 - Laranja Azeda - ARUJA, SP,  
CEP:07430350, Fone:0000-0000-0000

**DANFE**

DOCUMENTO AUXILIAR  
DA NOTA FISCAL  
ELETRÔNICA



0-ENTRADA 1  
1-SAIDA 1

CHAVE DE ACESSO

3520 0811 2060 9900 0441 5500 1000 1059 4710 0036 5891

Nº 105947  
SERIE 1  
FOLHA 3/3

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO

Venda de Merc.Adq.de Terc./Venda de Merc.Adq.de Terc.ST

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO

135200670807857 06/08/2020 16:33:24

INSCRIÇÃO ESTADUAL  
188.070.970.117

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO

CNPJ

11.206.099/0004-41

**DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS**

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UND	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL ICMS	AL IPI
15513	EQ.MAC.FL.IL.F/A+P LL 1,5MT C/25-L.IMPOR LT 30082019 (25) 08/2022 (Fornecedor: 208- 0, Lote: 30082019, Qtde: 25 ,Data Fab: 30/ 08/2019, Data Val: 30/08/2022)	90189010	200	5102	PCT	25	20,4688	511,72	511,72	92,11		18,00	

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

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
04/10/2020 - AUTOATENDIMENTO - 16.22.09  
3062703062 SEGUNDA VIA 0019

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA  
COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL  
CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL  
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.311-1

=====


FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA  
REMETENTE : ASSOCIACAO H B BRASIL  
BANCO: 341 - ITAU UNIBANCO S.A.  
AGENCIA: 0049-3 - SAO CARLOS SP  
CONTA: 52.941-5

FAVORECIDO: GESTARE SERVICOS COMBINADOS DE ESCR  
CPF/CNPJ: 34.298.678/0001-14  
VALOR: R\$ 37.990,00  
DEBITO EM: 01/09/2020

=====

DOCUMENTO: 090109  
AUTENTICACAO SISBB: E.683.BA4.BA3.E68.2E3

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

 <b>PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO</b> <b>SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA</b> <b>NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFS-e</b> <small>20200901u34298678000114</small>	Número da Nota <b>0000121</b>			
	Data e Hora de Emissão <b>01/09/2020 12:32:58</b>			
	Código de Verificação <b>P52I-W11P</b>			
<b>PRESTADOR DE SERVIÇOS</b>				
CPF/CNPJ: <b>34.298.678/0001-14</b>	Inscrição Municipal: <b>6.343.469-5</b>			
Nome/Razão Social: <b>GESTARE SERVICOS COMBINADOS DE ESCRITORIO LTDA</b>				
Endereço: <b>R CONCEICAO DE MONTE ALEGRE 107, BLOCO B - Cidade Monções - CEP: 04563-060</b>				
Município: <b>São Paulo</b> UF: <b>SP</b>				
<b>TOMADOR DE SERVIÇOS</b>				
Nome/Razão Social: <b>ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL</b>				
CPF/CNPJ: <b>45.349.461/0001-02</b>	Inscrição Municipal: ----			
Endereço: <b>End AV JOSE ARIANO RODRIGUES - JARDIM ARIANO - CEP: 16400-000</b>				
Município: <b>Lins</b>	UF: <b>SP</b> E-mail: <b>contabilidade@ahbb.org.br</b>			
<b>INTERMEDIÁRIO DE SERVIÇOS</b>				
CPF/CNPJ: ----	Nome/Razão Social: ----			
<b>DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS</b>				
SERVIÇOS DE GESTÃO : ADMINISTRATIVO, RECURSOS HUMANOS, CONTABILIDADE, CONTROLADORIA E PRESTAÇÃO DE CONTAS - HOSPITAL LUIZ ALENTE DE PENÁPOLIS / SP PARA ATENDIMENTO DA DEMANDA GERADA PELA PANDEMIA DA DOENÇA CORONAVÍRUS (COVID - 19)				
<b>VALOR TOTAL DO SERVIÇO = R\$ 37.990,00</b>				
INSS (R\$)	IRRF (R\$)	CSLL (R\$)	COFINS (R\$)	PIS/PASEP (R\$)
-	-	-	-	-
Código do Serviço <b>06491 - Fornecimento de mão-de-obra em caráter temporário, de empregados ou trabalhadores.</b>				
Valor Total das Deduções (R\$)	Base de Cálculo (R\$)	Alíquota (%)	Valor do ISS (R\$)	Crédito (R\$)
<b>0,00</b>	*	*	*	<b>0,00</b>
Município da Prestação do Serviço	Número Inscrição da Obra		Valor Aproximado dos Tributos / Fonte	
-	-		-	
<b>OUTRAS INFORMAÇÕES</b>				
(1) Esta NFS-e foi emitida com respaldo na Lei nº 14.097/2005; (2) Documento emitido por ME ou EPP optante pelo Simples Nacional;				

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
 FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
 PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
 HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

01/09/2020

03/09/2020 - BANCO DO BRASIL - 14:19:10  
306203062 SEGUNDA VIA 0041  
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA  
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL  
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.311-1

=====7  
DATA DA TRANSFERENCIA 03/09/2020  
NR. DOCUMENTO 550.347.000.048.371  
VALOR TOTAL 1.725,45

\*\*\*\*\* TRANSFERIDO PARA:  
CLIENTE: MIRIAN A MADUREIRA REIS  
AGENCIA: 0347-6 CONTA: 48.371-0  
NR. DOCUMENTO 553.062.000.036.311  
=====7  
NR.AUTENTICACAO 8.23B.AC4.D4A.5F0.2C5

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL  
CNPJ: 45.349.461/0015-08

CC: UTI  
Mensalista

Folha Mensal  
Agosto de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Fórmula
3502	MIRIAN APARECIDA MADUREIRA DOS REIS CAI TEC. ENFERMAGEM	322205	1	1
		Admissão:	19/05/2020	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
1	HORAS NORMAIS	117,33	890,59		
8697	HORAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTEGRAIS	102,67	779,26		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	111,47		
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	97,54		
998	I.N.S.S.	8,17		153,41	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.878,86	153,41	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 90350-7			Valor Líquido →	1.725,45	
Agência: 0295 - X					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FG.T.S do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.669,85	1.878,86	1.878,86	150,30	1.725,45	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL  
CNPJ: 45.349.461/0015-08

CC: UTI  
Mensalista

Folha Mensal  
Agosto de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Fórmula
3502	MIRIAN APARECIDA MADUREIRA DOS REIS CAI TEC. ENFERMAGEM	322205	1	1
		Admissão:	19/05/2020	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
1	HORAS NORMAIS	117,33	890,59		
8697	HORAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTEGRAIS	102,67	779,26		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	111,47		
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	97,54		
998	I.N.S.S.	8,17		153,41	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.878,86	153,41	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 90350-7			Valor Líquido →	1.725,45	
Agência: 0295 - X					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FG.T.S do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.669,85	1.878,86	1.878,86	150,30	1.725,45	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE FENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

03/09/2020 - BANCO DO BRASIL - 14:19:09  
306203062 SEGUNDA VIA 0030  
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA  
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL  
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.311-1

=====

DATA DA TRANSFERENCIA	03/09/2020
NR. DOCUMENTO	550.347.000.052.624
VALOR TOTAL	1.725,44

\*\*\*\*\* TRANSFERIDO PARA:  
CLIENTE: DEYSE DARC BEZERRA PIRES  
AGENCIA: 0347-6 CONTA: 52.624-X  
NR. DOCUMENTO 553.062.000.036.311  
=====

NR.AUTENTICACAO	4.245.D09.E10.DBE.851
-----------------	-----------------------

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19



ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL  
CNPJ: 45.349.461/0015-08

CC: UTI  
Mensalista

Folha Mensal  
Agosto de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
3458	DEYSE D' ARC BEZERRA PIRES TEC. ENFERMAGEM	322205	1	1

Admissão: 18/05/2020

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
1	HORAS NORMAIS	198,00	1.502,86		
8697	HORAS AFAST. P/DOENÇA C/DIR.INTEGRAIS	22,00	166,99		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	188,10		
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	20,90		
998	I.N.S.S.	8,17		153,41	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.878,85	153,41	
			Valor Líquido →	1.725,44	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.669,85	1.878,85	1.878,85	150,30	1.725,44	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL  
CNPJ: 45.349.461/0015-08

CC: UTI  
Mensalista

Folha Mensal  
Agosto de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
3458	DEYSE D' ARC BEZERRA PIRES TEC. ENFERMAGEM	322205	1	1

Admissão: 18/05/2020

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
1	HORAS NORMAIS	198,00	1.502,86		
8697	HORAS AFAST. P/DOENÇA C/DIR.INTEGRAIS	22,00	166,99		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	188,10		
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	20,90		
998	I.N.S.S.	8,17		153,41	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.878,85	153,41	
			Valor Líquido →	1.725,44	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.669,85	1.878,85	1.878,85	150,30	1.725,44	0,00

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

**RELAÇÃO GERAL DOS LÍQUIDOS**

Código	Nome do empregado	CPF	Valor
Empregados			
3532	ADRIANA APARECIDA CANATTO AUC	165.475.958-97	2.200,64
3492	ADRIANA CORREIA DE SOUZA	320.647.658-59	1.902,26
3487	ALAN LUCIUS FIRMINO LOZANO	382.607.718-02	1.566,81
3486	ALESSANDRA ALVES DA SILVA	344.289.598-77	1.938,29
3718	ALESSANDRA SOARES LOPES	258.082.648-39	289,66
3455	ALEXANDRE DUMAS DE OLIVEIRA D	315.338.678-10	1.766,87
3493	ALEXANDRE TEIXEIRA DA SILVA	173.992.648-05	1.725,44
3483	AMANDA CRISTINA DA SILVA GOVE	339.645.428-65	2.060,66
3481	ANA PAULA FERREIRA	270.848.198-35	1.725,44
3477	ANDERSON CARRIJO DA COSTA	333.680.898-70	2.703,93
3713	ANDRE LUIZ MARTINS DE BARROS	368.095.218-01	579,32
3534	BIANCA KLEM MARQUES	465.946.288-95	1.747,54
3482	DANIELA PEREIRA BRANDAO	305.891.928-09	3.325,36
3494	DANIELE LEITE GREMES DUMAS	356.904.348-76	1.725,44
3507	DANIELE PAOLA PIRES DOS SANTO:	299.603.258-65	1.902,26
3538	DANILO AUGUSTO DAVID ZANETTE	355.521.228-10	3.837,00
3469	DEBORA MATEUS CAETANO	450.067.918-96	1.688,06
2425	DELMA APARECIDA DA SILVA SPON	145.695.208-04	2.599,82
3458	DEYSE D' ARC BEZERRA PIRES	164.731.298-12	1.725,44
3462	DIEGO APARECIDO DE OLIVEIRA	414.392.318-18	2.041,25
3465	DIEGO CORASSA PASSARINE	345.371.768-65	1.566,81
3506	EDUARDA CARDOSO DA SILVA	363.241.858-69	1.725,44
3459	ELAINE BATISTA PEREIRA	158.075.048-60	1.725,44
3517	ELAINE JAQUELINE GOMES DE LIM	384.612.758-29	2.844,98
3480	ELIANA PEREIRA GOMES	332.576.848-27	1.725,45
3518	EVA OLIVEIRA DE MENEZES	136.620.388-70	2.082,02
3468	EVELYN ROSANE PEREIRA NOVAIS	345.321.208-88	1.744,96
3510	FERNANDA DE PAULA PERES	290.661.488-29	1.725,44
3491	FERNANDA FACHINI MIOTO MATOS	326.326.298-02	1.566,80
3466	FERNANDA SANCHEZ ROBERTO DAS	279.862.908-03	1.810,10
3472	FERNANDO ROGERIO LIMA RIBEIRO	257.712.918-11	1.863,74
3473	HEIDI CAROLINE PEREIRA DA SILV	432.420.778-06	1.566,81
3528	ISADORA MARIA BESERRA MALHEIF	470.224.598-86	3.106,70
3505	JEANE MARIA DOS REIS	204.068.268-62	2.929,45
3710	JESSICA PENTEADO SOARES	396.305.678-90	630,68
3500	JOAO DARC LINO	104.382.288-71	2.541,13
3530	JULIA DA SILVA PAULA	479.999.438-78	1.838,72
3503	KEROLAYNE POLIANA TAKAMATSU :	340.002.278-07	1.725,44
3508	KESSIA DA SILVA CALDEIRA	350.422.458-47	1.902,25
3479	LEIDIANE LIMA DA SILVA	383.608.588-70	1.725,45
3489	LEILA MARIA BRUNETO IZAEI DE O	134.443.908-07	1.945,51
3470	LEIZE GEDO BIUDES CLABUCHAR	318.625.058-70	1.567,92
3509	LETICIA DA SILVA FABIANO	391.926.408-85	1.965,11
3643	LETICIA FERNANDES DE SOUZA	256.579.008-20	1.922,80
3513	LUCIMARA CONTEL EVANGELISTA	357.402.528-90	2.378,33
3471	MANOEL ALEXANDRE DA SILVA	224.433.618-29	1.725,17
3516	MARCIA DOURADO MEIRA	434.658.048-30	1.725,44
3475	MARIA CRISTINA DE AGUIAR	095.648.308-93	1.636,09
3690	MARIA GABRIELA CAMAÇARI RIBEIF	372.100.838-39	2.100,56
3717	MICHELE PEREIRA DA SILVA	335.793.818-90	289,66
3488	MILENA MARIA PENCO CAPUA	426.458.498-14	1.567,61
3502	MIRIAN APARECIDA MADUREIRA DC	475.957.638-00	1.725,45
3669	MIRIAN JULIANE DA SILVA	363.335.358-50	1.946,43
3646	OLAIR AMORIM CLEMENTE	083.248.858-54	1.930,36
3515	PATRICIA ANTIQUEIRA DOS SANTO	302.916.838-78	2.839,83
3478	PAULO HENRIQUE GONÇALVES	263.939.148-82	1.725,44
3520	PENHA CRISTINA DANTAS RIBAS	057.709.998-10	2.041,25
3467	RAFAELA CRISTINA GONCALVES MA	515.632.518-17	1.566,81
3588	ROSELI PEREIRA	302.528.948-12	1.900,31
3457	ROSIANE DE SOUZA SOARES	351.389.678-60	1.725,45
3454	ROZINEI MECHON NUNES	095.696.518-06	1.725,44
3453	SANDRA MIOTTI FAUSTINO	282.500.408-13	2.541,13
3485	SILENE DE OLIVEIRA RODRIGUES C	286.367.568-04	2.004,82
3495	SILVIA ANDREA RODRIGUES DE LIM	148.829.508-55	1.668,45
3519	SILVIA APARECIDA DE OLIVEIRA	077.945.868-01	2.788,66
3514	SIMONE ROCHA CARIS DE OLIVEIR	321.401.358-06	1.747,54
3504	STEFANY CORREIA MARTINS	454.080.478-22	2.638,03
3561	TATIANA SOARES	296.718.238-90	2.985,73
3512	THAWANY YURI KAWAMURA	413.488.648-18	1.880,17
Empregados: 69			Total da Empresa: 133.604,80
Estagiários: 0			
Contribuintes: 0			
(cento e trinta e três mil e seiscentos e quatro reais e oitenta centavos)			

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
 FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
 PREFEITURA MUNICIPAL DE PENAPOLIS  
 HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

Empresa: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA  
CNPJ: 45.349.461/0015-08  
Cálculo: Folha Mensal  
Competência: 08/2020

Página: 1/19  
Emissão: 14/10/2020  
Horas: 08:46:27

### EXTRATO MENSAL

Empr.: 3532 ADRIANA APARECIDA CANATTO AUGUSTO Situação: Trabalhando CPF: 165.475.958-97 PIS: 124.00026.73-6  
Cargo: 71 TEC. ENFERMAGEM Vínculo: Celetista Adm: 22/05/2020 CTPS/Série: 95068/00124  
CC: 2 Depto: 2 Filial: 1 Salário: 1.669,85

1 HORAS NORMAIS	220,00	1.669,85 P	998	I.N.S.S.	8,79	214,30 D
250 REFLEXO EXTRAS DSR	0,00	39,42 P	999	IMPOSTO DE RENDA	7,50	24,05 D
200 HORAS EXTRAS 100%	12,00	204,97 P				
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00 P				
204 ADICIONAL NOTURNO 40%	104,00	315,75 P				

ND: 0 Proventos: 2.438,99 Descontos: 238,35 Informativa: 195,11 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 2.200,64  
NF: 0 Base INSS: 2.438,99 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 2.438,99 Valor FGTS: 195,11 Base IRRF: 2.224,69

Empr.: 3492 ADRIANA CORREIA DE SOUZA Situação: Trabalhando CPF: 320.647.658-59 PIS: 128.10210.16-2  
Cargo: 71 TEC. ENFERMAGEM Vínculo: Celetista Adm: 19/05/2020 CTPS/Série: 61560/00240  
CC: 2 Depto: 2 Filial: 1 Salário: 1.669,85

1 HORAS NORMAIS	198,00	1.502,86 P	998	I.N.S.S.	8,24	170,90 D
8697 HORAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.IN	22,00	166,99 P				
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	188,10 P				
9230 INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR	20,00	20,90 P				
204 ADICIONAL NOTURNO 40%	64,00	194,31 P				

ND: 0 Proventos: 2.073,16 Descontos: 170,90 Informativa: 165,85 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.902,26  
NF: 0 Base INSS: 2.073,16 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 2.073,16 Valor FGTS: 165,85 Base IRRF: 1.902,26  
Doença período igual ou inferior a 15 dias: 20/07/2020 a 03/08/2020

Empr.: 3487 ALAN LUCIUS FIRMINO LOZANO Situação: Trabalhando CPF: 382.607.718-02 PIS: 268.69095.33-5  
Cargo: 17 ASSISTENTE ADM Vínculo: Celetista Adm: 18/05/2020 CTPS/Série: 86859/00358  
CC: 5 Depto: 6 Filial: 1 Salário: 1.495,53

1 HORAS NORMAIS	220,00	1.495,53 P	998	I.N.S.S.	8,08	137,72 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00 P				

ND: 0 Proventos: 1.704,53 Descontos: 137,72 Informativa: 136,36 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.566,81  
NF: 0 Base INSS: 1.704,53 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.704,53 Valor FGTS: 136,36 Base IRRF: 1.566,81

Empr.: 3486 ALESSANDRA ALVES DA SILVA Situação: Trabalhando CPF: 344.289.598-77 PIS: 126.67856.17-3  
Cargo: 71 TEC. ENFERMAGEM Vínculo: Celetista Adm: 18/05/2020 CTPS/Série: 018157/00240  
CC: 2 Depto: 2 Filial: 1 Salário: 1.669,85

1 HORAS NORMAIS	220,00	1.669,85 P	998	I.N.S.S.	8,29	175,25 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00 P				
204 ADICIONAL NOTURNO 40%	77,30	234,69 P				

ND: 0 Proventos: 2.113,54 Descontos: 175,25 Informativa: 169,08 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.938,29  
NF: 0 Base INSS: 2.113,54 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 2.113,54 Valor FGTS: 169,08 Base IRRF: 1.938,29

Empr.: 3718 ALESSANDRA SOARES LOPES Situação: Trabalhando CPF: 258.082.648-39 PIS: 127.36106.15-8  
Cargo: 71 TEC. ENFERMAGEM Vínculo: Celetista Adm: 26/08/2020 CTPS/Série: 029318/00240  
CC: 2 Depto: 2 Filial: 1 Salário: 1.669,85

1 HORAS NORMAIS	36,67	278,31 P	998	I.N.S.S.	7,50	23,48 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	34,83 P				

ND: 0 Proventos: 313,14 Descontos: 23,48 Informativa: 25,05 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 289,66  
NF: 0 Base INSS: 313,14 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 313,14 Valor FGTS: 25,05 Base IRRF: 289,66

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 95/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

Empresa: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA  
CNPJ: 45.349.461/0015-08  
Cálculo: Folha Mensal  
Competência: 08/2020

Página: 2/19  
Emissão: 14/10/2020  
Horas: 08:46:27

### EXTRATO MENSAL

Empr.: 3455 ALEXANDRE DUMAS DE OLIVEIRA DA SILVA Situação: Trabalhando CPF: 315.338.678-10 PIS: 127.18978.16-5  
Cargo: 71 TEC. ENFERMAGEM Vínculo: Celetista Adm: 18/05/2020 CTPS/Série: 28477/240  
CC: 1 Depto: 1 Filial: 1 Salário: 1.669,85

1 HORAS NORMAIS	212,67	1.614,19 P	998	I.N.S.S.	8,18	157,51 D
8697 HORAS AFAST. P/DOENÇA C/DIR.IN	7,33	55,66 P				
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	202,03 P				
9230 INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR	20,00	6,96 P				
204 ADICIONAL NOTURNO 40%	15,00	45,54 P				

ND: 0 Proventos: 1.924,38 Descontos: 157,51 Informativa: 153,95 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.766,87  
NF: 0 Base INSS: 1.924,38 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.924,38 Valor FGTS: 153,95 Base IRRF: 1.766,87  
Doença período igual ou inferior a 15 dias: 04/08/2020 a 04/08/2020

Empr.: 3493 ALEXANDRE TEIXEIRA DA SILVA Situação: Trabalhando CPF: 173.992.648-05 PIS: 124.00026.45-0  
Cargo: 71 TEC. ENFERMAGEM Vínculo: Celetista Adm: 19/05/2020 CTPS/Série: 61814/0124  
CC: 2 Depto: 2 Filial: 1 Salário: 1.669,85

1 HORAS NORMAIS	154,00	1.168,89 P	998	I.N.S.S.	8,17	153,41 D
8697 HORAS AFAST. P/DOENÇA C/DIR.IN	66,00	500,96 P				
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	146,30 P				
9230 INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR	20,00	62,70 P				

ND: 2 Proventos: 1.878,85 Descontos: 153,41 Informativa: 150,30 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.725,44  
NF: 2 Base INSS: 1.878,85 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.878,85 Valor FGTS: 150,30 Base IRRF: 1.346,26  
Doença período igual ou inferior a 15 dias: 27/07/2020 a 02/08/2020  
Doença período igual ou inferior a 15 dias: 03/08/2020 a 09/08/2020

Empr.: 3483 AMANDA CRISTINA DA SILVA GOVEA Situação: Trabalhando CPF: 339.645.428-65 PIS: 201.68861.18-0  
Cargo: 71 TEC. ENFERMAGEM Vínculo: Celetista Adm: 19/05/2020 CTPS/Série: 012947/00298  
CC: 2 Depto: 2 Filial: 1 Salário: 1.669,85

1 HORAS NORMAIS	220,00	1.669,85 P	998	I.N.S.S.	8,52	191,93 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00 P				
204 ADICIONAL NOTURNO 40%	123,10	373,74 P				

ND: 1 Proventos: 2.252,59 Descontos: 191,93 Informativa: 180,20 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 2.060,66  
NF: 1 Base INSS: 2.252,59 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 2.252,59 Valor FGTS: 180,20 Base IRRF: 1.871,07

Empr.: 3481 ANA PAULA FERREIRA Situação: Trabalhando CPF: 270.848.198-35 PIS: 126.51212.18-2  
Cargo: 71 TEC. ENFERMAGEM Vínculo: Celetista Adm: 18/05/2020 CTPS/Série: 81001/00154  
CC: 2 Depto: 2 Filial: 1 Salário: 1.669,85

1 HORAS NORMAIS	176,00	1.335,88 P	998	I.N.S.S.	8,17	153,41 D
8697 HORAS AFAST. P/DOENÇA C/DIR.IN	44,00	333,97 P				
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	167,20 P				
9230 INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR	20,00	41,80 P				

ND: 0 Proventos: 1.878,85 Descontos: 153,41 Informativa: 150,30 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.725,44  
NF: 0 Base INSS: 1.878,85 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.878,85 Valor FGTS: 150,30 Base IRRF: 1.725,44  
Doença período igual ou inferior a 15 dias: 31/07/2020 a 06/08/2020

Empr.: 3477 ANDERSON CARRIJO DA COSTA Situação: Trabalhando CPF: 333.680.898-70 PIS: 200.90593.98-1  
Cargo: 60 FARMACEUTICO (A) Vínculo: Celetista Adm: 18/05/2020 CTPS/Série: 071295/0273  
CC: 3 Depto: 3 Filial: 1 Salário: 2.848,29

1 HORAS NORMAIS	220,00	2.848,29 P	998	I.N.S.S.	9,44	288,50 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00 P	999	IMPOSTO DE RENDA	7,50	64,86 D

ID: 0 Proventos: 3.057,29 Descontos: 353,36 Informativa: 244,58 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 2.703,93  
NF: 0 Base INSS: 3.057,29 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 3.057,29 Valor FGTS: 244,58 Base IRRF: 2.768,79

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

**Empresa:** ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA  
**CNPJ:** 45.349.461/0015-08  
**Cálculo:** Folha Mensal  
**Competência:** 08/2020

**Página:** 3/19  
**Emissão:** 14/10/2020  
**Horas:** 08:46:27

**EXTRATO MENSAL**

**Empr.:** 3713 ANDRE LUIZ MARTINS DE BARROS **Situação:** Trabalhando **CPF:** 368.095.218-01 **PIS:** 161.40027.55-2  
**Cargo:** 71 TEC. ENFERMAGEM **Vínculo:** Celetista **Adm:** 21/08/2020 **CTPS/Série:** 2569618/0050  
**CC:** 1 **Depto:** 1 **Filial:** 1 **Salário:** 1.669,85

1 HORAS NORMAIS 73,33 556,62 P 998 I.N.S.S. 7,50 46,97 D  
 16 INSALUBRIDADE 20% 20,00 69,67 P

**ND:** 0 **Proventos:** 626,29 **Descontos:** 46,97 **Informativa:** 50,10 **Informativa Dedutora:** 0 **Líquido:** 579,32  
**NF:** 0 **Base INSS:** 626,29 **Excedente INSS:** 0,00 **Base FGTS:** 626,29 **Valor FGTS:** 50,10 **Base IRRF:** 579,32

**Empr.:** 3490 BEATRIZ SANTOS RAMOS **Situação:** Demitido **CPF:** 052.195.065-10 **PIS:** 160.07271.22-7  
**Cargo:** 71 TEC. ENFERMAGEM **Vínculo:** Celetista **Adm:** 18/05/2020 **CTPS/Série:** 4064571/0030  
**CC:** 1 **Depto:** 1 **Filial:** 1 **Salário:** 1.669,85

8697 HORAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.IN 7,33 55,66 P 51 LIQUIDO RESCISAO 0,00 2.024,84 D  
 9179 SALDO DE SALARIO HORAS 102,67 779,26 P 208 DESC VALE REFEIÇÃO 113,92 113,92 D  
 8550 13 SALARIO INTEGRAL RESCISAO 3,00 417,46 P 826 INSS SOBRE RESCISAO 7,59 84,16 D  
 8551 MEDIA HORAS 13o RESCISAO 3,00 80,46 P 989 INSS 13 SAL.RESCISAO 7,50 41,26 D  
 8553 VANTAGENS 13o RESCISAO 3,00 52,25 P 828 IRRF SOBRE RESCISAO 15,00 93,22 D  
 29 FERIAS PROPORCIONAIS 3,00 417,46 P  
 815 MEDIA HR FER PROPORCIONAL 3,00 53,64 P  
 817 VANTAGEM FER PROPORCIONAL 3,00 52,25 P  
 8169 1/3 FERIAS PROPORCIONAIS RESCI 33,33 174,45 P  
 16 INSALUBRIDADE 20% 20,00 97,53 P  
 9230 INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 20,00 6,96 P  
 204 ADICIONAL NOTURNO 40% 56,00 170,02 P

**ND:** 0 **Proventos:** 2.357,40 **Descontos:** 2.357,40 **Informativa:** 132,76 **Informativa Dedutora:** 0 **Líquido:** 0,00  
**NF:** 0 **Base INSS:** 1.659,60 **Excedente INSS:** 0,00 **Base FGTS:** 1.659,60 **Valor FGTS:** 132,76 **Base IRRF:** 1.534,18

Doença período igual ou inferior a 15 dias: 19/07/2020 a 01/08/2020

DEMITIDO EM 15/08/2020 - MOTIVO 12-Término do contrato de experiência

**Empr.:** 3534 BIANCA KLEM MARQUES **Situação:** Trabalhando **CPF:** 465.946.288-95 **PIS:** 135.13791.49-5  
**Cargo:** 71 TEC. ENFERMAGEM **Vínculo:** Celetista **Adm:** 22/05/2020 **CTPS/Série:** 049390/00370  
**CC:** 2 **Depto:** 2 **Filial:** 1 **Salário:** 1.669,85

1 HORAS NORMAIS 220,00 1.669,85 P 998 I.N.S.S. 8,18 155,60 D  
 16 INSALUBRIDADE 20% 20,00 209,00 P  
 204 ADICIONAL NOTURNO 40% 8,00 24,29 P

**ND:** 0 **Proventos:** 1.903,14 **Descontos:** 155,60 **Informativa:** 152,25 **Informativa Dedutora:** 0 **Líquido:** 1.747,54  
**NF:** 0 **Base INSS:** 1.903,14 **Excedente INSS:** 0,00 **Base FGTS:** 1.903,14 **Valor FGTS:** 152,25 **Base IRRF:** 1.747,54

**Empr.:** 3482 DANIELA PEREIRA BRANDAO **Situação:** Trabalhando **CPF:** 305.891.928-09 **PIS:** 129.66318.17-3  
**Cargo:** 56 ENFERMEIRO (A) **Vínculo:** Celetista **Adm:** 18/05/2020 **CTPS/Série:** 001047/00315  
**CC:** 2 **Depto:** 2 **Filial:** 1 **Salário:** 2.648,29

1 HORAS NORMAIS 220,00 2.648,29 P 998 I.N.S.S. 10,38 404,88 D  
 250 REFLEXO EXTRAS DSR 0,00 74,93 P 999 IMPOSTO DE RENDA 15,00 169,42 D  
 200 HORAS EXTRAS 100% 15,00 389,63 P  
 16 INSALUBRIDADE 20% 20,00 209,00 P  
 204 ADICIONAL NOTURNO 40% 120,00 577,81 P

**ND:** 0 **Proventos:** 3.899,66 **Descontos:** 574,30 **Informativa:** 311,97 **Informativa Dedutora:** 0 **Líquido:** 3.325,36  
**NF:** 0 **Base INSS:** 3.899,66 **Excedente INSS:** 0,00 **Base FGTS:** 3.899,66 **Valor FGTS:** 311,97 **Base IRRF:** 3.494,78

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 06/2020  
 FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
 PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
 HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

**Empresa:** ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA  
**CNPJ:** 45.349.461/0015-08  
**Cálculo:** Folha Mensal  
**Competência:** 08/2020

**Página:** 4/19  
**Emissão:** 14/10/2020  
**Horas:** 08:46:27

**EXTRATO MENSAL**

Empr.: 3494 DANIELE LEITE GREMES DUMAS Situação: Trabalhando CPF: 356.904.348-76 PIS: 160.08417.64-0  
 Cargo: 71 TEC. ENFERMAGEM Vínculo: Celetista Adm: 19/05/2020 CTPS/Série: 15060/296  
 CC: 2 Depto: 2 Filial: 1 Salário: 1.669,85

1 HORAS NORMAIS 220,00 1.669,85 P 998 I.N.S.S. 8,17 153,41 D  
 16 INSALUBRIDADE 20% 20,00 209,00 P

ND: 0 Proventos: 1.878,85 Descontos: 153,41 Informativa: 150,30 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.725,44  
 NF: 0 Base INSS: 1.878,85 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.878,85 Valor FGTS: 150,30 Base IRRF: 1.725,44

Empr.: 3507 DANIELE PAOLA PIRES DOS SANTOS Situação: Trabalhando CPF: 299.603.258-65 PIS: 126.87194.14-1  
 Cargo: 71 TEC. ENFERMAGEM Vínculo: Celetista Adm: 19/05/2020 CTPS/Série: 91528/261  
 CC: 1 Depto: 1 Filial: 1 Salário: 1.669,85

1 HORAS NORMAIS 132,00 1.001,91 P 998 I.N.S.S. 8,24 170,90 D  
 8697 HORAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.IN 88,00 667,94 P  
 16 INSALUBRIDADE 20% 20,00 125,40 P  
 9230 INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 20,00 83,60 P  
 204 ADICIONAL NOTURNO 40% 64,00 194,31 P

ND: 2 Proventos: 2.073,16 Descontos: 170,90 Informativa: 165,85 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.902,26  
 NF: 1 Base INSS: 2.073,16 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 2.073,16 Valor FGTS: 165,85 Base IRRF: 1.523,08  
 Doença período igual ou inferior a 15 dias: 30/07/2020 a 12/08/2020

Empr.: 3538 DANILO AUGUSTO DAVID ZANETTE Situação: Trabalhando CPF: 355.521.228-10 PIS: 190.48498.61-1  
 Cargo: 690 ENFERMEIRO (A) RT Vínculo: Celetista Adm: 18/05/2020 CTPS/Série: 3590721/0050  
 CC: 5 Depto: 6 Filial: 1 Salário: 4.054,38

1 HORAS NORMAIS 220,00 4.054,38 P 998 I.N.S.S. 10,69 455,80 D  
 221 AJUDA DE CUSTO 250,00 250,00 P 999 IMPOSTO DE RENDA 22,50 220,58 D  
 16 INSALUBRIDADE 20% 20,00 209,00 P

ND: 0 Proventos: 4.513,38 Descontos: 676,38 Informativa: 341,07 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 3.837,00  
 NF: 0 Base INSS: 4.263,38 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 4.263,38 Valor FGTS: 341,07 Base IRRF: 3.807,58

Empr.: 3469 DEBORA MATEUS CAETANO Situação: Trabalhando CPF: 450.067.918-96 PIS: 160.86652.29-6  
 Cargo: 300 AUX. ADM. FARMACIA Vínculo: Celetista Adm: 18/05/2020 CTPS/Série: 450067/91896  
 CC: 3 Depto: 3 Filial: 1 Salário: 1.495,53

1 HORAS NORMAIS 220,00 1.495,53 P 998 I.N.S.S. 8,15 149,71 D  
 16 INSALUBRIDADE 20% 20,00 209,00 P  
 204 ADICIONAL NOTURNO 40% 49,00 133,24 P

ND: 1 Proventos: 1.837,77 Descontos: 149,71 Informativa: 147,02 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.688,06  
 NF: 1 Base INSS: 1.837,77 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.837,77 Valor FGTS: 147,02 Base IRRF: 1.498,47

Empr.: 2425 DELMA APARECIDA DA SILVA SPONTON Situação: Trabalhando CPF: 145.695.208-04 PIS: 123.02679.58-1  
 Cargo: 56 ENFERMEIRO (A) Vínculo: Celetista Adm: 07/06/2018 CTPS/Série: 79226/00051  
 CC: 1 Depto: 1 Filial: 1 Salário: 2.720,39

1 HORAS NORMAIS 22,00 272,04 P 998 I.N.S.S. 9,32 273,15 D  
 8697 HORAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.IN 198,00 2.448,35 P 999 IMPOSTO DE RENDA 7,50 56,42 D  
 16 INSALUBRIDADE 20% 20,00 20,90 P  
 9230 INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 20,00 188,10 P

ND: 0 Proventos: 2.929,39 Descontos: 329,57 Informativa: 234,35 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 2.599,82  
 NF: 0 Base INSS: 2.929,39 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 2.929,39 Valor FGTS: 234,35 Base IRRF: 2.656,24

Doença período igual ou inferior a 15 dias: 30/07/2020 a 06/08/2020

Doença período igual ou inferior a 15 dias: 07/08/2020 a 12/08/2020

Doença período superior a 15 dias: 17/08/2020 a 15/09/2020

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
 FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
 PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
 HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

Empresa: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA  
CNPJ: 45.349.461/0015-08  
Cálculo: Folha Mensal  
Competência: 08/2020

Página: 5/19  
Emissão: 14/10/2020  
Horas: 08:46:27

### EXTRATO MENSAL

Empr.: 3458 DEYSE D' ARC BEZERRA PIRES Situação: Trabalhando CPF: 164.731.298-12 PIS: 123.75051.64-7  
Cargo: 71 TEC. ENFERMAGEM Vínculo: Celetista Adm: 18/05/2020 CTPS/Série: 040318/98  
CC: 1 Depto: 1 Filial: 1 Salário: 1.669,85

1 HORAS NORMAIS	198,00	1.502,86 P	998	I.N.S.S.	8,17	153,41 D
8697 HORAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.IN	22,00	166,99 P				
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	188,10 P				
9230 INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR	20,00	20,90 P				

ND: 0 Proventos: 1.878,85 Descontos: 153,41 Informativa: 150,30 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.725,44  
NF: 0 Base INSS: 1.878,85 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.878,85 Valor FGTS: 150,30 Base IRRF: 1.725,44  
Doença período igual ou inferior a 15 dias: 25/07/2020 a 03/08/2020

Empr.: 3462 DIEGO APARECIDO DE OLIVEIRA Situação: Trabalhando CPF: 414.392.318-18 PIS: 160.86662.45-3  
Cargo: 71 TEC. ENFERMAGEM Vínculo: Celetista Adm: 18/05/2020 CTPS/Série: 077096/00315  
CC: 1 Depto: 1 Filial: 1 Salário: 1.669,85

1 HORAS NORMAIS	220,00	1.669,85 P	998	I.N.S.S.	8,51	190,80 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00 P	999	IMPOSTO DE RENDA	7,50	11,13 D
204 ADICIONAL NOTURNO 40%	120,00	364,33 P				

ND: 0 Proventos: 2.243,18 Descontos: 201,93 Informativa: 179,45 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 2.041,25  
NF: 0 Base INSS: 2.243,18 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 2.243,18 Valor FGTS: 179,45 Base IRRF: 2.052,38

Empr.: 3465 DIEGO CORASSA PASSARINE Situação: Trabalhando CPF: 345.371.768-65 PIS: 160.14182.90-0  
Cargo: 300 AUX. ADM. FARMACIA Vínculo: Celetista Adm: 18/05/2020 CTPS/Série: 014045/00315  
CC: 3 Depto: 3 Filial: 1 Salário: 1.495,53

1 HORAS NORMAIS	220,00	1.495,53 P	998	I.N.S.S.	8,08	137,72 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00 P				

ND: 0 Proventos: 1.704,53 Descontos: 137,72 Informativa: 136,36 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.566,81  
NF: 0 Base INSS: 1.704,53 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.704,53 Valor FGTS: 136,36 Base IRRF: 1.566,81

Empr.: 3506 EDUARDA CARDOSO DA SILVA Situação: Trabalhando CPF: 363.241.858-69 PIS: 212.01253.54-5  
Cargo: 71 TEC. ENFERMAGEM Vínculo: Celetista Adm: 19/05/2020 CTPS/Série: 052804/00370  
CC: 1 Depto: 1 Filial: 1 Salário: 1.669,85

1 HORAS NORMAIS	220,00	1.669,85 P	998	I.N.S.S.	8,17	153,41 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00 P				

ND: 0 Proventos: 1.878,85 Descontos: 153,41 Informativa: 150,30 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.725,44  
NF: 0 Base INSS: 1.878,85 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.878,85 Valor FGTS: 150,30 Base IRRF: 1.725,44

Empr.: 3459 ELAINE BATISTA PEREIRA Situação: Trabalhando CPF: 158.075.048-60 PIS: 124.90947.98-4  
Cargo: 71 TEC. ENFERMAGEM Vínculo: Celetista Adm: 18/05/2020 CTPS/Série: 012714/0154  
CC: 1 Depto: 1 Filial: 1 Salário: 1.669,85

1 HORAS NORMAIS	220,00	1.669,85 P	998	I.N.S.S.	8,17	153,41 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00 P				

ND: 0 Proventos: 1.878,85 Descontos: 153,41 Informativa: 150,30 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.725,44  
NF: 0 Base INSS: 1.878,85 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.878,85 Valor FGTS: 150,30 Base IRRF: 1.725,44

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

**Empresa:** ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA  
**CNPJ:** 45.349.461/0015-08  
**Cálculo:** Folha Mensal  
**Competência:** 08/2020

**Página:** 6/19  
**Emissão:** 14/10/2020  
**Horas:** 08:46:27

**EXTRATO MENSAL**

**Empr.:** 3517 ELAINE JAQUELINE GOMES DE LIMA **Situação:** Trabalhando **CPF:** 384.612.758-29 **PIS:** 210.28733.91-9  
**Cargo:** 56 ENFERMEIRO (A) **Vínculo:** Celetista **Adm:** 19/05/2020 **CTPS/Série:** 40325/370  
**CC:** 1 **Depto:** 1 **Filial:** 1 **Salário:** 2.648,29

1 HORAS NORMAIS	220,00	2.648,29 P	998	I.N.S.S.	9,65	312,88 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00 P	999	IMPOSTO DE RENDA	15,00	84,64 D
204 ADICIONAL NOTURNO 40%	80,00	385,21 P				

**ND:** 0 **Proventos:** 3.242,50 **Descontos:** 397,52 **Informativa:** 259,40 **Informativa Dedutora:** 0 **Líquido:** 2.844,98  
**NF:** 0 **Base INSS:** 3.242,50 **Excedente INSS:** 0,00 **Base FGTS:** 3.242,50 **Valor FGTS:** 259,40 **Base IRRF:** 2.929,62

**Empr.:** 3480 ELIANA PEREIRA GOMES **Situação:** Trabalhando **CPF:** 332.576.848-27 **PIS:** 125.89577.14-3  
**Cargo:** 71 TEC. ENFERMAGEM **Vínculo:** Celetista **Adm:** 18/05/2020 **CTPS/Série:** 81779/00154  
**CC:** 2 **Depto:** 2 **Filial:** 1 **Salário:** 1.669,85

1 HORAS NORMAIS	117,33	890,59 P	998	I.N.S.S.	8,17	153,41 D
8697 HORAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.IN	102,67	779,26 P				
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	111,47 P				
9230 INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR	20,00	97,54 P				

**ND:** 2 **Proventos:** 1.878,86 **Descontos:** 153,41 **Informativa:** 150,30 **Informativa Dedutora:** 0 **Líquido:** 1.725,45  
**NF:** 1 **Base INSS:** 1.878,86 **Excedente INSS:** 0,00 **Base FGTS:** 1.878,86 **Valor FGTS:** 150,30 **Base IRRF:** 1.346,27  
 Doença período igual ou inferior a 15 dias: 04/08/2020 a 17/08/2020

**Empr.:** 3518 EVA OLIVEIRA DE MENEZES **Situação:** Trabalhando **CPF:** 136.620.388-70 **PIS:** 123.02055.66-9  
**Cargo:** 71 TEC. ENFERMAGEM **Vínculo:** Celetista **Adm:** 19/05/2020 **CTPS/Série:** 8250/48  
**CC:** 1 **Depto:** 1 **Filial:** 1 **Salário:** 1.669,85

1 HORAS NORMAIS	220,00	1.669,85 P	998	I.N.S.S.	8,58	196,81 D
250 REFLEXO EXTRAS DSR	0,00	39,42 P	999	IMPOSTO DE RENDA	7,50	14,43 D
200 HORAS EXTRAS 100%	12,00	204,97 P				
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00 P				
204 ADICIONAL NOTURNO 40%	56,00	170,02 P				

**ND:** 0 **Proventos:** 2.293,26 **Descontos:** 211,24 **Informativa:** 183,46 **Informativa Dedutora:** 0 **Líquido:** 2.082,02  
**NF:** 0 **Base INSS:** 2.293,26 **Excedente INSS:** 0,00 **Base FGTS:** 2.293,26 **Valor FGTS:** 183,46 **Base IRRF:** 2.096,45

**Empr.:** 3468 EVELYN ROSANE PEREIRA NOVAIS **Situação:** Trabalhando **CPF:** 345.321.208-88 **PIS:** 206.78554.11-5  
**Cargo:** 300 AUX. ADM. FARMACIA **Vínculo:** Celetista **Adm:** 19/05/2020 **CTPS/Série:** 345321/20888  
**CC:** 3 **Depto:** 3 **Filial:** 1 **Salário:** 1.495,53

1 HORAS NORMAIS	168,67	1.146,57 P	998	I.N.S.S.	8,17	155,34 D
8697 HORAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.IN	51,33	348,96 P				
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	160,23 P				
9230 INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR	20,00	48,76 P				
204 ADICIONAL NOTURNO 40%	72,00	195,78 P				

**ND:** 1 **Proventos:** 1.900,30 **Descontos:** 155,34 **Informativa:** 152,02 **Informativa Dedutora:** 0 **Líquido:** 1.744,96  
**NF:** 1 **Base INSS:** 1.900,30 **Excedente INSS:** 0,00 **Base FGTS:** 1.900,30 **Valor FGTS:** 152,02 **Base IRRF:** 1.555,37  
 Doença período igual ou inferior a 15 dias: 04/08/2020 a 10/08/2020

**Empr.:** 3510 FERNANDA DE PAULA PERES **Situação:** Trabalhando **CPF:** 290.661.488-29 **PIS:** 127.17300.18-1  
**Cargo:** 71 TEC. ENFERMAGEM **Vínculo:** Celetista **Adm:** 19/05/2020 **CTPS/Série:** 11623/240  
**CC:** 1 **Depto:** 1 **Filial:** 1 **Salário:** 1.669,85

1 HORAS NORMAIS	220,00	1.669,85 P	998	I.N.S.S.	8,17	153,41 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00 P				

**ND:** 2 **Proventos:** 1.878,85 **Descontos:** 153,41 **Informativa:** 150,30 **Informativa Dedutora:** 0 **Líquido:** 1.725,44  
**NF:** 1 **Base INSS:** 1.878,85 **Excedente INSS:** 0,00 **Base FGTS:** 1.878,85 **Valor FGTS:** 150,30 **Base IRRF:** 1.346,26



Empresa: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA  
CNPJ: 45.349.461/0015-08  
Cálculo: Folha Mensal  
Competência: 08/2020

Página: 7/19  
Emissão: 14/10/2020  
Horas: 08:46:27

### EXTRATO MENSAL

Empr.: 3491 FERNANDA FACHINI MIOTO MATOS Situação: Trabalhando CPF: 326.326.298-02 PIS: 206.73994.22-2  
Cargo: 14 RECEPCIONISTA Vínculo: Celetista Adm: 19/05/2020 CTPS/Série: 2208/315  
CC: 4 Depto: 5 Filial: 1 Salário: 1.495,53

1 HORAS NORMAIS	168,67	1.146,57 P	998	I.N.S.S.	8,08	137,72 D
8697 HORAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.IN	51,33	348,96 P				
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	160,23 P				
9230 INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR	20,00	48,76 P				

ND: 1 Proventos: 1.704,52 Descontos: 137,72 Informativa: 136,36 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.566,80  
NF: 1 Base INSS: 1.704,52 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.704,52 Valor FGTS: 136,36 Base IRRF: 1.377,21  
Doença período igual ou inferior a 15 dias: 12/08/2020 a 18/08/2020

Empr.: 3466 FERNANDA SANCHEZ ROBERTO DAS NEVES Situação: Trabalhando CPF: 279.862.908-03 PIS: 127.00459.77-8  
Cargo: 300 AUX. ADM. FARMACIA Vínculo: Celetista Adm: 18/05/2020 CTPS/Série: 06275/00238  
CC: 3 Depto: 3 Filial: 1 Salário: 1.495,23

1 HORAS NORMAIS	220,00	1.495,23 P	998	I.N.S.S.	8,20	161,78 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00 P				
204 ADICIONAL NOTURNO 40%	98,45	267,65 P				

ND: 2 Proventos: 1.971,88 Descontos: 161,78 Informativa: 157,75 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.810,10  
NF: 2 Base INSS: 1.971,88 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.971,88 Valor FGTS: 157,75 Base IRRF: 1.430,92

Empr.: 3472 FERNANDO ROGERIO LIMA RIBEIRO Situação: Trabalhando CPF: 257.712.918-11 PIS: 125.12211.65-9  
Cargo: 14 RECEPCIONISTA Vínculo: Celetista Adm: 18/05/2020 CTPS/Série: 023249/00154  
CC: 4 Depto: 5 Filial: 1 Salário: 1.495,53

1 HORAS NORMAIS	220,00	1.495,53 P	998	I.N.S.S.	8,23	167,09 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00 P				
204 ADICIONAL NOTURNO 40%	120,00	326,30 P				

ND: 0 Proventos: 2.030,83 Descontos: 167,09 Informativa: 162,46 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.863,74  
NF: 0 Base INSS: 2.030,83 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 2.030,83 Valor FGTS: 162,46 Base IRRF: 1.863,74

Empr.: 3473 HEIDY CAROLINE PEREIRA DA SILVA Situação: Trabalhando CPF: 432.420.778-06 PIS: 160.14332.33-3  
Cargo: 14 RECEPCIONISTA Vínculo: Celetista Adm: 19/05/2020 CTPS/Série: 086839/00315  
CC: 4 Depto: 5 Filial: 1 Salário: 1.495,53

1 HORAS NORMAIS	220,00	1.495,53 P	998	I.N.S.S.	8,08	137,72 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00 P				

ND: 1 Proventos: 1.704,53 Descontos: 137,72 Informativa: 136,36 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.566,81  
NF: 1 Base INSS: 1.704,53 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.704,53 Valor FGTS: 136,36 Base IRRF: 1.377,22

Empr.: 3528 ISADORA MARIA BESERRA MALHEIRO Situação: Trabalhando CPF: 470.224.598-86 PIS: 140.14078.02-3  
Cargo: 56 ENFERMEIRO (A) Vínculo: Celetista Adm: 18/05/2020 CTPS/Série: 49811/370  
CC: 2 Depto: 2 Filial: 1 Salário: 2.648,25

1 HORAS NORMAIS	220,00	2.648,25 P	998	I.N.S.S.	10,08	363,00 D
250 REFLEXO EXTRAS DSR	0,00	119,88 P	999	IMPOSTO DE RENDA	15,00	130,83 D
200 HORAS EXTRAS 100%	24,00	623,40 P				
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00 P				

ND: 0 Proventos: 3.600,53 Descontos: 493,83 Informativa: 288,04 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 3.106,70  
NF: 0 Base INSS: 3.600,53 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 3.600,53 Valor FGTS: 288,04 Base IRRF: 3.237,53

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

**Empresa:** ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA  
**CNPJ:** 45.349.461/0015-08  
**Cálculo:** Folha Mensal  
**Competência:** 08/2020

**Página:** 8/19  
**Emissão:** 14/10/2020  
**Horas:** 08:46:27

**EXTRATO MENSAL**

Empr.: 3531 IVANI APARECIDA DA SILVA LOPES Situação: Demitido CPF: 095.700.628-43 PIS: 122.98289.93-1  
 Cargo: 71 TEC. ENFERMAGEM Vínculo: Celetista Adm: 22/05/2020 CTPS/Série: 55034/00048  
 CC: 1 Depto: 1 Filial: 1 Salário: 1.669,85

8697 HORAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.IN	80,67	612,28 P	51	LIQUIDO RESCISAO	0,00	2.140,56 D
9179 SALDO DE SALARIO HORAS	58,67	445,29 P	208	DESC VALE REFEIÇÃO	85,44	85,44 D
8550 13 SALARIO INTEGRAL RESCISAO	3,00	417,46 P	826	INSS SOBRE RESCISAO	7,81	102,89 D
8551 MEDIA HORAS 13o RESCISAO	3,00	26,95 P	989	INSS 13 SAL.RESCISAO	7,50	37,24 D
8553 VANTAGENS 13o RESCISAO	3,00	52,25 P	828	IRRF SOBRE RESCISAO	15,00	98,22 D
29 FERIAS PROPORCIONAIS	3,00	417,46 P				
815 MEDIA HR FER PROPORCIONAL	3,00	17,96 P				
817 VANTAGEM FER PROPORCIONAL	3,00	52,25 P				
8169 1/3 FERIAS PROPORCIONAIS RESCI	33,33	162,56 P				
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	55,73 P				
9230 INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR	20,00	76,64 P				
204 ADICIONAL NOTURNO 40%	42,00	127,52 P				

ND: 0 Proventos: 2.464,35 Descontos: 2.464,35 Informativa: 145,12 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 0,00  
 NF: 0 Base INSS: 1.814,12 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.814,12 Valor FGTS: 145,12 Base IRRF: 1.673,99  
 Doença período igual ou inferior a 15 dias: 29/07/2020 a 11/08/2020

DEMITIDO EM 19/08/2020 - MOTIVO 12-Término do contrato de experiência

Empr.: 3505 JEANE MARIA DOS REIS Situação: Trabalhando CPF: 204.068.268-62 PIS: 124.50875.27-3  
 Cargo: 56 ENFERMEIRO (A) Vínculo: Celetista Adm: 19/05/2020 CTPS/Série: 95523/00124  
 CC: 1 Depto: 1 Filial: 1 Salário: 2.648,29

1 HORAS NORMAIS	220,00	2.648,29 P	998	I.N.S.S.	9,80	329,06 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00 P	999	IMPOSTO DE RENDA	15,00	99,55 D
204 ADICIONAL NOTURNO 40%	104,00	500,77 P				

ND: 0 Proventos: 3.358,06 Descontos: 428,61 Informativa: 268,64 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 2.929,45  
 NF: 0 Base INSS: 3.358,06 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 3.358,06 Valor FGTS: 268,64 Base IRRF: 3.029,00

Empr.: 3710 JESSICA PENTEADO SOARES Situação: Trabalhando CPF: 396.305.678-90 PIS: 207.82317.34-5  
 Cargo: 14 RECEPCIONISTA Vínculo: Celetista Adm: 19/08/2020 CTPS/Série: 34681/00345  
 CC: 4 Depto: 5 Filial: 1 Salário: 1.495,53

1 HORAS NORMAIS	88,00	598,21 P	998	I.N.S.S.	7,50	51,13 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	83,60 P				

ND: 0 Proventos: 681,81 Descontos: 51,13 Informativa: 54,54 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 630,68  
 NF: 0 Base INSS: 681,81 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 681,81 Valor FGTS: 54,54 Base IRRF: 630,68

Empr.: 3500 JOAO DARC LINO Situação: Trabalhando CPF: 104.382.288-71 PIS: 121.93580.20-2  
 Cargo: 56 ENFERMEIRO (A) Vínculo: Celetista Adm: 19/05/2020 CTPS/Série: 29767/00048  
 CC: 1 Depto: 1 Filial: 1 Salário: 2.648,29

1 HORAS NORMAIS	220,00	2.648,29 P	998	I.N.S.S.	9,26	264,50 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00 P	999	IMPOSTO DE RENDA	7,50	51,66 D

ND: 0 Proventos: 2.857,29 Descontos: 316,16 Informativa: 228,58 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 2.541,13  
 NF: 0 Base INSS: 2.857,29 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 2.857,29 Valor FGTS: 228,58 Base IRRF: 2.592,79

Empr.: 3530 JULIA DA SILVA PAULA Situação: Trabalhando CPF: 479.999.438-78 PIS: 140.16435.35-4  
 Cargo: 71 TEC. ENFERMAGEM Vínculo: Celetista Adm: 22/05/2020 CTPS/Série: 058602/00419  
 CC: 1 Depto: 1 Filial: 1 Salário: 1.669,85

1 HORAS NORMAIS	220,00	1.669,85 P	998	I.N.S.S.	8,22	164,61 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00 P				
204 ADICIONAL NOTURNO 40%	41,00	124,48 P				

ND: 0 Proventos: 2.003,33 Descontos: 164,61 Informativa: 160,26 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.838,72  
 NF: 0 Base INSS: 2.003,33 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 2.003,33 Valor FGTS: 160,26 Base IRRF: 1.838,72

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
 FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
 PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
 HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

Empresa: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA  
CNPJ: 45.349.461/0015-08  
Cálculo: Folha Mensal  
Competência: 08/2020

Página: 9/19  
Emissão: 14/10/2020  
Horas: 08:46:27

### EXTRATO MENSAL

Empr.: 3503 KEROLAYNE POLIANA TAKAMATSU SANTAN Situação: Trabalhando CPF: 340.002.278-07 PIS: 128.69574.75-6  
Cargo: 71 TEC. ENFERMAGEM Vínculo: Celetista Adm: 19/05/2020 CTPS/Série: 84864/00358  
CC: 1 Depto: 1 Filial: 1 Salário: 1.669,85

1 HORAS NORMAIS	198,00	1.502,86 P	998	I.N.S.S.	8,17	153,41 D
8697 HORAS AFAST. P/DOENÇA C/DIR.IN	22,00	166,99 P				
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	188,10 P				
9230 INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR	20,00	20,90 P				

ND: 0 Proventos: 1.878,85 Descontos: 153,41 Informativa: 150,30 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.725,44  
NF: 0 Base INSS: 1.878,85 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.878,85 Valor FGTS: 150,30 Base IRRF: 1.725,44  
Doença período igual ou inferior a 15 dias: 05/08/2020 a 05/08/2020  
Doença período igual ou inferior a 15 dias: 11/08/2020 a 11/08/2020  
Doença período igual ou inferior a 15 dias: 19/08/2020 a 19/08/2020

Empr.: 3508 KESSIA DA SILVA CALDEIRA Situação: Trabalhando CPF: 350.422.458-47 PIS: 206.96259.93-6  
Cargo: 71 TEC. ENFERMAGEM Vínculo: Celetista Adm: 19/05/2020 CTPS/Série: 013794/298  
CC: 1 Depto: 1 Filial: 1 Salário: 1.669,85

1 HORAS NORMAIS	146,67	1.113,23 P	998	I.N.S.S.	8,24	170,90 D
8697 HORAS AFAST. P/DOENÇA C/DIR.IN	73,33	556,62 P				
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	139,33 P				
9230 INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR	20,00	69,66 P				
204 ADICIONAL NOTURNO 40%	64,00	194,31 P				

ND: 2 Proventos: 2.073,15 Descontos: 170,90 Informativa: 165,85 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.902,25  
NF: 0 Base INSS: 2.073,15 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 2.073,15 Valor FGTS: 165,85 Base IRRF: 1.523,07  
Doença período igual ou inferior a 15 dias: 28/07/2020 a 03/08/2020  
Doença período igual ou inferior a 15 dias: 05/08/2020 a 11/08/2020

Empr.: 3479 LEIDIANE LIMA DA SILVA Situação: Trabalhando CPF: 383.608.588-70 PIS: 207.84976.51-6  
Cargo: 71 TEC. ENFERMAGEM Vínculo: Celetista Adm: 18/05/2020 CTPS/Série: 011417/00315  
CC: 2 Depto: 2 Filial: 1 Salário: 1.669,85

1 HORAS NORMAIS	117,33	890,59 P	998	I.N.S.S.	8,17	153,41 D
8697 HORAS AFAST. P/DOENÇA C/DIR.IN	102,67	779,26 P				
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	111,47 P				
9230 INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR	20,00	97,54 P				

ND: 1 Proventos: 1.878,86 Descontos: 153,41 Informativa: 150,30 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.725,45  
NF: 1 Base INSS: 1.878,86 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.878,86 Valor FGTS: 150,30 Base IRRF: 1.535,86  
Doença período igual ou inferior a 15 dias: 12/08/2020 a 25/08/2020

Empr.: 3489 LEILA MARIA BRUNETO IZABEL DE OLIVEIRA Situação: Trabalhando CPF: 134.443.908-07 PIS: 125.80354.14-1  
Cargo: 71 TEC. ENFERMAGEM Vínculo: Celetista Adm: 18/05/2020 CTPS/Série: 075501/00154  
CC: 1 Depto: 1 Filial: 1 Salário: 1.669,85

1 HORAS NORMAIS	220,00	1.669,85 P	998	I.N.S.S.	8,31	176,23 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00 P				
204 ADICIONAL NOTURNO 40%	80,00	242,89 P				

ND: 0 Proventos: 2.121,74 Descontos: 176,23 Informativa: 169,73 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.945,51  
NF: 0 Base INSS: 2.121,74 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 2.121,74 Valor FGTS: 169,73 Base IRRF: 1.945,51

Empr.: 3470 LEIZE GEDO BIUDES CLABUCHAR Situação: Trabalhando CPF: 318.625.058-70 PIS: 129.64954.18-8  
Cargo: 17 ASSISTENTE ADM Vínculo: Celetista Adm: 18/05/2020 CTPS/Série: 029095/00261  
CC: 4 Depto: 6 Filial: 1 Salário: 1.495,53

1 HORAS NORMAIS	220,00	1.495,53 P	998	I.N.S.S.	8,08	137,83 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00 P				
204 ADICIONAL NOTURNO 40%	0,45	1,22 P				

ND: 2 Proventos: 1.705,75 Descontos: 137,83 Informativa: 136,46 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.567,92  
NF: 2 Base INSS: 1.705,75 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.705,75 Valor FGTS: 136,46 Base IRRF: 1.188,74

CONVENIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020

FONTE DE RECURSO MUNICIPAL

PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS

HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

**Empresa:** ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA  
**CNPJ:** 45.349.461/0015-08  
**Cálculo:** Folha Mensal  
**Competência:** 08/2020

**Página:** 10/19  
**Emissão:** 14/10/2020  
**Horas:** 08:46:27

**EXTRATO MENSAL**

Empr.: 3509 LETICIA DA SILVA FABIANO Situação: Trabalhando CPF: 391.926.408-85 PIS: 163.58060.26-1  
 Cargo: 71 TEC. ENFERMAGEM Vínculo: Celetista Adm: 19/05/2020 CTPS/Série: 21352/315  
 CC: 1 Depto: 1 Filial: 1 Salário: 1.669,95

1 HORAS NORMAIS	212,67	1.614,29 P	998	I.N.S.S.	8,34	178,90 D
8697 HORAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.IN	7,33	55,66 P				
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	202,03 P				
9230 INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR	20,00	6,96 P				
204 ADICIONAL NOTURNO 40%	87,30	265,07 P				

ND: 1 Proventos: 2.144,01 Descontos: 178,90 Informativa: 171,52 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.965,11  
 NF: 1 Base INSS: 2.144,01 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 2.144,01 Valor FGTS: 171,52 Base IRRF: 1.775,52  
 Doença período igual ou inferior a 15 dias: 07/08/2020 a 07/08/2020

Empr.: 3643 LETICIA FERNANDES DE SOUZA Situação: Trabalhando CPF: 256.579.008-20 PIS: 124.56997.43-5  
 Cargo: 71 TEC. ENFERMAGEM Vínculo: Celetista Adm: 15/07/2020 CTPS/Série: 08112/154  
 CC: 1 Depto: 1 Filial: 1 Salário: 1.669,85

1 HORAS NORMAIS	198,00	1.502,86 P	998	I.N.S.S.	8,26	173,13 D
8697 HORAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.IN	22,00	166,99 P				
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	188,10 P				
9230 INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR	20,00	20,90 P				
204 ADICIONAL NOTURNO 40%	71,50	217,08 P				

ND: 0 Proventos: 2.095,93 Descontos: 173,13 Informativa: 167,67 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.922,80  
 NF: 0 Base INSS: 2.095,93 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 2.095,93 Valor FGTS: 167,67 Base IRRF: 1.922,80  
 Doença período igual ou inferior a 15 dias: 21/07/2020 a 03/08/2020

Empr.: 3496 LIANE CRISTINA DE SOUZA Situação: Demitido CPF: 267.466.928-41 PIS: 125.06078.59-4  
 Cargo: 71 TEC. ENFERMAGEM Vínculo: Celetista Adm: 19/05/2020 CTPS/Série: 52269/0168  
 CC: 2 Depto: 2 Filial: 1 Salário: 1.669,85

8697 HORAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.IN	51,33	389,63 P	51	LIQUIDO RESCISAO	0,00	2.097,27 D
9179 SALDO DE SALARIO HORAS	66,00	500,95 P	208	DESC VALE REFEIÇÃO	113,92	113,92 D
8550 13 SALARIO INTEGRAL RESCISAO	3,00	417,46 P	826	INSS SOBRE RESCISAO	7,69	91,99 D
8551 MEDIA HORAS 13o RESCISAO	3,00	86,25 P	989	INSS 13 SAL.RESCISAO	7,50	41,69 D
8553 VANTAGENS 13o RESCISAO	3,00	52,25 P	828	IRRF SOBRE RESCISAO	15,00	110,39 D
29 FERIAS PROPORCIONAIS	3,00	417,46 P				
815 MEDIA HR FER PROPORCIONAL	3,00	57,50 P				
817 VANTAGEM FER PROPORCIONAL	3,00	52,25 P				
8169 1/3 FERIAS PROPORCIONAIS RESCI	33,33	175,74 P				
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	62,70 P				
9230 INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR	20,00	48,76 P				
204 ADICIONAL NOTURNO 40%	64,00	194,31 P				

ND: 0 Proventos: 2.455,26 Descontos: 2.455,26 Informativa: 140,17 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 0,00  
 NF: 0 Base INSS: 1.752,31 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.752,31 Valor FGTS: 140,17 Base IRRF: 1.618,63  
 Doença período igual ou inferior a 15 dias: 07/08/2020 a 09/08/2020

Doença período igual ou inferior a 15 dias: 10/08/2020 a 13/08/2020

DEMITIDO EM 16/08/2020 - MOTIVO 12-Término do contrato de experiência

Empr.: 3513 LUCIMARA CONTEL EVANGELISTA Situação: Trabalhando CPF: 357.402.528-90 PIS: 133.81375.11-2  
 Cargo: 61 ASSIST. SOCIAL Vínculo: Celetista Adm: 18/05/2020 CTPS/Série: 41976/00324  
 CC: 5 Depto: 6 Filial: 1 Salário: 2.448,29

1 HORAS NORMAIS	180,00	2.448,29 P	998	I.N.S.S.	9,05	240,50 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00 P	999	IMPOSTO DE RENDA	7,50	38,46 D

ND: 0 Proventos: 2.657,29 Descontos: 278,96 Informativa: 212,58 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 2.378,33  
 NF: 0 Base INSS: 2.657,29 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 2.657,29 Valor FGTS: 212,58 Base IRRF: 2.416,79

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
 FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
 PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
 HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

**Empresa:** ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA  
**CNPJ:** 45.349.461/0015-08  
**Cálculo:** Folha Mensal  
**Competência:** 08/2020

**Página:** 11/19  
**Emissão:** 14/10/2020  
**Horas:** 08:46:27

### EXTRATO MENSAL

**Empr.:** 3471 MANOEL ALEXANDRE DA SILVA **Situação:** Trabalhando **CPF:** 224.433.618-29 **PIS:** 163.89293.34-9  
**Cargo:** 14 RECEPCIONISTA **Vínculo:** Celetista **Adm:** 18/05/2020 **CTPS/Série:** 037896/00240  
**CC:** 4 **Depto:** 5 **Filial:** 1 **Salário:** 1.495,53

1 HORAS NORMAIS	154,00	1.046,87 P	998	I.N.S.S.		
8697 HORAS AFAST. P/DOENÇA C/DIR.IN	66,00	448,66 P			8,17	153,39 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	146,30 P				
9230 INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR	20,00	62,70 P				
204 ADICIONAL NOTURNO 40%	64,00	174,03 P				

**ND:** 0 **Proventos:** 1.878,56 **Descontos:** 153,39 **Informativa:** 150,28 **Informativa Dedutora:** 0 **Líquido:** 1.725,17  
**NF:** 0 **Base INSS:** 1.878,56 **Excedente INSS:** 0,00 **Base FGTS:** 1.878,56 **Valor FGTS:** 150,28 **Base IRRF:** 1.725,17  
 Doença período igual ou inferior a 15 dias: 01/08/2020 a 09/08/2020

**Empr.:** 3498 MANOEL OLIVEIRA DE SOUZA **Situação:** Demitido **CPF:** 013.117.692-77 **PIS:** 163.63093.28-8  
**Cargo:** 71 TEC. ENFERMAGEM **Vínculo:** Celetista **Adm:** 19/05/2020 **CTPS/Série:** 4930479/0040  
**CC:** 2 **Depto:** 2 **Filial:** 1 **Salário:** 1.669,85

9179 SALDO DE SALARIO HORAS	110,00	834,92 P	51	LIQUIDO RESCISAO	0,00	1.953,08 D
8550 13 SALARIO INTEGRAL RESCISAO	3,00	417,46 P	208	DESC VALE REFEIÇÃO	113,92	113,92 D
8551 MEDIA HORAS 13o RESCISAO	3,00	84,44 P	826	INSS SOBRE RESCISAO	7,50	75,92 D
8553 VANTAGENS 13o RESCISAO	3,00	52,25 P	989	INSS 13 SAL.RESCISAO	7,50	41,56 D
29 FERIAS PROPORCIONAIS	3,00	417,46 P	828	IRRF SOBRE RESCISAO	15,00	83,29 D
815 MEDIA HR FER PROPORCIONAL	3,00	56,29 P				
817 VANTAGEM FER PROPORCIONAL	3,00	52,25 P				
8169 1/3 FERIAS PROPORCIONAIS RESCI	33,33	175,33 P				
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	104,50 P				
204 ADICIONAL NOTURNO 40%	24,00	72,87 P				

**ND:** 0 **Proventos:** 2.267,77 **Descontos:** 2.267,77 **Informativa:** 125,31 **Informativa Dedutora:** 0 **Líquido:** 0,00  
**NF:** 0 **Base INSS:** 1.566,44 **Excedente INSS:** 0,00 **Base FGTS:** 1.566,44 **Valor FGTS:** 125,31 **Base IRRF:** 1.448,96  
 DEMITIDO EM 15/08/2020 - MOTIVO 12-Término do contrato de experiência

**Empr.:** 3586 MARCELO DA ROCHA SOARES GALVÃO **Situação:** Demitido **CPF:** 338.743.238-03 **PIS:** 209.75513.80-4  
**Cargo:** 71 TEC. ENFERMAGEM **Vínculo:** Celetista **Adm:** 03/07/2020 **CTPS/Série:** 071042/00029  
**CC:** 1 **Depto:** 1 **Filial:** 1 **Salário:** 1.669,85

9179 SALDO DE SALARIO HORAS	29,33	222,65 P	51	LIQUIDO RESCISAO	0,00	95,64 D
8550 13 SALARIO INTEGRAL RESCISAO	1,00	139,15 P	208	DESC VALE REFEIÇÃO	113,92	113,92 D
8553 VANTAGENS 13o RESCISAO	1,00	17,42 P	842	MULTA ESTABILIDADE Art. 480/CLT	12,00	375,77 D
29 FERIAS PROPORCIONAIS	1,00	139,15 P	826	INSS SOBRE RESCISAO	7,50	18,78 D
817 VANTAGEM FER PROPORCIONAL	1,00	17,42 P	989	INSS 13 SAL.RESCISAO	7,50	11,74 D
8169 1/3 FERIAS PROPORCIONAIS RESCI	33,33	52,19 P				
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	27,87 P				

**ND:** 0 **Proventos:** 615,85 **Descontos:** 615,85 **Informativa:** 32,56 **Informativa Dedutora:** 0 **Líquido:** 0,00  
**NF:** 0 **Base INSS:** 407,09 **Excedente INSS:** 0,00 **Base FGTS:** 407,09 **Valor FGTS:** 32,56 **Base IRRF:** 376,57  
 DEMITIDO EM 04/08/2020 - MOTIVO 11-Rescisão contrato experiência antecipado pelo empregado

**Empr.:** 3516 MARCIA DOURADO MEIRA **Situação:** Trabalhando **CPF:** 434.658.048-30 **PIS:** 164.06391.44-7  
**Cargo:** 71 TEC. ENFERMAGEM **Vínculo:** Celetista **Adm:** 19/05/2020 **CTPS/Série:** 6093/429  
**CC:** 1 **Depto:** 1 **Filial:** 1 **Salário:** 1.669,85

1 HORAS NORMAIS	220,00	1.669,85 P	998	I.N.S.S.	8,17	153,41 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00 P				

**ND:** 0 **Proventos:** 1.878,85 **Descontos:** 153,41 **Informativa:** 150,30 **Informativa Dedutora:** 0 **Líquido:** 1.725,44  
**NF:** 0 **Base INSS:** 1.878,85 **Excedente INSS:** 0,00 **Base FGTS:** 1.878,85 **Valor FGTS:** 150,30 **Base IRRF:** 1.725,44  
 Doença período igual ou inferior a 15 dias: 31/08/2020 a 02/09/2020

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
 FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
 PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
 HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

Empresa: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA  
 CNPJ: 45.349.461/0015-08  
 Cálculo: Folha Mensal  
 Competência: 08/2020

Página: 12/19  
 Emissão: 14/10/2020  
 Horas: 08:46:27

**EXTRATO MENSAL**

Empr.:	3511 MARCIO ROBERTO GOMES	Situação:	Demitido	CPF:	224.126.848-80	PIS:	126.78521.14-3
Cargo:	71 TEC. ENFERMAGEM	Vínculo:	Celetista	Adm:	19/05/2020	CTPS/Série:	92307/181
CC:	1	Depto:	1	Filial:	1	Salário:	1.669,85

9179 SALDO DE SALARIO HORAS	117,33	890,59 P	51	LIQUIDO RESCISAO	0,00	2.166,72 D
8550 13 SALARIO INTEGRAL RESCISAO	3,00	417,46 P	208	DESC VALE REFEIÇÃO	99,68	99,68 D
8551 MEDIA HORAS 13o RESCISAO	3,00	88,43 P	826	INSS SOBRE RESCISAO	7,76	98,55 D
8553 VANTAGENS 13o RESCISAO	3,00	52,25 P	989	INSS 13 SAL.RESCISAO	7,50	41,86 D
29 FERIAS PROPORCIONAIS	3,00	417,46 P	828	IRRF SOBRE RESCISAO	15,00	125,45 D
815 MEDIA HR FER PROPORCIONAL	3,00	58,95 P				
817 VANTAGEM FER PROPORCIONAL	3,00	52,25 P				
8169 1/3 FERIAS PROPORCIONAIS RESCI	33,33	176,22 P				
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	111,47 P				
204 ADICIONAL NOTURNO 40%	88,00	267,18 P				

ND: 0 Proventos:	2.532,26	Descontos:	2.532,26	Informativa:	146,18	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	0,00
NF: 0 Base INSS:	1.827,38	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.827,38	Valor FGTS:	146,18	Base IRRF:	1.686,97

DEMITIDO EM 16/08/2020 - MOTIVO 12-Término do contrato de experiência

Empr.:	3475 MARIA CRISTINA DE AGUIAR	Situação:	Trabalhando	CPF:	095.648.308-93	PIS:	122.98290.73-5
Cargo:	14 RECEPCIONISTA	Vínculo:	Celetista	Adm:	19/05/2020	CTPS/Série:	69272/00048
CC:	4	Depto:	5	Filial:	1	Salário:	1.495,53

1 HORAS NORMAIS	220,00	1.495,53 P	998	I.N.S.S.	8,12	144,58 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00 P				
204 ADICIONAL NOTURNO 40%	28,00	76,14 P				

ND: 0 Proventos:	1.780,67	Descontos:	144,58	Informativa:	142,45	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	1.636,09
NF: 0 Base INSS:	1.780,67	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.780,67	Valor FGTS:	142,45	Base IRRF:	1.636,09

Empr.:	3690 MARIA GABRIELA CAMAÇARI RIBEIRO	Situação:	Trabalhando	CPF:	372.100.838-39	PIS:	164.06824.87-4
Cargo:	71 TEC. ENFERMAGEM	Vínculo:	Celetista	Adm:	28/07/2020	CTPS/Série:	85468/00358
CC:	2	Depto:	2	Filial:	1	Salário:	1.669,85

1 HORAS NORMAIS	220,00	1.669,85 P	998	I.N.S.S.	8,62	199,55 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00 P	999	IMPOSTO DE RENDA	7,50	15,94 D
204 ADICIONAL NOTURNO 40%	144,00	437,20 P				

ND: 0 Proventos:	2.316,05	Descontos:	215,49	Informativa:	185,28	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	2.100,56
NF: 0 Base INSS:	2.316,05	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	2.316,05	Valor FGTS:	185,28	Base IRRF:	2.116,50

Empr.:	3474 MARIA SIMON VILANOVA GIANOTTI	Situação:	Demitido	CPF:	107.312.488-64	PIS:	124.92848.71-1
Cargo:	56 ENFERMEIRO (A)	Vínculo:	Celetista	Adm:	18/05/2020	CTPS/Série:	064944/603
CC:	2	Depto:	2	Filial:	1	Salário:	2.648,29

8697 HORAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.IN	102,67	1.235,87 P	49	AVISO PREVIO REAVIDO	30,00	2.648,29 D
9179 SALDO DE SALARIO HORAS	88,00	1.059,32 P	51	LIQUIDO RESCISAO	0,00	1.345,94 D
250 REFLEXO EXTRAS DSR	0,00	73,51 P	8150	VANTAGENS AVISO PRÉVIO REAVIDC	30,00	209,00 D
200 HORAS EXTRAS 100%	14,15	367,55 P	826	INSS SOBRE RESCISAO	9,31	271,71 D
8550 13 SALARIO INTEGRAL RESCISAO	3,00	662,07 P	989	INSS 13 SAL.RESCISAO	7,50	53,57 D
8553 VANTAGENS 13o RESCISAO	3,00	52,25 P	828	IRRF SOBRE RESCISAO	7,50	55,63 D
29 FERIAS PROPORCIONAIS	3,00	662,07 P				
817 VANTAGEM FER PROPORCIONAL	3,00	52,25 P				
8169 1/3 FERIAS PROPORCIONAIS RESCI	33,33	238,11 P				
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	83,60 P				
9230 INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR	20,00	97,54 P				

ND: 0 Proventos:	4.584,14	Descontos:	4.584,14	Informativa:	290,53	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	0,00
NF: 0 Base INSS:	3.631,71	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	3.631,71	Valor FGTS:	290,53	Base IRRF:	3.306,43

Doença período igual ou inferior a 15 dias: 12/08/2020 a 25/08/2020  
 DEMITIDO EM 26/08/2020 - MOTIVO 4-Pedido de demissão SEM justa causa

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
 FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
 PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
 HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

Empresa: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA  
CNPJ: 45.349.461/0015-08  
Cálculo: Folha Mensal  
Competência: 08/2020

Página: 13/19  
Emissão: 14/10/2020  
Horas: 08:46:27

**EXTRATO MENSAL**

Empr.: 3717 MICHELE PEREIRA DA SILVA Situação: Trabalhando CPF: 335.793.818-90 PIS: 128.90038.15-9  
Cargo: 71 TEC. ENFERMAGEM Vínculo: Celetista Adm: 26/08/2020 CTPS/Série: 29878/261  
CC: 2 Depto: 2 Filial: 1 Salário: 1.669,85

1 HORAS NORMAIS 36,67 278,31 P 228 DESCONTO AJUSTE 23,48 23,48 D  
16 INSALUBRIDADE 20% 20,00 34,83 P

ND: 0 Proventos: 313,14 Descontos: 23,48 Informativa: 0 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 289,66  
NF: 0 Base INSS: 313,14 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 0,00 Valor FGTS: 0,00 Base IRRF: 313,14

Empr.: 3488 MILENA MARIA PENCO CAPUA Situação: Trabalhando CPF: 426.458.498-14 PIS: 202.16084.26-6  
Cargo: 17 ASSISTENTE ADM Vínculo: Celetista Adm: 18/05/2020 CTPS/Série: 51746/0324  
CC: 5 Depto: 6 Filial: 1 Salário: 1.495,53

1 HORAS NORMAIS 183,33 1.246,27 P 998 I.N.S.S. 8,08 137,80 D  
8697 HORAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.IN 36,67 249,26 P  
16 INSALUBRIDADE 20% 20,00 174,17 P  
9230 INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 20,00 34,84 P  
204 ADICIONAL NOTURNO 40% 0,32 0,87 P

ND: 0 Proventos: 1.705,41 Descontos: 137,80 Informativa: 136,43 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.567,61  
NF: 0 Base INSS: 1.705,41 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.705,41 Valor FGTS: 136,43 Base IRRF: 1.567,61

Doença período igual ou inferior a 15 dias: 11/08/2020 a 15/08/2020

Empr.: 3502 MIRIAN APARECIDA MADUREIRA DOS REIS Situação: Trabalhando CPF: 475.957.638-00 PIS: 165.73179.23-5  
Cargo: 71 TEC. ENFERMAGEM Vínculo: Celetista Adm: 19/05/2020 CTPS/Série: 048993/00370  
CC: 1 Depto: 1 Filial: 1 Salário: 1.669,85

1 HORAS NORMAIS 117,33 890,59 P 998 I.N.S.S. 8,17 153,41 D  
8697 HORAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.IN 102,67 779,26 P  
16 INSALUBRIDADE 20% 20,00 111,47 P  
9230 INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 20,00 97,54 P

ND: 0 Proventos: 1.878,86 Descontos: 153,41 Informativa: 150,30 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.725,45  
NF: 0 Base INSS: 1.878,86 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.878,86 Valor FGTS: 150,30 Base IRRF: 1.725,45

Doença período igual ou inferior a 15 dias: 13/08/2020 a 26/08/2020

Empr.: 3669 MIRIAN JULIANE DA SILVA Situação: Trabalhando CPF: 363.335.358-50 PIS: 207.82327.08-1  
Cargo: 71 TEC. ENFERMAGEM Vínculo: Celetista Adm: 01/07/2020 CTPS/Série: 55584/240  
CC: 1 Depto: 1 Filial: 1 Salário: 1.669,85

1 HORAS NORMAIS 146,67 1.113,23 P 998 I.N.S.S. 8,31 176,36 D  
8697 HORAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.IN 73,33 556,62 P  
16 INSALUBRIDADE 20% 20,00 139,33 P  
9230 INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 20,00 69,66 P  
204 ADICIONAL NOTURNO 40% 80,35 243,95 P

ND: 0 Proventos: 2.122,79 Descontos: 176,36 Informativa: 169,82 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.946,43  
NF: 0 Base INSS: 2.122,79 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 2.122,79 Valor FGTS: 169,82 Base IRRF: 1.946,43

Doença período igual ou inferior a 15 dias: 08/08/2020 a 17/08/2020

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

Empresa: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA  
CNPJ: 45.349.461/0015-08  
Cálculo: Folha Mensal  
Competência: 08/2020

Página: 14/19  
Emissão: 14/10/2020  
Horas: 08:46:27

### EXTRATO MENSAL

Empr.: 3587 NATALIA APARECIDA TOMAZ TRAFICANTE Situação: Demitido CPF: 404.007.928-00 PIS: 163.52461.83-3  
Cargo: 71 TEC. ENFERMAGEM Vínculo: Celetista Adm: 02/07/2020 CTPS/Série: 74176/315  
CC: 1 Depto: 1 Filial: 1 Salário: 1.669,85

8697 HORAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.IN	22,00	166,98 P	51	LIQUIDO RESCISAO	0,00	1.364,91 D
9179 SALDO DE SALARIO HORAS	88,00	667,94 P	208	DESC VALE REFEIÇÃO	113,92	113,92 D
8550 13 SALARIO INTEGRAL RESCISAO	2,00	278,31 P	826	INSS SOBRE RESCISAO	7,59	84,16 D
8551 MEDIA HORAS 13o RESCISAO	2,00	12,15 P	989	INSS 13 SAL.RESCISAO	7,50	24,39 D
8553 VANTAGENS 13o RESCISAO	2,00	34,83 P	828	IRRF SOBRE RESCISAO	7,50	64,20 D
29 FERIAS PROPORCIONAIS	1,00	139,15 P				
815 MEDIA HR FER PROPORCIONAL	1,00	6,07 P				
817 VANTAGEM FER PROPORCIONAL	1,00	17,42 P				
8169 1/3 FERIAS PROPORCIONAIS RESCI	33,33	54,21 P				
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	83,60 P				
9230 INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR	20,00	20,90 P				
204 ADICIONAL NOTURNO 40%	56,00	170,02 P				

ND: 0 Proventos: 1.651,58 Descontos: 1.651,58 Informativa: 114,77 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 0,00  
NF: 0 Base INSS: 1.434,73 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.434,73 Valor FGTS: 114,77 Base IRRF: 1.326,18  
Doença período igual ou inferior a 15 dias: 28/07/2020 a 03/08/2020

DEMITIDO EM 15/08/2020 - MOTIVO 12-Término do contrato de experiência

Empr.: 3646 OLAIR AMORIM CLEMENTE Situação: Trabalhando CPF: 083.248.858-54 PIS: 122.00472.71-6  
Cargo: 538 ASSIST. D. PESSOAL Vínculo: Celetista Adm: 20/07/2020 CTPS/Série: 7136/48  
CC: 5 Depto: 6 Filial: 1 Salário: 1.895,53

1 HORAS NORMAIS	220,00	1.895,53 P	998	I.N.S.S.	8,28	174,17 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00 P				

ND: 0 Proventos: 2.104,53 Descontos: 174,17 Informativa: 168,36 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.930,36  
NF: 0 Base INSS: 2.104,53 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 2.104,53 Valor FGTS: 168,36 Base IRRF: 1.930,36

Empr.: 3515 PATRICIA ANTIQUEIRA DOS SANTOS Situação: Trabalhando CPF: 302.916.838-78 PIS: 190.17377.02-2  
Cargo: 56 ENFERMEIRO (A) Vínculo: Celetista Adm: 18/05/2020 CTPS/Série: 90182/240  
CC: 1 Depto: 1 Filial: 1 Salário: 2.648,29

1 HORAS NORMAIS	146,67	1.765,53 P	998	I.N.S.S.	9,64	311,89 D
8697 HORAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.IN	73,33	882,76 P	999	IMPOSTO DE RENDA	15,00	83,74 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	139,33 P				
9230 INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR	20,00	69,66 P				
204 ADICIONAL NOTURNO 40%	78,54	378,18 P				

ND: 0 Proventos: 3.235,46 Descontos: 395,63 Informativa: 258,83 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 2.839,83  
NF: 0 Base INSS: 3.235,46 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 3.235,46 Valor FGTS: 258,83 Base IRRF: 2.923,57

Doença período igual ou inferior a 15 dias: 28/07/2020 a 03/08/2020

Doença período igual ou inferior a 15 dias: 06/08/2020 a 12/08/2020

Empr.: 3478 PAULO HENRIQUE GONÇALVES Situação: Trabalhando CPF: 263.939.148-82 PIS: 127.49586.15-3  
Cargo: 71 TEC. ENFERMAGEM Vínculo: Celetista Adm: 18/05/2020 CTPS/Série: 73908/00154  
CC: 2 Depto: 2 Filial: 1 Salário: 1.669,85

1 HORAS NORMAIS	220,00	1.669,85 P	998	I.N.S.S.	8,17	153,41 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00 P				

ND: 0 Proventos: 1.878,85 Descontos: 153,41 Informativa: 150,30 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.725,44  
NF: 0 Base INSS: 1.878,85 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.878,85 Valor FGTS: 150,30 Base IRRF: 1.725,44

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19



Empresa: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA  
CNPJ: 45.349.461/0015-08  
Cálculo: Folha Mensal  
Competência: 08/2020

Página: 15/19  
Emissão: 14/10/2020  
Horas: 08:46:27

### EXTRATO MENSAL

Empr.: 3520 PENHA CRISTINA DANTAS RIBAS Situação: Trabalhando CPF: 057.709.998-10 PIS: 122.79876.61-4  
Cargo: 71 TEC. ENFERMAGEM Vínculo: Celetista Adm: 18/05/2020 CTPS/Série: 098640/603  
CC: 2 Depto: 2 Filial: 1 Salário: 1.669,85

1 HORAS NORMAIS	220,00	1.669,85 P	998	I.N.S.S.	8,51	190,80 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00 P	999	IMPOSTO DE RENDA	7,50	11,13 D
204 ADICIONAL NOTURNO 40%	120,00	364,33 P				

ND: 0 Proventos: 2.243,18 Descontos: 201,93 Informativa: 179,45 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 2.041,25  
NF: 0 Base INSS: 2.243,18 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 2.243,18 Valor FGTS: 179,45 Base IRRF: 2.052,38

Empr.: 3467 RAFAELA CRISTINA GONCALVES MACHADO Situação: Trabalhando CPF: 515.632.518-17 PIS: 210.07045.88-6  
Cargo: 300 AUX. ADM. FARMACIA Vínculo: Celetista Adm: 19/05/2020 CTPS/Série: 035715/00457  
CC: 3 Depto: 3 Filial: 1 Salário: 1.495,53

1 HORAS NORMAIS	220,00	1.495,53 P	998	I.N.S.S.	8,08	137,72 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00 P				

ND: 0 Proventos: 1.704,53 Descontos: 137,72 Informativa: 136,36 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.566,81  
NF: 0 Base INSS: 1.704,53 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.704,53 Valor FGTS: 136,36 Base IRRF: 1.566,81

Empr.: 3588 ROSELI PEREIRA Situação: Trabalhando CPF: 302.528.948-12 PIS: 126.97510.15-1  
Cargo: 71 TEC. ENFERMAGEM Vínculo: Celetista Adm: 11/07/2020 CTPS/Série: 39501/00240  
CC: 1 Depto: 1 Filial: 1 Salário: 1.669,85

1 HORAS NORMAIS	146,67	1.113,23 P	998	I.N.S.S.	8,24	170,71 D
8697 HORAS AFAST. P/DOENÇA C/DIR.IN	73,33	556,62 P				
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	139,33 P				
9230 INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR	20,00	69,66 P				
204 ADICIONAL NOTURNO 40%	63,30	192,18 P				

ND: 0 Proventos: 2.071,02 Descontos: 170,71 Informativa: 165,68 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.900,31  
NF: 0 Base INSS: 2.071,02 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 2.071,02 Valor FGTS: 165,68 Base IRRF: 1.900,31

Doença período igual ou inferior a 15 dias: 28/07/2020 a 07/08/2020  
Doença período igual ou inferior a 15 dias: 08/08/2020 a 10/08/2020

Empr.: 3457 ROSIANE DE SOUZA SOARES Situação: Trabalhando CPF: 351.389.678-60 PIS: 128.32634.15-1  
Cargo: 71 TEC. ENFERMAGEM Vínculo: Celetista Adm: 18/05/2020 CTPS/Série: 51865/00240  
CC: 1 Depto: 1 Filial: 1 Salário: 1.669,85

1 HORAS NORMAIS	161,33	1.224,56 P	998	I.N.S.S.	8,17	153,41 D
8697 HORAS AFAST. P/DOENÇA C/DIR.IN	58,67	445,29 P				
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	153,27 P				
9230 INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR	20,00	55,74 P				

ND: 0 Proventos: 1.878,86 Descontos: 153,41 Informativa: 150,30 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.725,45  
NF: 0 Base INSS: 1.878,86 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.878,86 Valor FGTS: 150,30 Base IRRF: 1.725,45

Doença período igual ou inferior a 15 dias: 19/08/2020 a 26/08/2020  
Doença período igual ou inferior a 15 dias: 27/08/2020 a 02/09/2020

Empr.: 3454 ROZINEI MECHON NUNES Situação: Trabalhando CPF: 095.696.518-06 PIS: 122.52296.91-9  
Cargo: 71 TEC. ENFERMAGEM Vínculo: Celetista Adm: 18/05/2020 CTPS/Série: 50999/00048  
CC: 1 Depto: 1 Filial: 1 Salário: 1.669,85

1 HORAS NORMAIS	220,00	1.669,85 P	998	I.N.S.S.	8,17	153,41 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00 P				

ND: 0 Proventos: 1.878,85 Descontos: 153,41 Informativa: 150,30 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.725,44  
NF: 0 Base INSS: 1.878,85 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.878,85 Valor FGTS: 150,30 Base IRRF: 1.725,44

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁFOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

Empresa: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA  
CNPJ: 45.349.461/0015-08  
Cálculo: Folha Mensal  
Competência: 08/2020

Página: 16/19  
Emissão: 14/10/2020  
Horas: 08:46:27

### EXTRATO MENSAL

Empr.: 3453 SANDRA MIOTTI FAUSTINO Situação: Trabalhando CPF: 282.500.408-13 PIS: 128.26522.85-1  
Cargo: 56 ENFERMEIRO (A) Vínculo: Celetista Adm: 18/05/2020 CTPS/Série: 61813/00154  
CC: 1 Depto: 1 Filial: 1 Salário: 2.648,29

1 HORAS NORMAIS	220,00	2.648,29 P	998	I.N.S.S.	9,26	264,50 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00 P	999	IMPOSTO DE RENDA	7,50	51,66 D

ND: 0 Proventos: 2.857,29 Descontos: 316,16 Informativa: 228,58 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 2.541,13  
NF: 0 Base INSS: 2.857,29 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 2.857,29 Valor FGTS: 228,58 Base IRRF: 2.592,79

Empr.: 3485 SILENE DE OLIVEIRA RODRIGUES DE LARA Situação: Trabalhando CPF: 286.367.568-04 PIS: 126.96627.17-9  
Cargo: 71 TEC. ENFERMAGEM Vínculo: Celetista Adm: 19/05/2020 CTPS/Série: 67926/154  
CC: 2 Depto: 2 Filial: 1 Salário: 1.669,85

1 HORAS NORMAIS	220,00	1.669,85 P	998	I.N.S.S.	8,42	184,32 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00 P				
204 ADICIONAL NOTURNO 40%	102,20	310,29 P				

ND: 0 Proventos: 2.189,14 Descontos: 184,32 Informativa: 175,13 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 2.004,82  
NF: 0 Base INSS: 2.189,14 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 2.189,14 Valor FGTS: 175,13 Base IRRF: 2.004,82

Empr.: 3495 SILVIA ANDREA RODRIGUES DE LIMA Situação: Trabalhando CPF: 148.829.508-55 PIS: 170.34569.50-7  
Cargo: 71 TEC. ENFERMAGEM Vínculo: Celetista Adm: 19/05/2020 CTPS/Série: 47910/173  
CC: 1 Depto: 1 Filial: 1 Salário: 1.669,85

1 HORAS NORMAIS	212,67	1.614,19 P	998	I.N.S.S.	8,14	147,77 D
8697 HORAS AFAST. P/DOENÇA C/DIR.IN	7,33	55,66 P	8792	DIAS FALTAS	1,00	55,66 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	195,07 P				
9230 INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR	20,00	6,96 P				

ND: 0 Proventos: 1.871,88 Descontos: 203,43 Informativa: 145,29 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.668,45  
NF: 0 Base INSS: 1.816,22 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.816,22 Valor FGTS: 145,29 Base IRRF: 1.668,45

Doença período igual ou inferior a 15 dias: 03/08/2020 a 03/08/2020

Empr.: 3519 SILVIA APARECIDA DE OLIVEIRA Situação: Trabalhando CPF: 077.945.868-01 PIS: 124.85705.77-3  
Cargo: 56 ENFERMEIRO (A) Vínculo: Celetista Adm: 19/05/2020 CTPS/Série: 098569/603  
CC: 2 Depto: 2 Filial: 1 Salário: 2.648,29

1 HORAS NORMAIS	198,00	2.383,46 P	998	I.N.S.S.	9,54	302,09 D
8697 HORAS AFAST. P/DOENÇA C/DIR.IN	22,00	264,83 P	999	IMPOSTO DE RENDA	15,00	74,70 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	188,10 P				
9230 INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR	20,00	20,90 P				
204 ADICIONAL NOTURNO 40%	64,00	308,16 P				

ND: 0 Proventos: 3.165,45 Descontos: 376,79 Informativa: 253,23 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 2.788,66  
NF: 0 Base INSS: 3.165,45 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 3.165,45 Valor FGTS: 253,23 Base IRRF: 2.863,36

Doença período igual ou inferior a 15 dias: 28/07/2020 a 03/08/2020

Empr.: 3514 SIMONE ROCHA CARIS DE OLIVEIRA Situação: Trabalhando CPF: 321.401.358-06 PIS: 206.94570.22-7  
Cargo: 71 TEC. ENFERMAGEM Vínculo: Celetista Adm: 19/05/2020 CTPS/Série: 47237/261  
CC: 1 Depto: 1 Filial: 1 Salário: 1.669,85

1 HORAS NORMAIS	154,00	1.168,89 P	998	I.N.S.S.	8,18	155,60 D
8697 HORAS AFAST. P/DOENÇA C/DIR.IN	66,00	500,96 P				
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	146,30 P				
9230 INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR	20,00	62,70 P				
204 ADICIONAL NOTURNO 40%	8,00	24,29 P				

ND: 1 Proventos: 1.903,14 Descontos: 155,60 Informativa: 152,25 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.747,54  
NF: 0 Base INSS: 1.903,14 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.903,14 Valor FGTS: 152,25 Base IRRF: 1.557,95

Doença período igual ou inferior a 15 dias: 27/07/2020 a 02/08/2020

Doença período igual ou inferior a 15 dias: 03/08/2020 a 09/08/2020

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

Empresa: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA  
CNPJ: 45.349.461/0015-08  
Cálculo: Folha Mensal  
Competência: 08/2020

Página: 17/19  
Emissão: 14/10/2020  
Horas: 08:46:27

### EXTRATO MENSAL

Empr.: 3504 STEFANY CORREIA MARTINS Situação: Trabalhando CPF: 454.080.478-22 PIS: 163.26937.41-9  
Cargo: 71 TEC. ENFERMAGEM Vínculo: Celetista Adm: 19/05/2020 CTPS/Série: 015556/00441  
CC: 1 Depto: 1 Filial: 1 Salário: 1.669,85

1 HORAS NORMAIS	220,00	1.669,85 P	998	I.N.S.S.	9,37	278,78 D
250 REFLEXO EXTRAS DSR	0,00	118,25 P	999	IMPOSTO DE RENDA	7,50	59,52 D
200 HORAS EXTRAS 100%	36,00	614,90 P				
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00 P				
204 ADICIONAL NOTURNO 40%	120,00	364,33 P				

ND: 0 Proventos: 2.976,33 Descontos: 338,30 Informativa: 238,10 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 2.638,03  
NF: 0 Base INSS: 2.976,33 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 2.976,33 Valor FGTS: 238,10 Base IRRF: 2.697,55

Empr.: 3561 TATIANA SOARES Situação: Trabalhando CPF: 296.718.238-90 PIS: 126.25996.15-5  
Cargo: 56 ENFERMEIRO (A) Vínculo: Celetista Adm: 04/06/2020 CTPS/Série: 83633/00154  
CC: 2 Depto: 2 Filial: 1 Salário: 2.648,25

1 HORAS NORMAIS	220,00	2.648,25 P	998	I.N.S.S.	9,89	339,84 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00 P	999	IMPOSTO DE RENDA	15,00	109,48 D
204 ADICIONAL NOTURNO 40%	120,00	577,80 P				

ND: 0 Proventos: 3.435,05 Descontos: 449,32 Informativa: 274,80 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 2.985,73  
NF: 0 Base INSS: 3.435,05 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 3.435,05 Valor FGTS: 274,80 Base IRRF: 3.095,21

Empr.: 3512 THAWANY YURI KAWAMURA Situação: Trabalhando CPF: 413.488.648-18 PIS: 207.84985.07-8  
Cargo: 71 TEC. ENFERMAGEM Vínculo: Celetista Adm: 19/05/2020 CTPS/Série: 84975/315  
CC: 1 Depto: 1 Filial: 1 Salário: 1.669,85

1 HORAS NORMAIS	139,33	1.057,57 P	998	I.N.S.S.	8,23	168,71 D
8697 HORAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.IN	80,67	612,28 P				
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	132,37 P				
9230 INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR	20,00	76,64 P				
204 ADICIONAL NOTURNO 40%	56,00	170,02 P				

ND: 0 Proventos: 2.048,88 Descontos: 168,71 Informativa: 163,91 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.880,17  
NF: 0 Base INSS: 2.048,88 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 2.048,88 Valor FGTS: 163,91 Base IRRF: 1.880,17

Doença período igual ou inferior a 15 dias: 29/07/2020 a 04/08/2020  
Doença período igual ou inferior a 15 dias: 05/08/2020 a 11/08/2020

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

**EXTRATO MENSAL**

**Empr.:** 3476 YASMIN MARISSOL ZANON      **Situação:** Demitido      **CPF:** 430.662.718-70      **PIS:** 161.83264.54-8  
**Cargo:** 14 RECEPCIONISTA      **Vínculo:** Celetista      **Adm:** 18/05/2020      **CTPS/Série:** 066609/00383  
**CC:** 4      **Depto:** 5      **Filial:** 1      **Salário:** 1.495,53

9179 SALDO DE SALARIO HORAS	132,00	897,32 P	51	LIQUIDO RESCISAO	0,00	3.984,88 D
8550 13 SALARIO INTEGRAL RESCISAO	3,00	373,88 P	208	DESC VALE REFEIÇÃO	85,44	85,44 D
8551 MEDIA HORAS 13o RESCISAO	3,00	19,72 P	826	INSS SOBRE RESCISAO	7,60	85,41 D
8553 VANTAGENS 13o RESCISAO	3,00	52,25 P	989	INSS 13 SAL.RESCISAO	7,50	44,58 D
803 13o 1/12 INDENIZADO	1,00	124,63 P	828	IRRF SOBRE RESCISAO	7,50	55,52 D
8153 MEDIA HORAS 13o 1/12 INDENIZAD	1,00	6,57 P				
8154 VANTAGENS 13o 1/12 INDENIZADO	1,00	17,42 P				
29 FERIAS PROPORCIONAIS	3,00	373,88 P				
811 FERIAS 1/12 INDENIZADO	1,00	124,63 P				
815 MEDIA HR FER PROPORCIONAL	3,00	13,14 P				
817 VANTAGEM FER PROPORCIONAL	3,00	52,25 P				
8126 1/3 FERIAS INDENIZADAS RESC	33,33	48,81 P				
8157 MEDIA HORAS FERIAS 1/12 INDENI.	1,00	4,38 P				
8158 VANTAGENS FERIAS 1/12 INDENIZA	1,00	17,42 P				
8169 1/3 FERIAS PROPORCIONAIS RESCI	33,33	146,42 P				
22 AVISO PREVIO	30,00	1.495,53 P				
8145 MEDIA HORAS AVISO PREVIO	30,00	52,57 P				
8146 VANTAGENS AVISO PREVIO	30,00	209,00 P				
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	125,40 P				
204 ADICIONAL NOTURNO 40%	37,00	100,61 P				

**ND:** 0 Proventos: 4.255,83      **Descontos:** 4.255,83      **Informativa:** 527,18      **Informativa Dedutora:** 0      **Líquido:** 0,00  
**NF:** 0 Base INSS: 1.717,80      **Excedente INSS:** 0,00      **Base FGTS:** 3.474,90      **Valor FGTS:** 527,18      **Base IRRF:** 1.587,81

DEMITIDO EM 18/08/2020 - MOTIVO 2-Demitido SEM justa causa

**Total Geral Proventos:** 171.044,56      **Total Geral Descontos:** 37.439,76  
**Líquido Geral:** 133.604,80

**Resumo por Rubrica**

1 HORAS NORMAIS	12.954,68	109.513,09 P	49	AVISO PREVIO REAVIDO	30,00	2.648,29 D
16 INSALUBRIDADE 20%	1.560,00	13.090,36 P	51	LIQUIDO RESCISAO	0,00	17.173,84 D
22 AVISO PREVIO	30,00	1.495,53 P	208	DESC VALE REFEIÇÃO	840,16	840,16 D
29 FERIAS PROPORCIONAIS	23,00	3.401,55 P	228	DESCONTO AJUSTE	23,48	23,48 D
200 HORAS EXTRAS 100%	113,15	2.405,42 P	826	INSS SOBRE RESCISAO	70,35	913,57 D
204 ADICIONAL NOTURNO 40%	3.034,81	10.073,09 P	828	IRRF SOBRE RESCISAO	97,50	685,92 D
221 AJUDA DE CUSTO	250,00	250,00 P	842	MULTA ESTABILIDADE Art. 480/CLT	12,00	375,77 D
250 REFLEXO EXTRAS DSR	0,00	465,41 P	989	INSS 13 SAL.RESCISAO	67,50	337,89 D
803 13o 1/12 INDENIZADO	1,00	124,63 P	998	I.N.S.S.	577,85	12.803,98 D
811 FERIAS 1/12 INDENIZADO	1,00	124,63 P	999	IMPOSTO DE RENDA	210,00	1.372,20 D
815 MEDIA HR FER PROPORCIONAL	19,00	263,55 P	8150	VANTAGENS AVISO PRÉVIO REAVIDC	30,00	209,00 D
817 VANTAGEM FER PROPORCIONAL	23,00	400,59 P	8792	DIAS FALTAS	1,00	55,66 D
8126 1/3 FERIAS INDENIZADAS RESC	33,33	48,81 P				
8145 MEDIA HORAS AVISO PREVIO	30,00	52,57 P				
8146 VANTAGENS AVISO PREVIO	30,00	209,00 P				
8153 MEDIA HORAS 13o 1/12 INDENIZAD	1,00	6,57 P				
8154 VANTAGENS 13o 1/12 INDENIZADO	1,00	17,42 P				
8157 MEDIA HORAS FERIAS 1/12 INDENI.	1,00	4,38 P				
8158 VANTAGENS FERIAS 1/12 INDENIZA	1,00	17,42 P				
8169 1/3 FERIAS PROPORCIONAIS RESCI	299,97	1.355,23 P				
8550 13 SALARIO INTEGRAL RESCISAO	24,00	3.540,71 P				
8551 MEDIA HORAS 13o RESCISAO	20,00	398,40 P				
8553 VANTAGENS 13o RESCISAO	24,00	418,00 P				
8697 HORAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.IN	1.803,99	15.356,18 P				
9179 SALDO DE SALARIO HORAS	792,00	6.298,24 P				
9230 INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR	620,00	1.713,78 P				

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
 FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
 PREFEITURA MUNICIPAL DE PENAPOLIS  
 HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

**Líquido Geral:** 133.604,80

**EXTRATO MENSAL**

**Situações**

Número de empregados:	78	Salário contribuição empregados:	163.365,64	Base IRRF Mensal:	140.971,38
Numero de estagiários:	0	Salário contribuição contribuintes:	0,00	Valor IRRF Mensal:	2.058,12
Trabalhando:	69	Excedente:	0,00	Base IRRF Férias:	0,00
Afastado direitos integrais:	0	Base total:	163.365,64	Valor IRRF Férias:	0,00
Afastado acidente de trabalho:	0	Segurados:	14.055,44	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:	0	Sub-Total:	14.055,44	Base IRRF 13º Salário:	4.167,84
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:	2.058,12
Demitido:	9	Compensações:	0,00	IRRF Aluguéis:	0,00
Transferido:	0	Valores pagos a Cooperativas:	0,00	IRRF contribuintes:	0,00
Férias:	0	Outras Compensações:	0,00	Base do FGTS:	151.280,12
Mandato sindical:	0	Total:	14.055,44	Valor do FGTS:	12.102,10
Aposentadoria:	0	Terceiros:	0,00	Base do FGTS Aprendiz:	0,00
Partic. curso/programa de qualificação:	0	Total INSS:	14.055,44	Valor do FGTS Aprendiz:	0,00
Ausência justificada:	0			Base FGTS - GRRF:	13.529,48
Outros motivos de afastamento:	0			FGTS - GRRF:	1.331,49
Admissões:	4			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
				<b>Líquido Geral:</b>	<b>133.604,80</b>

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
 FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
 PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
 HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19



## Aviso de lanÇamento

G3351108570038471  
11/10/2020 15:16:14

AgÃncia 3062-7  
Conta corrente 36311-1 ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

---

Data 03/09/2020 Valor R\$ 2.200,64 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 151, lanÇado a dÃbito\* em sua conta corrente 36311-1, agÃncia 3062-7, na data acima.

Pagamento efetuado a ADRIANA APARECIDA CANATTO, na conta 90.410, agÃncia 0295 do banco 001.

(Dois mil e duzentos reais e sessenta e quatro centavos)

---

\* Este aviso de lanÇamento nÃo Ã vÃlido como comprovante da operaÃÃo 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 Ã soma de todos os pagamentos processados pela remessa indicada.

Documento emitido por: JOAO P M P AFFONSO em 11/10/2020 15:16:14

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENAPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL  
 CNPJ: 45.349.461/0015-08

CC: ENFERMARIA  
 Mensalista

Folha Mensal  
 Agosto de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Fórmula
3532	ADRIANA APARECIDA CANATTO AUGUSTO TEC. ENFERMAGEM	322205	2	1
		Admissão:	22/05/2020	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
1	HORAS NORMAIS	220,00	1.669,85		
250	REFLEXO EXTRAS DSR	0,00	39,42		
200	HORAS EXTRAS 100%	12,00	204,97		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00		
204	ADICIONAL NOTURNO 40%	104,00	315,75		
998	I.N.S.S.	8,79		214,30	
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		24,05	
			<b>Total de Vencimentos</b>	<b>Total de Descontos</b>	
			2.438,99	238,35	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 90410-4			Valor Líquido →	2.200,64	
Agência: 0295 - X					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	FGTS do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.669,85	2.438,99	2.438,99	195,11	2.224,69	7,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL  
 CNPJ: 45.349.461/0015-08

CC: ENFERMARIA  
 Mensalista

Folha Mensal  
 Agosto de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Fórmula
3532	ADRIANA APARECIDA CANATTO AUGUSTO TEC. ENFERMAGEM	322205	2	1
		Admissão:	22/05/2020	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
1	HORAS NORMAIS	220,00	1.669,85		
250	REFLEXO EXTRAS DSR	0,00	39,42		
200	HORAS EXTRAS 100%	12,00	204,97		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00		
204	ADICIONAL NOTURNO 40%	104,00	315,75		
998	I.N.S.S.	8,79		214,30	
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		24,05	
			<b>Total de Vencimentos</b>	<b>Total de Descontos</b>	
			2.438,99	238,35	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 90410-4			Valor Líquido →	2.200,64	
Agência: 0295 - X					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	FGTS do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.669,85	2.438,99	2.438,99	195,11	2.224,69	7,50

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 001/2020  
 FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
 PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
 HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data



## Aviso de lanÇamento

G3351108570038471  
11/10/2020 15:16:14

AgÇncia 3062-7  
Conta corrente 36311-1 ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

---

Data 03/09/2020 Valor R\$ 1.938,29 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 151, lanÇado a dÇbito\* em sua conta corrente 36311-1, agÇncia 3062-7, na data acima.

Pagamento efetuado a ALESSANDRA ALVES DA SILVA, na conta 90.408, agÇncia 0295 do banco 001.

(Um mil e novecentos e trinta e oito reais e vinte e nove centavos)

---

\* Este aviso de lanÇamento nÇo Å vÇlido como comprovante da operaÇÇo 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 Å soma de todos os pagamentos processados pela remessa indicada.

Documento emitido por: JOAO P M P AFFONSO em 11/10/2020 15:16:14

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19



ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL  
CNPJ: 45.349.461/0015-08

CC: ENFERMARIA  
Mensalista

Folha Mensal  
Agosto de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
3486	ALESSANDRA ALVES DA SILVA TEC. ENFERMAGEM	322205	2	1

Admissão: 18/05/2020

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
1	HORAS NORMAIS	220,00	1.669,85		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00		
204	ADICIONAL NOTURNO 40%	77,30	234,69		
998	I.N.S.S.	8,29		175,25	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			2.113,54	175,25	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 90408-2			Valor Líquido →	1.938,29	
Agência: 0295 - X					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.669,85	2.113,54	2.113,54	169,08	1.938,29	7,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

\*\*\* PARABÉNS PELO SEU ANIVERSÁRIO NO DIA 08 DE SETEMBRO \*\*\*

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL  
CNPJ: 45.349.461/0015-08

CC: ENFERMARIA  
Mensalista

Folha Mensal  
Agosto de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
3486	ALESSANDRA ALVES DA SILVA TEC. ENFERMAGEM	322205	2	1

Admissão: 18/05/2020

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
1	HORAS NORMAIS	220,00	1.669,85		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00		
204	ADICIONAL NOTURNO 40%	77,30	234,69		
998	I.N.S.S.	8,29		175,25	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			2.113,54	175,25	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 90408-2			Valor Líquido →	1.938,29	
Agência: 0295 - X					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.669,85	2.113,54	2.113,54	169,08	1.938,29	7,50

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

\*\*\* PARABÉNS PELO SEU ANIVERSÁRIO NO DIA 08 DE SETEMBRO \*\*\*



## Aviso de lanÃ§amento

G3351108570038471  
11/10/2020 15:16:14

AgÃªncia 3062-7  
Conta corrente 36311-1 ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

---

Data 03/09/2020 Valor R\$ 289,66 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 151, lanÃ§ado a dÃ©bito\* em sua conta corrente 36311-1, agÃªncia 3062-7, na data acima.

Pagamento efetuado a ALESSANDRA SOARES LOPES, na conta 10.362, agÃªncia 0347 do banco 001.

(Duzentos e oitenta e nove reais e sessenta e seis centavos)

---

\* Este aviso de lanÃ§amento nÃ£o Ã© vÃ¡lido como comprovante da operaÃ§Ã£o e demonstra apenas que houve um lanÃ§amento em conta corrente.

\* O valor constante deste aviso de lanÃ§amento corresponde ao valor individual pago ao favorecido informado neste documento. O total debitado em conta corrente corresponde Ã soma de todos os pagamentos processados pela remessa indicada.

Documento emitido por: JOAO P M P AFFONSO em 11/10/2020 15:16:14

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL  
 CNPJ: 45.349.461/0015-08 CC: ENFERMARIA Mensalista  
 Folha Mensal Agosto de 2020

Código 3718 Nome do Funcionário ALESSANDRA SOARES LOPES  
 TEC. ENFERMAGEM CBO 322205 Departamento 2 Fíal 1  
 Admissão: 26/08/2020

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
1	HORAS NORMAIS	36,67	278,31		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	34,83		
998	I.N.S.S.	7,50		23,48	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			313,14	23,48	
BANCO DO BRASIL 1 conta poupança: 10.362-4 Agência: 0347 - 6			Valor Líquido →	289,66	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.669,85	313,14	313,14	25,05	289,66	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL  
 CNPJ: 45.349.461/0015-08 CC: ENFERMARIA Mensalista  
 Folha Mensal Agosto de 2020

Código 3718 Nome do Funcionário ALESSANDRA SOARES LOPES  
 TEC. ENFERMAGEM CBO 322205 Departamento 2 Fíal 1  
 Admissão: 26/08/2020

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
1	HORAS NORMAIS	36,67	278,31		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	34,83		
998	I.N.S.S.	7,50		23,48	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			313,14	23,48	
BANCO DO BRASIL 1 conta poupança: 10.362-4 Agência: 0347 - 6			Valor Líquido →	289,66	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.669,85	313,14	313,14	25,05	289,66	0,00

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 95/2020  
 FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
 PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
 HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data



## Aviso de lanÃ§amento

G3351108570038471  
11/10/2020 15:16:14

AgÃªncia 3062-7  
Conta corrente 36311-1 ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

---

Data 03/09/2020 Valor R\$ 1.766,87 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 151, lanÃ§ado a dÃ©bito\* em sua conta corrente 36311-1, agÃªncia 3062-7, na data acima.

Pagamento efetuado a ALEXANDRE DUMAS DE OLIVEI, na conta 90.407, agÃªncia 0295 do banco 001.

(Um mil e setecentos e sessenta e seis reais e oitenta e sete centavos)

---

\* Este aviso de lanÃ§amento nÃ£o Ã© vÃ¡lido como comprovante da operaÃ§Ã£o e demonstra apenas que houve um lanÃ§amento em conta corrente.

\* O valor constante deste aviso de lanÃ§amento corresponde ao valor individual pago ao favorecido informado neste documento. O total debitado em conta corrente corresponde Ã soma de todos os pagamentos processados pela remessa indicada.

Documento emitido por: JOAO P M P AFFONSO em 11/10/2020 15:16:14

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL  
 CNPJ: 45.349.461/0015-08 CC: UTI Mensalista  
 Folha Mensal Agosto de 2020

Código Nome do Funcionário CBO Departamento Fíal  
 3455 ALEXANDRE DUMAS DE OLIVEIRA DA SILVA 322205 1 1  
 TEC. ENFERMAGEM Admissão: 18/05/2020

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
1	HORAS NORMAIS	212,67	1.614,19		
8697	HORAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTEGRAIS	7,33	55,66		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	202,03		
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	6,96		
204	ADICIONAL NOTURNO 40%	15,00	45,54		
998	I.N.S.S.	8,18		157,51	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.924,38	157,51	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 90407-4 Agência: 0295 - X			Valor Líquido →	1.766,87	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FG.T.S do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.669,85	1.924,38	1.924,38	153,95	1.766,87	0,00

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL  
 CNPJ: 45.349.461/0015-08 CC: UTI Mensalista  
 Folha Mensal Agosto de 2020

Código Nome do Funcionário CBO Departamento Fíal  
 3455 ALEXANDRE DUMAS DE OLIVEIRA DA SILVA 322205 1 1  
 TEC. ENFERMAGEM Admissão: 18/05/2020

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
1	HORAS NORMAIS	212,67	1.614,19		
8697	HORAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTEGRAIS	7,33	55,66		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	202,03		
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	6,96		
204	ADICIONAL NOTURNO 40%	15,00	45,54		
998	I.N.S.S.	8,18		157,51	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.924,38	157,51	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 90407-4 Agência: 0295 - X			Valor Líquido →	1.766,87	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FG.T.S do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.669,85	1.924,38	1.924,38	153,95	1.766,87	0,00

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 98/2020  
 FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
 PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
 HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

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



## Aviso de lanÇamento

G3351108570038471  
11/10/2020 15:16:14

Agªncia 3062-7  
Conta corrente 36311-1 ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

---

Data 03/09/2020 Valor R\$ 1.725,44 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 151, lanÇado a dªbito\* em sua conta corrente 36311-1, agªncia 3062-7, na data acima.

Pagamento efetuado a ALEXANDRE TEIXEIRA DA SIL, na conta 90.406, agªncia 0295 do banco 001.

(Um mil e setecentos e vinte e cinco reais e quarenta e quatro centavos)

---

\* Este aviso de lanÇamento nªo ª vªlido como comprovante da operaÇªo 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 ª soma de todos os pagamentos processados pela remessa indicada.

Documento emitido por: JOAO P M P AFFONSO em 11/10/2020 15:16:14

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO IP 90/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL CNPJ: 45.349.461/0015-08		CC: ENFERMARIA Mensalista		Folha Mensal Agosto de 2020	
Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial	
3493	ALEXANDRE TEIXEIRA DA SILVA TEC. ENFERMAGEM	322205	2	1	
			Admissão:	19/05/2020	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
1	HORAS NORMAIS	154,00	1.168,89		
8697	HORAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTEGRAIS	66,00	500,96		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	146,30		
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	62,70		
998	I.N.S.S.	8,17		153,41	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.878,85	153,41	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 90406-6			Valor Líquido →	1.725,44	
Agência: 0295 - X					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FG.T.S do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.669,85	1.878,85	1.878,85	150,30	1.346,26	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL CNPJ: 45.349.461/0015-08		CC: ENFERMARIA Mensalista		Folha Mensal Agosto de 2020	
Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial	
3493	ALEXANDRE TEIXEIRA DA SILVA TEC. ENFERMAGEM	322205	2	1	
			Admissão:	19/05/2020	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
1	HORAS NORMAIS	154,00	1.168,89		
8697	HORAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTEGRAIS	66,00	500,96		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	146,30		
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	62,70		
998	I.N.S.S.	8,17		153,41	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.878,85	153,41	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 90406-6			Valor Líquido →	1.725,44	
Agência: 0295 - X					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FG.T.S do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.669,85	1.878,85	1.878,85	150,30	1.346,26	0,00

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 98/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data



## Aviso de lanÇamento

G3351108570038471  
11/10/2020 15:16:14

AgÃncia 3062-7  
Conta corrente 36311-1 ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

Data 03/09/2020 Valor R\$ 2.060,66 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 151, lanÇado a dÃbito\* em sua conta corrente 36311-1, agÃncia 3062-7, na data acima.

Pagamento efetuado a AMANDA CRISTINA DA SILVA, na conta 90.405, agÃncia 0295 do banco 001.

(Dois mil e sessenta reais e sessenta e seis centavos)

\* Este aviso de lanÇamento nÃo Ã vÃlido 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 Ã soma de todos os pagamentos processados pela remessa indicada.

Documento emitido por: JOAO P M P AFFONSO em 11/10/2020 15:16:14

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 66/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19



ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL  
 CNPJ: 45.349.461/0015-08 CC: ENFERMARIA Mensalista  
 Folha Mensal Agosto de 2020

Código Nome do Funcionário CBO Departamento Fíal  
 3483 AMANDA CRISTINA DA SILVA GOVEA 322205 2 1  
 TEC. ENFERMAGEM Admissão: 19/05/2020

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
1	HORAS NORMAIS	220,00	1.669,85		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00		
204	ADICIONAL NOTURNO 40%	123,10	373,74		
998	I.N.S.S.	8,52		191,93	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			2.252,59	191,93	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 90405-8 Agência: 0295 - X			Valor Líquido →	2.060,66	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.669,85	2.252,59	2.252,59	180,20	1.871,07	0,00

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL  
 CNPJ: 45.349.461/0015-08 CC: ENFERMARIA Mensalista  
 Folha Mensal Agosto de 2020

Código Nome do Funcionário CBO Departamento Fíal  
 3483 AMANDA CRISTINA DA SILVA GOVEA 322205 2 1  
 TEC. ENFERMAGEM Admissão: 19/05/2020

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
1	HORAS NORMAIS	220,00	1.669,85		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00		
204	ADICIONAL NOTURNO 40%	123,10	373,74		
998	I.N.S.S.	8,52		191,93	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			2.252,59	191,93	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 90405-8 Agência: 0295 - X			Valor Líquido →	2.060,66	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.669,85	2.252,59	2.252,59	180,20	1.871,07	0,00

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
 FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
 PREFEITURA MUNICIPAL DE FENAPOLIS  
 HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

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



## Aviso de lanÇamento

G3351108570038471  
11/10/2020 15:16:14

AgÃncia 3062-7  
Conta corrente 36311-1 ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

---

Data 03/09/2020 Valor R\$ 1.725,44 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 151, lanÇado a dÃbito\* em sua conta corrente 36311-1, agÃncia 3062-7, na data acima.

Pagamento efetuado a ANA PAULA FERREIRA, na conta 90.404, agÃncia 0295 do banco 001.

(Um mil e setecentos e vinte e cinco reais e quarenta e quatro centavos)

---

\* Este aviso de lanÇamento nÃo Ã vÃlido 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 Ã soma de todos os pagamentos processados pela remessa indicada.

Documento emitido por: JOAO P M P AFFONSO em 11/10/2020 15:16:14

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL  
 CNPJ: 45.349.461/0015-08 CC: ENFERMARIA Mensalista  
 Folha Mensal Agosto de 2020

Código: 3481 Nome do Funcionário: ANA PAULA FERREIRA  
 TEC. ENFERMAGEM CBO: 322205 Departamento: 2 Físal: 1  
 Admissão: 18/05/2020

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
1	HORAS NORMAIS	176,00	1.335,88		
8697	HORAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTEGRAIS	44,00	333,97		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	167,20		
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	41,80		
998	I.N.S.S.	8,17		153,41	
			<b>Total de Vencimentos</b>	<b>Total de Descontos</b>	
			1.878,85	153,41	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 90404-x Agência: 0295 - X			<b>Valor Líquido</b> →	1.725,44	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FG.T.S do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.669,85	1.878,85	1.878,85	150,30	1.725,44	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL  
 CNPJ: 45.349.461/0015-08 CC: ENFERMARIA Mensalista  
 Folha Mensal Agosto de 2020

Código: 3481 Nome do Funcionário: ANA PAULA FERREIRA  
 TEC. ENFERMAGEM CBO: 322205 Departamento: 2 Físal: 1  
 Admissão: 18/05/2020

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
1	HORAS NORMAIS	176,00	1.335,88		
8697	HORAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTEGRAIS	44,00	333,97		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	167,20		
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	41,80		
998	I.N.S.S.	8,17		153,41	
			<b>Total de Vencimentos</b>	<b>Total de Descontos</b>	
			1.878,85	153,41	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 90404-x Agência: 0295 - X			<b>Valor Líquido</b> →	1.725,44	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FG.T.S do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.669,85	1.878,85	1.878,85	150,30	1.725,44	0,00

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
 FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
 PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
 HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data



## Aviso de lanÇamento

G3351108570038471  
11/10/2020 15:16:14

AgÇncia 3062-7  
Conta corrente 36311-1 ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

---

Data 03/09/2020 Valor R\$ 2.703,93 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 151, lanÇado a dÇbito\* em sua conta corrente 36311-1, agÇncia 3062-7, na data acima.

Pagamento efetuado a ANDERSON CARRIJO DA COSTA, na conta 90.403, agÇncia 0295 do banco 001.

(Dois mil e setecentos e trÇs reais e noventa e trÇs centavos)

---

\* Este aviso de lanÇamento nÇo Å vÇlido como comprovante da operaÇÇo 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 Å soma de todos os pagamentos processados pela remessa indicada.

Documento emitido por: JOAO P M P AFFONSO em 11/10/2020 15:16:14

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL  
CNPJ: 45.349.461/0015-08

CC: FARMÁCIA  
Mensalista

Folha Mensal  
Agosto de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Faixa
3477	ANDERSON CARRIJO DA COSTA FARMACEUTICO (A)	223405	3	1
		Admissão:	18/05/2020	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
1	HORAS NORMAIS	220,00	2.848,29		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00		
998	I.N.S.S.	9,44		288,50	
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		64,86	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			3.057,29	353,36	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 90403-1			Valor Líquido →	2.703,93	
			Agência: 0295 - X		
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
2.848,29	3.057,29	3.057,29	244,58	2.768,79	7,50

\*\*\* PARABÉNS PELO SEU ANIVERSÁRIO NO DIA 27 DE SETEMBRO \*\*\*

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL  
CNPJ: 45.349.461/0015-08

CC: FARMÁCIA  
Mensalista

Folha Mensal  
Agosto de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Faixa
3477	ANDERSON CARRIJO DA COSTA FARMACEUTICO (A)	223405	3	1
		Admissão:	18/05/2020	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
1	HORAS NORMAIS	220,00	2.848,29		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00		
998	I.N.S.S.	9,44		288,50	
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		64,86	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			3.057,29	353,36	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 90403-1			Valor Líquido →	2.703,93	
			Agência: 0295 - X		
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
2.848,29	3.057,29	3.057,29	244,58	2.768,79	7,50

\*\*\* PARABÉNS PELO SEU ANIVERSÁRIO NO DIA 27 DE SETEMBRO \*\*\*

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19



## Aviso de lanÇamento

G3351108570038471  
11/10/2020 15:16:14

AgÃncia 3062-7  
Conta corrente 36311-1 ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

---

Data 03/09/2020 Valor R\$ 1.747,54 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 151, lanÇado a dÃbito\* em sua conta corrente 36311-1, agÃncia 3062-7, na data acima.

Pagamento efetuado a BIANCA KLEM MARQUES, na conta 90.399, agÃncia 0295 do banco 001.

(Um mil e setecentos e quarenta e sete reais e cinqÃenta e quatro centavos)

---

\* Este aviso de lanÇamento nÃo Ã vÃlido como comprovante da operaÃÃo e demonstra apenas que houve um lanÇamento em conta c o r r e n t e .

\* O valor constante deste aviso de lanÇamento corresponde ao valor individual pago ao favorecido informado neste documento. O total debitado em conta corrente corresponde Ã soma de todos os pagamentos processados pela remessa indicada.

Documento emitido por: JOAO P M P AFFONSO em 11/10/2020 15:16:14

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL  
CNPJ: 45.349.461/0015-08

CC: ENFERMARIA  
Mensalista

Folha Mensal  
Agosto de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
3534	BIANCA KLEM MARQUES TEC. ENFERMAGEM	322205	2	1
		Admissão:	22/05/2020	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
1	HORAS NORMAIS	220,00	1.669,85		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00		
204	ADICIONAL NOTURNO 40%	8,00	24,29		
998	I.N.S.S.	8,18		155,60	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.903,14	155,60	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 90399-x Agência: 0295 - X			Valor Líquido →	1.747,54	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	FGTS do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.669,85	1.903,14	1.903,14	152,25	1.747,54	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL  
CNPJ: 45.349.461/0015-08

CC: ENFERMARIA  
Mensalista

Folha Mensal  
Agosto de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
3534	BIANCA KLEM MARQUES TEC. ENFERMAGEM	322205	2	1
		Admissão:	22/05/2020	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
1	HORAS NORMAIS	220,00	1.669,85		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00		
204	ADICIONAL NOTURNO 40%	8,00	24,29		
998	I.N.S.S.	8,18		155,60	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.903,14	155,60	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 90399-x Agência: 0295 - X			Valor Líquido →	1.747,54	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	FGTS do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.669,85	1.903,14	1.903,14	152,25	1.747,54	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19



## Aviso de lanÇamento

G3351108570038471  
11/10/2020 15:16:14

AgÃncia 3062-7  
Conta corrente 36311-1 ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

---

Data 03/09/2020 Valor R\$ 3.325,36 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 151, lanÇado a dÃbito\* em sua conta corrente 36311-1, agÃncia 3062-7, na data acima.

Pagamento efetuado a DANIELA PEREIRA BRANDAO, na conta 90.398, agÃncia 0295 do banco 001.

(TrÃs mil e trezentos e vinte e cinco reais e trinta e seis centavos)

---

\* Este aviso de lanÇamento nÃo Ã vÃlido 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 Ã soma de todos os pagamentos processados pela remessa indicada.

Documento emitido por: JOAO P M P AFFONSO em 11/10/2020 15:16:14

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19



ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL  
 CNPJ: 45.349.461/0015-08 CC: ENFERMARIA Mensalista  
 Folha Mensal Agosto de 2020

Código Nome do Funcionário CBO Departamento Filial  
 3482 DANIELA PEREIRA BRANDAO 223505 2 1  
 ENFERMEIRO (A) Admissão: 18/05/2020

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
1	HORAS NORMAIS	220,00	2.648,29		
250	REFLEXO EXTRAS DSR	0,00	74,93		
200	HORAS EXTRAS 100%	15,00	389,63		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00		
204	ADICIONAL NOTURNO 40%	120,00	577,81		
998	I.N.S.S.	10,38		404,88	
999	IMPOSTO DE RENDA	15,00		169,42	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			3.899,66	574,30	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 90398-1 Agência: 0295 - X			Valor Líquido →	3.325,36	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
2.648,29	3.899,66	3.899,66	311,97	3.494,78	15,00

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL  
 CNPJ: 45.349.461/0015-08 CC: ENFERMARIA Mensalista  
 Folha Mensal Agosto de 2020

Código Nome do Funcionário CBO Departamento Filial  
 3482 DANIELA PEREIRA BRANDAO 223505 2 1  
 ENFERMEIRO (A) Admissão: 18/05/2020

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
1	HORAS NORMAIS	220,00	2.648,29		
250	REFLEXO EXTRAS DSR	0,00	74,93		
200	HORAS EXTRAS 100%	15,00	389,63		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00		
204	ADICIONAL NOTURNO 40%	120,00	577,81		
998	I.N.S.S.	10,38		404,88	
999	IMPOSTO DE RENDA	15,00		169,42	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			3.899,66	574,30	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 90398-1 Agência: 0295 - X			Valor Líquido →	3.325,36	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
2.648,29	3.899,66	3.899,66	311,97	3.494,78	15,00

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
 FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
 PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
 HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

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



## Aviso de lanÇamento

G3351108570038471  
11/10/2020 15:16:14

AgÃncia 3062-7  
Conta corrente 36311-1 ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

---

Data 03/09/2020 Valor R\$ 1.725,44 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 151, lanÇado a dÃbito\* em sua conta corrente 36311-1, agÃncia 3062-7, na data acima.

Pagamento efetuado a DANIELE LEITE GREMES DUMA, na conta 90.397, agÃncia 0295 do banco 001.

(Um mil e setecentos e vinte e cinco reais e quarenta e quatro centavos)

---

\* Este aviso de lanÇamento nÃo Ã vÃlido 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 Ã soma de todos os pagamentos processados pela remessa indicada.

Documento emitido por: JOAO P M P AFFONSO em 11/10/2020 15:16:14

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL  
 CNPJ: 45.349.461/0015-08 CC: ENFERMARIA Mensalista  
 Folha Mensal Agosto de 2020

Código Nome do Funcionário CBO Departamento Faltas  
 3494 DANIELE LEITE GREMES DUMAS 322205 2 1  
 TEC. ENFERMAGEM Admissão: 19/05/2020

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
1	HORAS NORMAIS	220,00	1.669,85		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00		
998	I.N.S.S.	8,17		153,41	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.878,85	153,41	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 90397-3 Agência: 0295 - X			Valor Líquido →	1.725,44	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.669,85	1.878,85	1.878,85	150,30	1.725,44	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL  
 CNPJ: 45.349.461/0015-08 CC: ENFERMARIA Mensalista  
 Folha Mensal Agosto de 2020

Código Nome do Funcionário CBO Departamento Faltas  
 3494 DANIELE LEITE GREMES DUMAS 322205 2 1  
 TEC. ENFERMAGEM Admissão: 19/05/2020

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
1	HORAS NORMAIS	220,00	1.669,85		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00		
998	I.N.S.S.	8,17		153,41	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.878,85	153,41	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 90397-3 Agência: 0295 - X			Valor Líquido →	1.725,44	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.669,85	1.878,85	1.878,85	150,30	1.725,44	0,00

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 98/2020  
 FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
 PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
 HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data



## Aviso de lanÇamento

G3351108570038471  
11/10/2020 15:16:14

AgÃncia 3062-7  
Conta corrente 36311-1 ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

---

Data 03/09/2020 Valor R\$ 1.902,26 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 151, lanÇado a dÃbito\* em sua conta corrente 36311-1, agÃncia 3062-7, na data acima.

Pagamento efetuado a DANIELE PAOLA PIRES DOS S, na conta 90.396, agÃncia 0295 do banco 001.

(Um mil e novecentos e dois reais e vinte e seis centavos)

---

\* Este aviso de lanÇamento nÃo Ã vÃlido 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 Ã soma de todos os pagamentos processados pela remessa indicada.

Documento emitido por: JOAO P M P AFFONSO em 11/10/2020 15:16:14

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL  
 CNPJ: 45.349.461/0015-08 CC: UTI Mensalista  
 Folha Mensal Agosto de 2020

Código Nome do Funcionário CBO Departamento Fíal  
 3507 DANIELE PAOLA PIRES DOS SANTOS 322205 1 1  
 TEC. ENFERMAGEM Admissão: 19/05/2020

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
1	HORAS NORMAIS	132,00	1.001,91		
8697	HORAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTEGRAIS	88,00	667,94		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	125,40		
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	83,60		
204	ADICIONAL NOTURNO 40%	64,00	194,31		
998	I.N.S.S.	8,24		170,90	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			2.073,16	170,90	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 90396-5 Agência: 0295 - X			Valor Líquido →	1.902,26	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FG.TS do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.669,85	2.073,16	2.073,16	165,85	1.523,08	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL  
 CNPJ: 45.349.461/0015-08 CC: UTI Mensalista  
 Folha Mensal Agosto de 2020

Código Nome do Funcionário CBO Departamento Fíal  
 3507 DANIELE PAOLA PIRES DOS SANTOS 322205 1 1  
 TEC. ENFERMAGEM Admissão: 19/05/2020

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
1	HORAS NORMAIS	132,00	1.001,91		
8697	HORAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTEGRAIS	88,00	667,94		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	125,40		
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	83,60		
204	ADICIONAL NOTURNO 40%	64,00	194,31		
998	I.N.S.S.	8,24		170,90	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			2.073,16	170,90	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 90396-5 Agência: 0295 - X			Valor Líquido →	1.902,26	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FG.TS do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.669,85	2.073,16	2.073,16	165,85	1.523,08	0,00

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
 FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
 PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
 HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data



## Aviso de lanÇamento

G3351108570038471  
11/10/2020 15:16:14

AgÃncia 3062-7  
Conta corrente 36311-1 ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

---

Data 03/09/2020 Valor R\$ 3.837,00 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 151, lanÇado a dÃbito\* em sua conta corrente 36311-1, agÃncia 3062-7, na data acima.

Pagamento efetuado a DANILO AUGUSTO DAVID ZANE, na conta 90.395, agÃncia 0295 do banco 001.

(TrÃs mil e oitocentos e trinta e sete reais)

---

\* Este aviso de lanÇamento nÃo Ã vÃlido 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 Ã soma de todos os pagamentos processados pela remessa indicada.

Documento emitido por: JOAO P M P AFFONSO em 11/10/2020 15:16:14

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 06/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL  
CNPJ: 45.349.461/0015-08

CC: ADMINISTRATIVO  
Mensalista

Folha Mensal  
Agosto de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
3538	DANILO AUGUSTO DAVID ZANETTE ENFERMEIRO (A) RT	223505	6	1
		Admissão:	18/05/2020	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
1	HORAS NORMAIS	220,00	4.054,38		
221	AJUDA DE CUSTO	250,00	250,00		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00		
998	I.N.S.S.	10,69		455,80	
999	IMPOSTO DE RENDA	22,50		220,58	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			4.513,38	676,38	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 90395-7			Valor Líquido →	3.837,00	
Agência: 0295 - X					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	FG.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
4.054,38	4.263,38	4.263,38	341,07	3.807,58	22,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL  
CNPJ: 45.349.461/0015-08

CC: ADMINISTRATIVO  
Mensalista

Folha Mensal  
Agosto de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
3538	DANILO AUGUSTO DAVID ZANETTE ENFERMEIRO (A) RT	223505	6	1
		Admissão:	18/05/2020	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
1	HORAS NORMAIS	220,00	4.054,38		
221	AJUDA DE CUSTO	250,00	250,00		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00		
998	I.N.S.S.	10,69		455,80	
999	IMPOSTO DE RENDA	22,50		220,58	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			4.513,38	676,38	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 90395-7			Valor Líquido →	3.837,00	
Agência: 0295 - X					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	FG.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
4.054,38	4.263,38	4.263,38	341,07	3.807,58	22,50

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 95/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data



## Aviso de lanÇamento

G3351108570038471  
11/10/2020 15:16:14

AgÃncia 3062-7  
Conta corrente 36311-1 ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

---

Data 03/09/2020 Valor R\$ 1.688,06 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 151, lanÇado a dÃbito\* em sua conta corrente 36311-1, agÃncia 3062-7, na data acima.

Pagamento efetuado a DEBORA MATEUS CAETANO, na conta 90.394, agÃncia 0295 do banco 001.

(Um mil e seiscentos e oitenta e oito reais e seis centavos)

---

\* Este aviso de lanÇamento nÃo Ã vÃlido 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 Ã soma de todos os pagamentos processados pela remessa indicada.

Documento emitido por: JOAO P M P AFFONSO em 11/10/2020 15:16:14

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 98/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19



ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL  
CNPJ: 45.349.461/0015-08

CC: FARMÁCIA  
Mensalista

Folha Mensal  
Agosto de 2020

Código Nome do Funcionário CBO Departamento Filial  
3469 DEBORA MATEUS CAETANO 411005 3 1  
AUX. ADM. FARMACIA Admissão: 18/05/2020

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
1	HORAS NORMAIS	220,00	1.495,53		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00		
204	ADICIONAL NOTURNO 40%	49,00	133,24		
998	I.N.S.S.	8,15		149,71	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.837,77	149,71	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 90394-9 Agência: 0295 - X			Valor Líquido →	1.688,06	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FG.T.S do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.495,53	1.837,77	1.837,77	147,02	1.498,47	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL  
CNPJ: 45.349.461/0015-08

CC: FARMÁCIA  
Mensalista

Folha Mensal  
Agosto de 2020

Código Nome do Funcionário CBO Departamento Filial  
3469 DEBORA MATEUS CAETANO 411005 3 1  
AUX. ADM. FARMACIA Admissão: 18/05/2020

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
1	HORAS NORMAIS	220,00	1.495,53		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00		
204	ADICIONAL NOTURNO 40%	49,00	133,24		
998	I.N.S.S.	8,15		149,71	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.837,77	149,71	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 90394-9 Agência: 0295 - X			Valor Líquido →	1.688,06	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FG.T.S do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.495,53	1.837,77	1.837,77	147,02	1.498,47	0,00

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 06/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data



## Aviso de lanÇamento

G3351108570038471  
11/10/2020 15:16:14

AgÃncia 3062-7  
Conta corrente 36311-1 ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

Data 03/09/2020 Valor R\$ 2.599,82 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 151, lanÇado a dÃbito\* em sua conta corrente 36311-1, agÃncia 3062-7, na data acima.

Pagamento efetuado a DELMA APARECIDA DA SILVA, na conta 86.788, agÃncia 0295 do banco 001.

(Dois mil e quinhentos e noventa e nove reais e oitenta e dois centavos)

\* Este aviso de lanÇamento nÃo Ã vÃlido 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 Ã soma de todos os pagamentos processados pela remessa indicada.

Documento emitido por: JOAO P M P AFFONSO em 11/10/2020 15:16:14

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 66/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL  
 CNPJ: 45.349.461/0015-08

CC: UTI  
 Mensalista

Folha Mensal  
 Agosto de 2020

Código	Nome do Funcionario	CBO	Departamento	Filial
2425	DELMA APARECIDA DA SILVA SPONTON ENFERMEIRO (A)	223505	1	1
		Admissão:	07/06/2018	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
1	HORAS NORMAIS	22,00	272,04		
8697	HORAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTEGRAIS	198,00	2.448,35		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	20,90		
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	188,10		
998	I.N.S.S.	9,32		273,15	
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		56,42	
			<b>Total de Vencimentos</b>	<b>Total de Descontos</b>	
			2.929,39	329,57	
BANCO DO BRASIL 1 conta salário: 86788-8			Valor Líquido →	2.599,82	
Agência: 0295 - X					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
2.720,39	2.929,39	2.929,39	234,35	2.656,24	7,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL  
 CNPJ: 45.349.461/0015-08

CC: UTI  
 Mensalista

Folha Mensal  
 Agosto de 2020

Código	Nome do Funcionario	CBO	Departamento	Filial
2425	DELMA APARECIDA DA SILVA SPONTON ENFERMEIRO (A)	223505	1	1
		Admissão:	07/06/2018	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
1	HORAS NORMAIS	22,00	272,04		
8697	HORAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTEGRAIS	198,00	2.448,35		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	20,90		
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	188,10		
998	I.N.S.S.	9,32		273,15	
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		56,42	
			<b>Total de Vencimentos</b>	<b>Total de Descontos</b>	
			2.929,39	329,57	
BANCO DO BRASIL 1 conta salário: 86788-8			Valor Líquido →	2.599,82	
Agência: 0295 - X					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
2.720,39	2.929,39	2.929,39	234,35	2.656,24	7,50

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 98/2020  
 FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
 PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
 HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data



## Aviso de lanÇamento

G3351108570038471  
11/10/2020 15:16:14

Agªncia 3062-7  
Conta corrente 36311-1 ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

Data 03/09/2020 Valor R\$ 2.041,25 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 151, lanÇado a dªbito\* em sua conta corrente 36311-1, agªncia 3062-7, na data acima.

Pagamento efetuado a DIEGO APARECIDO DE OLIVEI, na conta 90.393, agªncia 0295 do banco 001.

(Dois mil e quarenta e um reais e vinte e cinco centavos)

\* Este aviso de lanÇamento nªo ª vªlido como comprovante da operaÇªo 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 ª soma de todos os pagamentos processados pela remessa indicada.

Documento emitido por: JOAO P M P AFFONSO em 11/10/2020 15:16:14

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL  
 CNPJ: 45.349.461/0015-08

CC: UTI  
 Mensalista

Folha Mensal  
 Agosto de 2020

Código: 3462 Nome do Funcionário: DIEGO APARECIDO DE OLIVEIRA  
 CBO: 322205 Departamento: 1 Faltas: 1  
 TEC. ENFERMAGEM Admissão: 18/05/2020

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
1	HORAS NORMAIS	220,00	1.669,85		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00		
204	ADICIONAL NOTURNO 40%	120,00	364,33		
998	I.N.S.S.	8,51		190,80	
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		11,13	
			<b>Total de Vencimentos</b>	<b>Total de Descontos</b>	
			2.243,18	201,93	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 90393-0			Valor Líquido →	2.041,25	
Agência: 0295 - X					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.669,85	2.243,18	2.243,18	179,45	2.052,38	7,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

\*\*\* PARABÉNS PELO SEU ANIVERSÁRIO NO DIA 24 DE SETEMBRO \*\*\*

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL  
 CNPJ: 45.349.461/0015-08

CC: UTI  
 Mensalista

Folha Mensal  
 Agosto de 2020

Código: 3462 Nome do Funcionário: DIEGO APARECIDO DE OLIVEIRA  
 CBO: 322205 Departamento: 1 Faltas: 1  
 TEC. ENFERMAGEM Admissão: 18/05/2020

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
1	HORAS NORMAIS	220,00	1.669,85		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00		
204	ADICIONAL NOTURNO 40%	120,00	364,33		
998	I.N.S.S.	8,51		190,80	
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		11,13	
			<b>Total de Vencimentos</b>	<b>Total de Descontos</b>	
			2.243,18	201,93	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 90393-0			Valor Líquido →	2.041,25	
Agência: 0295 - X					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.669,85	2.243,18	2.243,18	179,45	2.052,38	7,50

CONVENIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
 FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
 PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
 HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

\*\*\* PARABÉNS PELO SEU ANIVERSÁRIO NO DIA 24 DE SETEMBRO \*\*\*



## Aviso de lanÇamento

G3351108570038471  
11/10/2020 15:16:14

AgÃncia 3062-7  
Conta corrente 36311-1 ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

---

Data 03/09/2020 Valor R\$ 1.725,44 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 151, lanÇado a dÃbito\* em sua conta corrente 36311-1, agÃncia 3062-7, na data acima.

Pagamento efetuado a EDUARDA CARDOSO DA SILVA, na conta 90.391, agÃncia 0295 do banco 001.

(Um mil e setecentos e vinte e cinco reais e quarenta e quatro centavos)

---

\* Este aviso de lanÇamento nÃo Ã vÃlido 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 Ã soma de todos os pagamentos processados pela remessa indicada.

Documento emitido por: JOAO P M P AFFONSO em 11/10/2020 15:16:14

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL CNPJ: 45.349.461/0015-08		CC: UTI Mensalista		Folha Mensal Agosto de 2020	
Código	Nome do Funcionario	CBO	Departamento	Fórmula	
3506	EDUARDA CARDOSO DA SILVA TEC. ENFERMAGEM	322205	1	1	
			Admissão:	19/05/2020	
Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
1	HORAS NORMAIS	220,00	1.669,85		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00		
998	I.N.S.S.	8,17		153,41	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.878,85	153,41	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 90391-4			Valor Líquido →	1.725,44	
Agência: 0295 - X					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.669,85	1.878,85	1.878,85	150,30	1.725,44	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL CNPJ: 45.349.461/0015-08		CC: UTI Mensalista		Folha Mensal Agosto de 2020	
Código	Nome do Funcionario	CBO	Departamento	Fórmula	
3506	EDUARDA CARDOSO DA SILVA TEC. ENFERMAGEM	322205	1	1	
			Admissão:	19/05/2020	
Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
1	HORAS NORMAIS	220,00	1.669,85		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00		
998	I.N.S.S.	8,17		153,41	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.878,85	153,41	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 90391-4			Valor Líquido →	1.725,44	
Agência: 0295 - X					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.669,85	1.878,85	1.878,85	150,30	1.725,44	0,00

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 9010020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data



## Aviso de lanÇamento

G3351108570038471  
11/10/2020 15:16:14

AgÃncia 3062-7  
Conta corrente 36311-1 ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

---

Data 03/09/2020 Valor R\$ 1.725,44 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 151, lanÇado a dÃbito\* em sua conta corrente 36311-1, agÃncia 3062-7, na data acima.

Pagamento efetuado a ELAINE BATISTA PEREIRA, na conta 90.390, agÃncia 0295 do banco 001.

(Um mil e setecentos e vinte e cinco reais e quarenta e quatro centavos)

---

\* Este aviso de lanÇamento nÃo Ã vÃlido 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 Ã soma de todos os pagamentos processados pela remessa indicada.

Documento emitido por: JOAO P M P AFFONSO em 11/10/2020 15:16:14

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19



ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL  
CNPJ: 45.349.461/0015-08

CC: UTI  
Mensalista

Folha Mensal  
Agosto de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
3459	ELAINE BATISTA PEREIRA TEC. ENFERMAGEM	322205	1	1
		Admissão:	18/05/2020	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
1	HORAS NORMAIS	220,00	1.669,85		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00		
998	I.N.S.S.	8,17		153,41	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.878,85	153,41	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 90390-6			Valor Líquido →	1.725,44	
Agência: 0295 - X					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.669,85	1.878,85	1.878,85	150,30	1.725,44	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL  
CNPJ: 45.349.461/0015-08

CC: UTI  
Mensalista

Folha Mensal  
Agosto de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
3459	ELAINE BATISTA PEREIRA TEC. ENFERMAGEM	322205	1	1
		Admissão:	18/05/2020	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
1	HORAS NORMAIS	220,00	1.669,85		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00		
998	I.N.S.S.	8,17		153,41	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.878,85	153,41	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 90390-6			Valor Líquido →	1.725,44	
Agência: 0295 - X					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.669,85	1.878,85	1.878,85	150,30	1.725,44	0,00

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data



## Aviso de lanÇamento

G3351108570038471  
11/10/2020 15:16:14

AgÃncia 3062-7  
Conta corrente 36311-1 ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

---

Data 03/09/2020 Valor R\$ 2.844,98 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 151, lanÇado a dÃbito\* em sua conta corrente 36311-1, agÃncia 3062-7, na data acima.

Pagamento efetuado a ELAINE JAQUELINE GOMES D, na conta 90.388, agÃncia 0295 do banco 001.

(Dois mil e oitocentos e quarenta e quatro reais e noventa e oito centavos)

---

\* Este aviso de lanÇamento nÃo Ã vÃlido 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 Ã soma de todos os pagamentos processados pela remessa indicada.

Documento emitido por: JOAO P M P AFFONSO em 11/10/2020 15:16:14

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL  
 CNPJ: 45.349.461/0015-08 CC: UTI Mensalista  
 Folha Mensal Agosto de 2020

Código Nome do Funcionário CBO Departamento Fíal  
 3517 ELAINE JAQUELINE GOMES DE LIMA 223505 1 1  
 ENFERMEIRO (A) Admissão: 19/05/2020

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
1	HORAS NORMAIS	220,00	2.648,29		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00		
204	ADICIONAL NOTURNO 40%	80,00	385,21		
998	I.N.S.S.	9,65		312,88	
999	IMPOSTO DE RENDA	15,00		84,64	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			3.242,50	397,52	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 90388-4 Agência: 0295 - X			Valor Líquido →	2.844,98	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FG.T.S do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
2.648,29	3.242,50	3.242,50	259,40	2.929,62	15,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL  
 CNPJ: 45.349.461/0015-08 CC: UTI Mensalista  
 Folha Mensal Agosto de 2020

Código Nome do Funcionário CBO Departamento Fíal  
 3517 ELAINE JAQUELINE GOMES DE LIMA 223505 1 1  
 ENFERMEIRO (A) Admissão: 19/05/2020

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
1	HORAS NORMAIS	220,00	2.648,29		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00		
204	ADICIONAL NOTURNO 40%	80,00	385,21		
998	I.N.S.S.	9,65		312,88	
999	IMPOSTO DE RENDA	15,00		84,64	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			3.242,50	397,52	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 90388-4 Agência: 0295 - X			Valor Líquido →	2.844,98	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FG.T.S do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
2.648,29	3.242,50	3.242,50	259,40	2.929,62	15,00

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 98/2020  
 FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
 PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
 HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data



## Aviso de lanÇamento

G3351108570038471  
11/10/2020 15:16:14

AgÃncia 3062-7  
Conta corrente 36311-1 ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

---

Data 03/09/2020 Valor R\$ 1.725,45 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 151, lanÇado a dÃbito\* em sua conta corrente 36311-1, agÃncia 3062-7, na data acima.

Pagamento efetuado a ELIANA PEREIRA GOMES, na conta 90.387, agÃncia 0295 do banco 001.

(Um mil e setecentos e vinte e cinco reais e quarenta e cinco centavos)

---

\* Este aviso de lanÇamento nÃo Ã vÃlido como comprovante da operaÇÃo e demonstra apenas que houve um lanÇamento em conta c o r r e n t e .

\* O valor constante deste aviso de lanÇamento corresponde ao valor individual pago ao favorecido informado neste documento. O total debitado em conta corrente corresponde Ã soma de todos os pagamentos processados pela remessa indicada.

Documento emitido por: JOAO P M P AFFONSO em 11/10/2020 15:16:14

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL  
CNPJ: 45.349.461/0015-08

CC: ENFERMARIA  
Mensalista

Folha Mensal  
Agosto de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Faixa
3480	ELIANA PEREIRA GOMES TEC. ENFERMAGEM	322205	2	1

Admissão: 18/05/2020

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
1	HORAS NORMAIS	117,33	890,59		
8697	HORAS AFAST. P/DOENÇA C/DIR.INTEGRAIS	102,67	779,26		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	111,47		
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	97,54		
998	I.N.S.S.	8,17		153,41	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.878,86	153,41	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 90387-6			Valor Líquido →	1.725,45	
Agência: 0295 - X					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	FGTS do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.669,85	1.878,86	1.878,86	150,30	1.346,27	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL  
CNPJ: 45.349.461/0015-08

CC: ENFERMARIA  
Mensalista

Folha Mensal  
Agosto de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Faixa
3480	ELIANA PEREIRA GOMES TEC. ENFERMAGEM	322205	2	1

Admissão: 18/05/2020

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
1	HORAS NORMAIS	117,33	890,59		
8697	HORAS AFAST. P/DOENÇA C/DIR.INTEGRAIS	102,67	779,26		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	111,47		
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	97,54		
998	I.N.S.S.	8,17		153,41	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.878,86	153,41	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 90387-6			Valor Líquido →	1.725,45	
Agência: 0295 - X					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	FGTS do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.669,85	1.878,86	1.878,86	150,30	1.346,27	0,00

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data



## Aviso de lanÇamento

G3351108570038471  
11/10/2020 15:16:14

AgÃncia 3062-7  
Conta corrente 36311-1 ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

Data 03/09/2020 Valor R\$ 2.082,02 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 151, lanÇado a dÃbito\* em sua conta corrente 36311-1, agÃncia 3062-7, na data acima.

Pagamento efetuado a EVA OLIVEIRA DE MENEZES, na conta 90.385, agÃncia 0295 do banco 001.

(Dois mil e oitenta e dois reais e dois centavos)

\* Este aviso de lanÇamento nÃo Ã vÃlido 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 Ã soma de todos os pagamentos processados pela remessa indicada.

Documento emitido por: JOAO P M P AFFONSO em 11/10/2020 15:16:14

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL  
 CNPJ: 45.349.461/0015-08

CC: UTI  
 Mensalista

Folha Mensal  
 Agosto de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Fórmula
3518	EVA OLIVEIRA DE MENEZES TEC. ENFERMAGEM	322205	1	1
		Admissão:	19/05/2020	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
1	HORAS NORMAIS	220,00	1.669,85		
250	REFLEXO EXTRAS DSR	0,00	39,42		
200	HORAS EXTRAS 100%	12,00	204,97		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00		
204	ADICIONAL NOTURNO 40%	56,00	170,02		
998	I.N.S.S.	8,58		196,81	
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		14,43	
			<b>Total de Vencimentos</b>	<b>Total de Descontos</b>	
			2.293,26	211,24	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 90385-x			<b>Valor Líquido</b> →	2.082,02	
Agência: 0295 - X					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	FGTS do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.669,85	2.293,26	2.293,26	183,46	2.096,45	7,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL  
 CNPJ: 45.349.461/0015-08

CC: UTI  
 Mensalista

Folha Mensal  
 Agosto de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Fórmula
3518	EVA OLIVEIRA DE MENEZES TEC. ENFERMAGEM	322205	1	1
		Admissão:	19/05/2020	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
1	HORAS NORMAIS	220,00	1.669,85		
250	REFLEXO EXTRAS DSR	0,00	39,42		
200	HORAS EXTRAS 100%	12,00	204,97		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00		
204	ADICIONAL NOTURNO 40%	56,00	170,02		
998	I.N.S.S.	8,58		196,81	
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		14,43	
			<b>Total de Vencimentos</b>	<b>Total de Descontos</b>	
			2.293,26	211,24	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 90385-x			<b>Valor Líquido</b> →	2.082,02	
Agência: 0295 - X					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	FGTS do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.669,85	2.293,26	2.293,26	183,46	2.096,45	7,50

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
 FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
 PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
 HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data



## Aviso de lanÇamento

G3351108570038471  
11/10/2020 15:16:14

AgÃncia 3062-7  
Conta corrente 36311-1 ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

---

Data 03/09/2020 Valor R\$ 1.744,96 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 151, lanÇado a dÃbito\* em sua conta corrente 36311-1, agÃncia 3062-7, na data acima.

Pagamento efetuado a EVELYN ROSANE PEREIRA NOV, na conta 90.384, agÃncia 0295 do banco 001.

(Um mil e setecentos e quarenta e quatro reais e noventa e seis centavos)

---

\* Este aviso de lanÇamento nÃo Ã vÃlido 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 Ã soma de todos os pagamentos processados pela remessa indicada.

Documento emitido por: JOAO P M P AFFONSO em 11/10/2020 15:16:14

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19



ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL CNPJ: 45.349.461/0015-08		CC: FARMÁCIA Mensalista		Folha Mensal Agosto de 2020	
Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Fóil	
3468	EVELYN ROSANE PEREIRA NOVAIS AUX. ADM. FARMACIA	411005	3	1	
			Admissão:	19/05/2020	
Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
1	HORAS NORMAIS	168,67	1.146,57		
8697	HORAS AFAST. P/DOENÇA C/DIR.INTEGRAIS	51,33	348,96		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	160,23		
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	48,76		
204	ADICIONAL NOTURNO 40%	72,00	195,78		
998	I.N.S.S.	8,17		155,34	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.900,30	155,34	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 90384-1			Valor Líquido →	1.744,96	
Agência: 0295 - X					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FG.T.S do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.495,53	1.900,30	1.900,30	152,02	1.555,37	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL CNPJ: 45.349.461/0015-08		CC: FARMÁCIA Mensalista		Folha Mensal Agosto de 2020	
Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Fóil	
3468	EVELYN ROSANE PEREIRA NOVAIS AUX. ADM. FARMACIA	411005	3	1	
			Admissão:	19/05/2020	
Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
1	HORAS NORMAIS	168,67	1.146,57		
8697	HORAS AFAST. P/DOENÇA C/DIR.INTEGRAIS	51,33	348,96		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	160,23		
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	48,76		
204	ADICIONAL NOTURNO 40%	72,00	195,78		
998	I.N.S.S.	8,17		155,34	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.900,30	155,34	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 90384-1			Valor Líquido →	1.744,96	
Agência: 0295 - X					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FG.T.S do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.495,53	1.900,30	1.900,30	152,02	1.555,37	0,00

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data



## Aviso de lanÇamento

G3351108570038471  
11/10/2020 15:16:14

AgÃncia 3062-7  
Conta corrente 36311-1 ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

---

Data 03/09/2020 Valor R\$ 1.725,44 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 151, lanÇado a dÃbito\* em sua conta corrente 36311-1, agÃncia 3062-7, na data acima.

Pagamento efetuado a FERNANDA DE PAULA PERES, na conta 90.383, agÃncia 0295 do banco 001.

(Um mil e setecentos e vinte e cinco reais e quarenta e quatro centavos)

---

\* Este aviso de lanÇamento nÃo Ã vÃlido 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 Ã soma de todos os pagamentos processados pela remessa indicada.

Documento emitido por: JOAO P M P AFFONSO em 11/10/2020 15:16:14

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 98/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL CNPJ: 45.349.461/0015-08		CC: UTI Mensalista		Folha Mensal Agosto de 2020	
Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Fóil	
3510	FERNANDA DE PAULA PERES TEC. ENFERMAGEM	322205	1	1	
			Admissão:	19/05/2020	
Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
1	HORAS NORMAIS	220,00	1.669,85		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00		
998	I.N.S.S.	8,17		153,41	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.878,85	153,41	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 90383-3			Valor Líquido	1.725,44	
Agência: 0295 - X			→		
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.669,85	1.878,85	1.878,85	150,30	1.346,26	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL CNPJ: 45.349.461/0015-08		CC: UTI Mensalista		Folha Mensal Agosto de 2020	
Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Fóil	
3510	FERNANDA DE PAULA PERES TEC. ENFERMAGEM	322205	1	1	
			Admissão:	19/05/2020	
Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
1	HORAS NORMAIS	220,00	1.669,85		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00		
998	I.N.S.S.	8,17		153,41	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.878,85	153,41	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 90383-3			Valor Líquido	1.725,44	
Agência: 0295 - X			→		
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.669,85	1.878,85	1.878,85	150,30	1.346,26	0,00

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 99/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data



## Aviso de lanÇamento

G3351108570038471  
11/10/2020 15:16:14

Agªncia 3062-7  
Conta corrente 36311-1 ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

---

Data 03/09/2020 Valor R\$ 1.566,80 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 151, lanÇado a dªbito\* em sua conta corrente 36311-1, agªncia 3062-7, na data acima.

Pagamento efetuado a FERNANDA FACHINI MIOTO MA, na conta 90.382, agªncia 0295 do banco 001.

(Um mil e quinhentos e sessenta e seis reais e oitenta centavos)

---

\* Este aviso de lanÇamento nªo ª vªlido como comprovante da operaÇªo 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 ª soma de todos os pagamentos processados pela remessa indicada.

Documento emitido por: JOAO P M P AFFONSO em 11/10/2020 15:16:14

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL  
CNPJ: 45.349.461/0015-08

CC: RECEPÇÃO  
Mensalista

Folha Mensal  
Agosto de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
3491	FERNANDA FACHINI MIOTO MATOS RECEPCIONISTA	422105	5	1

Admissão: 19/05/2020

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
1	HORAS NORMAIS	168,67	1.146,57		
8697	HORAS AFAST. P/DOENÇA C/DIR.INTEGRAIS	51,33	348,96		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	160,23		
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	48,76		
998	I.N.S.S.	8,08		137,72	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.704,52	137,72	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 90382-5			Valor Líquido →	1.566,80	
Agência: 0295 - X					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.495,53	1.704,52	1.704,52	136,36	1.377,21	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL  
CNPJ: 45.349.461/0015-08

CC: RECEPÇÃO  
Mensalista

Folha Mensal  
Agosto de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
3491	FERNANDA FACHINI MIOTO MATOS RECEPCIONISTA	422105	5	1

Admissão: 19/05/2020

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
1	HORAS NORMAIS	168,67	1.146,57		
8697	HORAS AFAST. P/DOENÇA C/DIR.INTEGRAIS	51,33	348,96		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	160,23		
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	48,76		
998	I.N.S.S.	8,08		137,72	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.704,52	137,72	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 90382-5			Valor Líquido →	1.566,80	
Agência: 0295 - X					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.495,53	1.704,52	1.704,52	136,36	1.377,21	0,00

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data



## Aviso de lanÇamento

G3351108570038471  
11/10/2020 15:16:14

AgÃncia 3062-7  
Conta corrente 36311-1 ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

Data 03/09/2020 Valor R\$ 1.810,10 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 151, lanÇado a dÃbito\* em sua conta corrente 36311-1, agÃncia 3062-7, na data acima.

Pagamento efetuado a FERNANDA SANCHEZ ROBERTO, na conta 90.380, agÃncia 0295 do banco 001.

(Um mil e oitocentos e dez reais e dez centavos)

\* Este aviso de lanÇamento nÃo Ã vÃlido 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 Ã soma de todos os pagamentos processados pela remessa indicada.

Documento emitido por: JOAO P M P AFFONSO em 11/10/2020 15:16:14

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 06/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL  
CNPJ: 45.349.461/0015-08

CC: FARMÁCIA  
Mensalista

Folha Mensal  
Agosto de 2020

Código 3466 Nome do Funcionário FERNANDA SANCHEZ ROBERTO DAS NEVES  
AUX. ADM. FARMACIA CBO 411005 Departamento 3 Faltas 1  
Admissão: 18/05/2020

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
1	HORAS NORMAIS	220,00	1.495,23		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00		
204	ADICIONAL NOTURNO 40%	98,45	267,65		
998	I.N.S.S.	8,20		161,78	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.971,88	161,78	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 90380-9			Valor Líquido →	1.810,10	
Agência: 0295 - X					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.495,23	1.971,88	1.971,88	157,75	1.430,92	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL  
CNPJ: 45.349.461/0015-08

CC: FARMÁCIA  
Mensalista

Folha Mensal  
Agosto de 2020

Código 3466 Nome do Funcionário FERNANDA SANCHEZ ROBERTO DAS NEVES  
AUX. ADM. FARMACIA CBO 411005 Departamento 3 Faltas 1  
Admissão: 18/05/2020

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
1	HORAS NORMAIS	220,00	1.495,23		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00		
204	ADICIONAL NOTURNO 40%	98,45	267,65		
998	I.N.S.S.	8,20		161,78	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.971,88	161,78	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 90380-9			Valor Líquido →	1.810,10	
Agência: 0295 - X					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.495,23	1.971,88	1.971,88	157,75	1.430,92	0,00

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 99/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data



## Aviso de lanÃ§amento

G3351108570038471  
11/10/2020 15:16:14

AgÃªncia 3062-7  
Conta corrente 36311-1 ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

---

Data 03/09/2020 Valor R\$ 1.863,74 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 151, lanÃ§ado a dÃ¡bito\* em sua conta corrente 36311-1, agÃªncia 3062-7, na data acima.

Pagamento efetuado a FERNANDO ROGERIO LIMA RIB, na conta 90.379, agÃªncia 0295 do banco 001.

(Um mil e oitocentos e sessenta e trÃªs reais e setenta e quatro centavos)

---

\* Este aviso de lanÃ§amento nÃ£o Ã© vÃ¡lido como comprovante da operaÃ§Ã£o e demonstra apenas que houve um lanÃ§amento em conta corrente.

\* O valor constante deste aviso de lanÃ§amento corresponde ao valor individual pago ao favorecido informado neste documento. O total debitado em conta corrente corresponde Ã soma de todos os pagamentos processados pela remessa indicada.

Documento emitido por: JOAO P M P AFFONSO em 11/10/2020 15:16:14

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 66/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19



ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL  
 CNPJ: 45.349.461/0015-08 CC: RECEPÇÃO Mensalista  
 Folha Mensal Agosto de 2020

Código Nome do Funcionário CBO Departamento Fíal  
 3472 FERNANDO ROGERIO LIMA RIBEIRO 422105 5 1  
 RECEPCIONISTA Admissão: 18/05/2020

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
1	HORAS NORMAIS	220,00	1.495,53		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00		
204	ADICIONAL NOTURNO 40%	120,00	326,30		
998	I.N.S.S.	8,23		167,09	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			2.030,83	167,09	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 90379-5 Agência: 0295 - X			Valor Líquido →	1.863,74	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.495,53	2.030,83	2.030,83	162,46	1.863,74	0,00

\*\*\* PARABÉNS PELO SEU ANIVERSÁRIO NO DIA 20 DE SETEMBRO \*\*\*

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recbo.  
 Assinatura do Funcionário \_\_\_\_\_  
 Data \_\_\_\_\_

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL  
 CNPJ: 45.349.461/0015-08 CC: RECEPÇÃO Mensalista  
 Folha Mensal Agosto de 2020

Código Nome do Funcionário CBO Departamento Fíal  
 3472 FERNANDO ROGERIO LIMA RIBEIRO 422105 5 1  
 RECEPCIONISTA Admissão: 18/05/2020

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
1	HORAS NORMAIS	220,00	1.495,53		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00		
204	ADICIONAL NOTURNO 40%	120,00	326,30		
998	I.N.S.S.	8,23		167,09	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			2.030,83	167,09	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 90379-5 Agência: 0295 - X			Valor Líquido →	1.863,74	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.495,53	2.030,83	2.030,83	162,46	1.863,74	0,00

\*\*\* PARABÉNS PELO SEU ANIVERSÁRIO NO DIA 20 DE SETEMBRO \*\*\*

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recbo.  
 Assinatura do Funcionário \_\_\_\_\_  
 Data \_\_\_\_\_

CONVENIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
 FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
 PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
 HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19



## Aviso de lanÇamento

G3351108570038471  
11/10/2020 15:16:14

AgÃncia 3062-7  
Conta corrente 36311-1 ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

---

Data 03/09/2020 Valor R\$ 1.566,81 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 151, lanÇado a dÃbito\* em sua conta corrente 36311-1, agÃncia 3062-7, na data acima.

Pagamento efetuado a HEIDY CAROLINE PEREIRA DA, na conta 90.378, agÃncia 0295 do banco 001.

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

---

\* Este aviso de lanÇamento nÃo Ã vÃlido 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 Ã soma de todos os pagamentos processados pela remessa indicada.

Documento emitido por: JOAO P M P AFFONSO em 11/10/2020 15:16:14

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 06/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL  
CNPJ: 45.349.461/0015-08

CC: RECEPÇÃO  
Mensalista

Folha Mensal  
Agosto de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
3473	HEIDY CAROLINE PEREIRA DA SILVA RECEPCIONISTA	422105	5	1

Admissão: 19/05/2020

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
1	HORAS NORMAIS	220,00	1.495,53		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00		
998	I.N.S.S.	8,08		137,72	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.704,53	137,72	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 90378-7			Valor Líquido →	1.566,81	
Agência: 0295 - X					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	FGTS do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.495,53	1.704,53	1.704,53	136,36	1.377,22	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL  
CNPJ: 45.349.461/0015-08

CC: RECEPÇÃO  
Mensalista

Folha Mensal  
Agosto de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
3473	HEIDY CAROLINE PEREIRA DA SILVA RECEPCIONISTA	422105	5	1

Admissão: 19/05/2020

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
1	HORAS NORMAIS	220,00	1.495,53		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00		
998	I.N.S.S.	8,08		137,72	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.704,53	137,72	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 90378-7			Valor Líquido →	1.566,81	
Agência: 0295 - X					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	FGTS do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.495,53	1.704,53	1.704,53	136,36	1.377,22	0,00

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 9912020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data



## Aviso de lanÇamento

G3351108570038471  
11/10/2020 15:16:14

Agência 3062-7  
Conta corrente 36311-1 ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

---

Data 03/09/2020 Valor R\$ 3.106,70 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 151, lanÇado a dÇbito\* em sua conta corrente 36311-1, agência 3062-7, na data acima.

Pagamento efetuado a ISADORA MARIA BESERRA MAL, na conta 90.377, agência 0295 do banco 001.

(TrÇs mil e cento e seis reais e setenta centavos)

---

\* Este aviso de lanÇamento nÇo Ç vÇlido como comprovante da operaÇÇo 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 Ç soma de todos os pagamentos processados pela remessa indicada.

Documento emitido por: JOAO P M P AFFONSO em 11/10/2020 15:16:14

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		CC: ENFERMARIA		Folha Mensal	
CNPJ: 45.349.461/0015-08		Mensalista		Agosto de 2020	
Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Fóil	
3528	ISADORA MARIA BESERRA MALHEIRO ENFERMEIRO (A)	223505	2	1	
			Admissão:	18/05/2020	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
1	HORAS NORMAIS	220,00	2.648,25		
250	REFLEXO EXTRAS DSR	0,00	119,88		
200	HORAS EXTRAS 100%	24,00	623,40		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00		
998	I.N.S.S.	10,08		363,00	
999	IMPOSTO DE RENDA	15,00		130,83	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			3.600,53	493,83	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 90377-9			Agência: 0295 - X	Valor Líquido → 3.106,70	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
2.648,25	3.600,53	3.600,53	288,04	3.237,53	15,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		CC: ENFERMARIA		Folha Mensal	
CNPJ: 45.349.461/0015-08		Mensalista		Agosto de 2020	
Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Fóil	
3528	ISADORA MARIA BESERRA MALHEIRO ENFERMEIRO (A)	223505	2	1	
			Admissão:	18/05/2020	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
1	HORAS NORMAIS	220,00	2.648,25		
250	REFLEXO EXTRAS DSR	0,00	119,88		
200	HORAS EXTRAS 100%	24,00	623,40		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00		
998	I.N.S.S.	10,08		363,00	
999	IMPOSTO DE RENDA	15,00		130,83	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			3.600,53	493,83	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 90377-9			Agência: 0295 - X	Valor Líquido → 3.106,70	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
2.648,25	3.600,53	3.600,53	288,04	3.237,53	15,00

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 001/2020  
 FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
 PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
 HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data



## Aviso de lanÃ§amento

G3351108570038471  
11/10/2020 15:16:14

AgÃªncia 3062-7  
Conta corrente 36311-1 ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

---

Data 03/09/2020 Valor R\$ 2.929,45 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 151, lanÃ§ado a dÃ©bito\* em sua conta corrente 36311-1, agÃªncia 3062-7, na data acima.

Pagamento efetuado a JEANE MARIA DOS REIS, na conta 90.374, agÃªncia 0295 do banco 001.

(Dois mil e novecentos e vinte e nove reais e quarenta e cinco centavos)

---

\* Este aviso de lanÃ§amento nÃ£o Ã© vÃ¡lido como comprovante da operaÃ§Ã£o e demonstra apenas que houve um lanÃ§amento em conta corrente.

\* O valor constante deste aviso de lanÃ§amento corresponde ao valor individual pago ao favorecido informado neste documento. O total debitado em conta corrente corresponde Ã soma de todos os pagamentos processados pela remessa indicada.

Documento emitido por: JOAO P M P AFFONSO em 11/10/2020 15:16:14

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0015-08

CC: UTI

Mensalista

Folha Mensal  
Agosto de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
3505	JEANE MARIA DOS REIS ENFERMEIRO (A)	223505	1	1
			Admissão:	19/05/2020

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
1	HORAS NORMAIS	220,00	2.648,29		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00		
204	ADICIONAL NOTURNO 40%	104,00	500,77		
998	I.N.S.S.	9,80		329,06	
999	IMPOSTO DE RENDA	15,00		99,55	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			3.358,06	428,61	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 90374-4			Valor Líquido →	2.929,45	
Agência: 0295 - X					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FG.TS do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
2.648,29	3.358,06	3.358,06	268,64	3.029,00	15,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0015-08

CC: UTI

Mensalista

Folha Mensal  
Agosto de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
3505	JEANE MARIA DOS REIS ENFERMEIRO (A)	223505	1	1
			Admissão:	19/05/2020

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
1	HORAS NORMAIS	220,00	2.648,29		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00		
204	ADICIONAL NOTURNO 40%	104,00	500,77		
998	I.N.S.S.	9,80		329,06	
999	IMPOSTO DE RENDA	15,00		99,55	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			3.358,06	428,61	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 90374-4			Valor Líquido →	2.929,45	
Agência: 0295 - X					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FG.TS do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
2.648,29	3.358,06	3.358,06	268,64	3.029,00	15,00

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 06/2020  
 FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
 PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
 HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-10

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data



## Aviso de lanÃ§amento

G3351108570038471  
11/10/2020 15:16:14

AgÃªncia 3062-7  
Conta corrente 36311-1 ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

---

Data 03/09/2020 Valor R\$ 2.541,13 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 151, lanÃ§ado a dÃ©bito\* em sua conta corrente 36311-1, agÃªncia 3062-7, na data acima.

Pagamento efetuado a JOAO DARC LINO, na conta 90.373, agÃªncia 0295 do banco 001.

(Dois mil e quinhentos e quarenta e um reais e treze centavos)

---

\* Este aviso de lanÃ§amento nÃ£o Ã© vÃ¡lido como comprovante da operaÃ§Ã£o e demonstra apenas que houve um lanÃ§amento em conta corrente.

\* O valor constante deste aviso de lanÃ§amento corresponde ao valor individual pago ao favorecido informado neste documento. O total debitado em conta corrente corresponde Ã soma de todos os pagamentos processados pela remessa indicada.

Documento emitido por: JOAO P M P AFFONSO em 11/10/2020 15:16:14

CONVÃNIO CONFORME PROCESSO NÂ 96/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÃPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19



ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0015-08

CC: UTI

Mensalista

Folha Mensal

Agosto de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
3500	JOAO DARC LINO ENFERMEIRO (A)	223505	1	1
		Admissão:	19/05/2020	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
1	HORAS NORMAIS	220,00	2.648,29		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00		
998	I.N.S.S.	9,26		264,50	
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		51,66	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			2.857,29	316,16	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 90373-6			Valor Líquido →	2.541,13	
Agência: 0295 - X					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
2.648,29	2.857,29	2.857,29	228,58	2.592,79	7,50

\*\*\* PARABÉNS PELO SEU ANIVERSÁRIO NO DIA 29 DE SETEMBRO \*\*\*

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0015-08

CC: UTI

Mensalista

Folha Mensal

Agosto de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
3500	JOAO DARC LINO ENFERMEIRO (A)	223505	1	1
		Admissão:	19/05/2020	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
1	HORAS NORMAIS	220,00	2.648,29		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00		
998	I.N.S.S.	9,26		264,50	
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		51,66	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			2.857,29	316,16	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 90373-6			Valor Líquido →	2.541,13	
Agência: 0295 - X					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
2.648,29	2.857,29	2.857,29	228,58	2.592,79	7,50

\*\*\* PARABÉNS PELO SEU ANIVERSÁRIO NO DIA 29 DE SETEMBRO \*\*\*

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
 FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
 PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
 HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19



## Aviso de lanÃ§amento

G3351108570038471  
11/10/2020 15:16:14

AgÃªncia 3062-7  
Conta corrente 36311-1 ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

---

Data 03/09/2020 Valor R\$ 1.838,72 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 151, lanÃ§ado a dÃ©bito\* em sua conta corrente 36311-1, agÃªncia 3062-7, na data acima.

Pagamento efetuado a JULIA DA SILVA PAULA, na conta 90.372, agÃªncia 0295 do banco 001.

(Um mil e oitocentos e trinta e oito reais e setenta e dois centavos)

---

\* Este aviso de lanÃ§amento nÃ£o Ã© vÃ¡lido como comprovante da operaÃ§Ã£o e demonstra apenas que houve um lanÃ§amento em conta corrente.

\* O valor constante deste aviso de lanÃ§amento corresponde ao valor individual pago ao favorecido informado neste documento. O total debitado em conta corrente corresponde Ã soma de todos os pagamentos processados pela remessa indicada.

Documento emitido por: JOAO P M P AFFONSO em 11/10/2020 15:16:14

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL  
CNPJ: 45.349.461/0015-08

CC: UTI  
Mensalista

Folha Mensal  
Agosto de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
3530	JULIA DA SILVA PAULA TEC. ENFERMAGEM	322205	1	1
		Admissão:	22/05/2020	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
1	HORAS NORMAIS	220,00	1.669,85		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00		
204	ADICIONAL NOTURNO 40%	41,00	124,48		
998	I.N.S.S.	8,22		164,61	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			2.003,33	164,61	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 90372-8			Agência: 0295 - X	Valor Líquido → 1.838,72	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	FGTS do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.669,85	2.003,33	2.003,33	160,26	1.838,72	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL  
CNPJ: 45.349.461/0015-08

CC: UTI  
Mensalista

Folha Mensal  
Agosto de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
3530	JULIA DA SILVA PAULA TEC. ENFERMAGEM	322205	1	1
		Admissão:	22/05/2020	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
1	HORAS NORMAIS	220,00	1.669,85		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00		
204	ADICIONAL NOTURNO 40%	41,00	124,48		
998	I.N.S.S.	8,22		164,61	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			2.003,33	164,61	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 90372-8			Agência: 0295 - X	Valor Líquido → 1.838,72	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	FGTS do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.669,85	2.003,33	2.003,33	160,26	1.838,72	0,00

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data



## Aviso de lanÃ§amento

G3351108570038471  
11/10/2020 15:16:14

AgÃªncia 3062-7  
Conta corrente 36311-1 ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

---

Data 03/09/2020 Valor R\$ 1.725,44 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 151, lanÃ§ado a dÃ©bito\* em sua conta corrente 36311-1, agÃªncia 3062-7, na data acima.

Pagamento efetuado a KEROLAYNE POLIANA TAKAMAT, na conta 90.371, agÃªncia 0295 do banco 001.

(Um mil e setecentos e vinte e cinco reais e quarenta e quatro centavos)

---

\* Este aviso de lanÃ§amento nÃ£o Ã© vÃ¡lido como comprovante da operaÃ§Ã£o e demonstra apenas que houve um lanÃ§amento em conta c o r r e n t e .

\* O valor constante deste aviso de lanÃ§amento corresponde ao valor individual pago ao favorecido informado neste documento. O total debitado em conta corrente corresponde Ã soma de todos os pagamentos processados pela remessa indicada.

Documento emitido por: JOAO P M P AFFONSO em 11/10/2020 15:16:14

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 06/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL  
 CNPJ: 45.349.461/0015-08 CC: UTI Mensalista  
 Folha Mensal Agosto de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
3503	KEROLAYNE POLIANA TAKAMATSU SANTANA TEC. ENFERMAGEM	322205	1	1
Admissão:			19/05/2020	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
1	HORAS NORMAIS	198,00	1.502,86		
8697	HORAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTEGRAIS	22,00	166,99		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	188,10		
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	20,90		
998	I.N.S.S.	8,17		153,41	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.878,85	153,41	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 90371-x Agência: 0295 - X			Valor Líquido →	1.725,44	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.669,85	1.878,85	1.878,85	150,30	1.725,44	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL  
 CNPJ: 45.349.461/0015-08 CC: UTI Mensalista  
 Folha Mensal Agosto de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
3503	KEROLAYNE POLIANA TAKAMATSU SANTANA TEC. ENFERMAGEM	322205	1	1
Admissão:			19/05/2020	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
1	HORAS NORMAIS	198,00	1.502,86		
8697	HORAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTEGRAIS	22,00	166,99		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	188,10		
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	20,90		
998	I.N.S.S.	8,17		153,41	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.878,85	153,41	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 90371-x Agência: 0295 - X			Valor Líquido →	1.725,44	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.669,85	1.878,85	1.878,85	150,30	1.725,44	0,00

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
 FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
 PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
 HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data



## Aviso de lanÇamento

G3351108570038471  
11/10/2020 15:16:14

AgÇncia 3062-7  
Conta corrente 36311-1 ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

---

Data 03/09/2020 Valor R\$ 1.902,25 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 151, lanÇado a dÇbito\* em sua conta corrente 36311-1, agÇncia 3062-7, na data acima.

Pagamento efetuado a KESSIA DA SILVA CALDEIRA, na conta 90.370, agÇncia 0295 do banco 001.

(Um mil e novecentos e dois reais e vinte e cinco centavos)

---

\* Este aviso de lanÇamento nÇo Å vÇlido como comprovante da operaÇÇo 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 Å soma de todos os pagamentos processados pela remessa indicada.

Documento emitido por: JOAO P M P AFFONSO em 11/10/2020 15:16:14

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 56/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL CNPJ: 45.349.461/0015-08		CC: UTI Mensalista		Folha Mensal Agosto de 2020	
Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Fórmula	
3508	KESSIA DA SILVA CALDEIRA TEC. ENFERMAGEM	322205	1	1	
			Admissão:	19/05/2020	
Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
1	HORAS NORMAIS	146,67	1.113,23		
8697	HORAS AFAST. P/DOENÇA C/DIR.INTEGRAIS	73,33	556,62		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	139,33		
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	69,66		
204	ADICIONAL NOTURNO 40%	64,00	194,31		
998	I.N.S.S.	8,24		170,90	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			2.073,15	170,90	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 90370-1			Agência: 0295 - X	Valor Líquido →	1.902,25
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.669,85	2.073,15	2.073,15	165,85	1.523,07	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL CNPJ: 45.349.461/0015-08		CC: UTI Mensalista		Folha Mensal Agosto de 2020	
Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Fórmula	
3508	KESSIA DA SILVA CALDEIRA TEC. ENFERMAGEM	322205	1	1	
			Admissão:	19/05/2020	
Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
1	HORAS NORMAIS	146,67	1.113,23		
8697	HORAS AFAST. P/DOENÇA C/DIR.INTEGRAIS	73,33	556,62		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	139,33		
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	69,66		
204	ADICIONAL NOTURNO 40%	64,00	194,31		
998	I.N.S.S.	8,24		170,90	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			2.073,15	170,90	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 90370-1			Agência: 0295 - X	Valor Líquido →	1.902,25
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.669,85	2.073,15	2.073,15	165,85	1.523,07	0,00

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 0012020  
 FONTE DE RECURSOS MUNICIPAIS  
 PREFEITURA MUNICIPAL DE FENÁPOLIS  
 HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data



## Aviso de lanÇamento

G3351108570038471  
11/10/2020 15:16:14

AgÃncia 3062-7  
Conta corrente 36311-1 ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

---

Data 03/09/2020 Valor R\$ 1.725,45 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 151, lanÇado a dÃbito\* em sua conta corrente 36311-1, agÃncia 3062-7, na data acima.

Pagamento efetuado a LEIDIANE LIMA DA SILVA, na conta 90.368, agÃncia 0295 do banco 001.

(Um mil e setecentos e vinte e cinco reais e quarenta e cinco centavos)

---

\* Este aviso de lanÇamento nÃo Ã vÃlido 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 Ã soma de todos os pagamentos processados pela remessa indicada.

Documento emitido por: JOAO P M P AFFONSO em 11/10/2020 15:16:14

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19



ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL  
CNPJ: 45.349.461/0015-08

CC: ENFERMARIA.  
Mensalista

Folha Mensal  
Agosto de 2020

Código Nome do Funcionário CBO Departamento Fíal  
3479 LEIDIANE LIMA DA SILVA 322205 2 1  
TEC. ENFERMAGEM Admissão: 18/05/2020

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
1	HORAS NORMAIS	117,33	890,59		
8697	HORAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTEGRAIS	102,67	779,26		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	111,47		
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	97,54		
998	I.N.S.S.	8,17		153,41	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.878,86	153,41	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 90368-x			Valor Líquido →	1.725,45	
Agência: 0295 - X					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.669,85	1.878,86	1.878,86	150,30	1.535,86	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL  
CNPJ: 45.349.461/0015-08

CC: ENFERMARIA  
Mensalista

Folha Mensal  
Agosto de 2020

Código Nome do Funcionário CBO Departamento Fíal  
3479 LEIDIANE LIMA DA SILVA 322205 2 1  
TEC. ENFERMAGEM Admissão: 18/05/2020

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
1	HORAS NORMAIS	117,33	890,59		
8697	HORAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTEGRAIS	102,67	779,26		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	111,47		
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	97,54		
998	I.N.S.S.	8,17		153,41	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.878,86	153,41	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 90368-x			Valor Líquido →	1.725,45	
Agência: 0295 - X					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.669,85	1.878,86	1.878,86	150,30	1.535,86	0,00

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 99/2020  
FUNTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data



## Aviso de lanÇamento

G3351108570038471  
11/10/2020 15:16:14

Agªncia 3062-7  
Conta corrente 36311-1 ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

---

Data 03/09/2020 Valor R\$ 1.567.92 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 151, lanÇado a dªbito\* em sua conta corrente 36311-1, agªncia 3062-7, na data acima.

Pagamento efetuado a LEIZE GEDO BIUDES CLABUCH, na conta 90.366, agªncia 0295 do banco 001.

(Um mil e quinhentos e sessenta e sete reais e noventa e dois centavos)

---

\* Este aviso de lanÇamento nªo ª vªlido como comprovante da operaÇªo e demonstra apenas que houve um lanÇamento em conta c o r r e n t e .

\* O valor constante deste aviso de lanÇamento corresponde ao valor individual pago ao favorecido informado neste documento. O total debitado em conta corrente corresponde ª soma de todos os pagamentos processados pela remessa indicada.

Documento emitido por: JOAO P M P AFFONSO em 11/10/2020 15:16:14

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHIA COVID-19

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL  
CNPJ: 45.349.461/0015-08

CC: RECEPÇÃO  
Mensalista

Folha Mensal  
Agosto de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
3470	LEIZE GEDO BIUDES CLABUCHAR ASSISTENTE ADM	411005	6	1
		Admissão:	18/05/2020	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
1	HORAS NORMAIS	220,00	1.495,53		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00		
204	ADICIONAL NOTURNO 40%	0,45	1,22		
998	I.N.S.S.	8,08		137,83	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.705,75	137,83	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 90366-3			Agência: 0295 - X	Valor Líquido → 1.567,92	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FG.T.S do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.495,53	1.705,75	1.705,75	136,46	1.188,74	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL  
CNPJ: 45.349.461/0015-08

CC: RECEPÇÃO  
Mensalista

Folha Mensal  
Agosto de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
3470	LEIZE GEDO BIUDES CLABUCHAR ASSISTENTE ADM	411005	6	1
		Admissão:	18/05/2020	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
1	HORAS NORMAIS	220,00	1.495,53		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00		
204	ADICIONAL NOTURNO 40%	0,45	1,22		
998	I.N.S.S.	8,08		137,83	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.705,75	137,83	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 90366-3			Agência: 0295 - X	Valor Líquido → 1.567,92	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FG.T.S do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.495,53	1.705,75	1.705,75	136,46	1.188,74	0,00

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data



## Aviso de lanÇamento

G3351108570038471  
11/10/2020 15:16:14

AgÃncia 3062-7  
Conta corrente 36311-1 ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

---

Data 03/09/2020 Valor R\$ 1.965,11 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 151, lanÇado a dÃbito\* em sua conta corrente 36311-1, agÃncia 3062-7, na data acima.

Pagamento efetuado a LETICIA DA SILVA FABIANO, na conta 90.365, agÃncia 0295 do banco 001.

(Um mil e novecentos e sessenta e cinco reais e onze centavos)

---

\* Este aviso de lanÇamento nÃo Ã vÃlido 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 Ã soma de todos os pagamentos processados pela remessa indicada.

Documento emitido por: JOAO P M P AFFONSO em 11/10/2020 15:16:14

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
FUNTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL  
CNPJ: 45.349.461/0015-08 CC: UTI Mensalista  
Folha Mensal Agosto de 2020

Código 3509 Nome do Funcionário LETICIA DA SILVA FABIANO  
TEC. ENFERMAGEM CBO 322205 Departamento 1 F.Íal 1  
Admissão: 19/05/2020

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos		
1	HORAS NORMAIS	212,67	1.614,29			
8697	HORAS AFAST. P/DOENÇA C/DIR.INTEGRAIS	7,33	55,66			
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	202,03			
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	6,96			
204	ADICIONAL NOTURNO 40%	87,30	265,07			
998	I.N.S.S.	8,34		178,90		
			Total de Vencimentos	Total de Descontos		
			2.144,01	178,90		
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 90365-5 Agência: 0295 - X			Valor Líquido	1.965,11		
Salário Base		Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FG.TS do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.669,95		2.144,01	2.144,01	171,52	1.775,52	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL  
CNPJ: 45.349.461/0015-08 CC: UTI Mensalista  
Folha Mensal Agosto de 2020

Código 3509 Nome do Funcionário LETICIA DA SILVA FABIANO  
TEC. ENFERMAGEM CBO 322205 Departamento 1 F.Íal 1  
Admissão: 19/05/2020

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos		
1	HORAS NORMAIS	212,67	1.614,29			
8697	HORAS AFAST. P/DOENÇA C/DIR.INTEGRAIS	7,33	55,66			
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	202,03			
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	6,96			
204	ADICIONAL NOTURNO 40%	87,30	265,07			
998	I.N.S.S.	8,34		178,90		
			Total de Vencimentos	Total de Descontos		
			2.144,01	178,90		
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 90365-5 Agência: 0295 - X			Valor Líquido	1.965,11		
Salário Base		Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FG.TS do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.669,95		2.144,01	2.144,01	171,52	1.775,52	0,00

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 000/2020  
FUNTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMBANHIA COVID-19

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data



## Aviso de lanÇamento

G3351108570038471  
11/10/2020 15:16:14

AgÃncia 3062-7  
Conta corrente 36311-1 ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

---

Data 03/09/2020 Valor R\$ 2.378,33 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 151, lanÇado a dÃbito\* em sua conta corrente 36311-1, agÃncia 3062-7, na data acima.

Pagamento efetuado a LUCIMARA CONTEL EVANGELIS, na conta 90.362, agÃncia 0295 do banco 001.

(Dois mil e trezentos e setenta e oito reais e trÃs centavos)

---

\* Este aviso de lanÇamento nÃo Ã vÃlido 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 Ã soma de todos os pagamentos processados pela remessa indicada.

Documento emitido por: JOAO P M P AFFONSO em 11/10/2020 15:16:14

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 90/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0015-08

CC: ADMINISTRATIVO

Mensalista

Folha Mensal

Agosto de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
3513	LUCIMARA CONTEL EVANGELISTA ASSIST. SOCIAL	251605	6	1
		Admissão:	18/05/2020	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
1	HORAS NORMAIS	180,00	2.448,29		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00		
998	I.N.S.S.	9,05		240,50	
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		38,46	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			2.657,29	278,96	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 90362-0			Valor Líquido →	2.378,33	
Agência: 0295 - X					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
2.448,29	2.657,29	2.657,29	212,58	2.416,79	7,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0015-08

CC: ADMINISTRATIVO

Mensalista

Folha Mensal

Agosto de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
3513	LUCIMARA CONTEL EVANGELISTA ASSIST. SOCIAL	251605	6	1
		Admissão:	18/05/2020	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
1	HORAS NORMAIS	180,00	2.448,29		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00		
998	I.N.S.S.	9,05		240,50	
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		38,46	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			2.657,29	278,96	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 90362-0			Valor Líquido →	2.378,33	
Agência: 0295 - X					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
2.448,29	2.657,29	2.657,29	212,58	2.416,79	7,50

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 50.121/2019  
 FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
 PREFEITURA MUNICIPAL DE PENAPOLIS  
 HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data



## Aviso de lanÇamento

G3351108570038471  
11/10/2020 15:16:14

AgÃncia 3062-7  
Conta corrente 36311-1 ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

---

Data 03/09/2020 Valor R\$ 1.725,17 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 151, lanÇado a dÃbito\* em sua conta corrente 36311-1, agÃncia 3062-7, na data acima.

Pagamento efetuado a MANOEL ALEXANDRE DA SILVA, na conta 90.361, agÃncia 0295 do banco 001.

(Um mil e setecentos e vinte e cinco reais e dezessete centavos)

---

\* Este aviso de lanÇamento nÃo Ã vÃlido 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 Ã soma de todos os pagamentos processados pela remessa indicada.

Documento emitido por: JOAO P M P AFFONSO em 11/10/2020 15:16:14

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 06/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19



ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL  
 CNPJ: 45.349.461/0015-08

CC: RECEPÇÃO  
 Mensalista

Folha Mensal  
 Agosto de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Fórmula
3471	MANOEL ALEXANDRE DA SILVA RECEPCIONISTA	422105	5	1
		Admissão:	18/05/2020	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
1	HORAS NORMAIS	154,00	1.046,87		
8697	HORAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTEGRAIS	66,00	448,66		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	146,30		
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	62,70		
204	ADICIONAL NOTURNO 40%	64,00	174,03		
998	I.N.S.S.	8,17		153,39	
			<b>Total de Vencimentos</b>	<b>Total de Descontos</b>	
			1.878,56	153,39	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 90361-2			Valor Líquido →	1.725,17	
Agência: 0295 - X					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FG.T.S do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.495,53	1.878,56	1.878,56	150,28	1.725,17	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL  
 CNPJ: 45.349.461/0015-08

CC: RECEPÇÃO  
 Mensalista

Folha Mensal  
 Agosto de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Fórmula
3471	MANOEL ALEXANDRE DA SILVA RECEPCIONISTA	422105	5	1
		Admissão:	18/05/2020	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
1	HORAS NORMAIS	154,00	1.046,87		
8697	HORAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTEGRAIS	66,00	448,66		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	146,30		
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	62,70		
204	ADICIONAL NOTURNO 40%	64,00	174,03		
998	I.N.S.S.	8,17		153,39	
			<b>Total de Vencimentos</b>	<b>Total de Descontos</b>	
			1.878,56	153,39	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 90361-2			Valor Líquido →	1.725,17	
Agência: 0295 - X					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FG.T.S do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.495,53	1.878,56	1.878,56	150,28	1.725,17	0,00

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 86/2020  
 FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
 PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
 HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data



## Aviso de lanÇamento

G3351108570038471  
11/10/2020 15:16:14

AgÃncia 3062-7  
Conta corrente 36311-1 ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

---

Data 03/09/2020 Valor R\$ 1.725,44 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 151, lanÇado a dÃbito\* em sua conta corrente 36311-1, agÃncia 3062-7, na data acima.

Pagamento efetuado a MARCIA DOURADO MEIRA, na conta 90.358, agÃncia 0295 do banco 001.

(Um mil e setecentos e vinte e cinco reais e quarenta e quatro centavos)

---

\* Este aviso de lanÇamento nÃo Ã vÃlido 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 Ã soma de todos os pagamentos processados pela remessa indicada.

Documento emitido por: JOAO P M P AFFONSO em 11/10/2020 15:16:14

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0015-08

CC: UTI

Mensalista

Folha Mensal

Agosto de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
3516	MARCIA DOURADO MEIRA TEC. ENFERMAGEM	322205	1	1
		Admissão:	19/05/2020	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
1	HORAS NORMAIS	220,00	1.669,85		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00		
998	I.N.S.S.	8,17		153,41	
			<b>Total de Vencimentos</b>	<b>Total de Descontos</b>	
			1.878,85	153,41	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 90358-2			<b>Valor Líquido</b> →	1.725,44	
Agência: 0295 - X					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.669,85	1.878,85	1.878,85	150,30	1.725,44	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0015-08

CC: UTI

Mensalista

Folha Mensal

Agosto de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
3516	MARCIA DOURADO MEIRA TEC. ENFERMAGEM	322205	1	1
		Admissão:	19/05/2020	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
1	HORAS NORMAIS	220,00	1.669,85		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00		
998	I.N.S.S.	8,17		153,41	
			<b>Total de Vencimentos</b>	<b>Total de Descontos</b>	
			1.878,85	153,41	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 90358-2			<b>Valor Líquido</b> →	1.725,44	
Agência: 0295 - X					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.669,85	1.878,85	1.878,85	150,30	1.725,44	0,00

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
 FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
 PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
 HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data



## Aviso de lanÇamento

G3351108570038471  
11/10/2020 15:16:14

AgÃncia 3062-7  
Conta corrente 36311-1 ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

---

Data 03/09/2020 Valor R\$ 1.636,09 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 151, lanÇado a dÃbito\* em sua conta corrente 36311-1, agÃncia 3062-7, na data acima.

Pagamento efetuado a MARIA CRISTINA DE AGUIAR, na conta 90.356, agÃncia 0295 do banco 001.

(Um mil e seiscentos e trinta e seis reais e nove centavos)

---

\* Este aviso de lanÇamento nÃo Ã vÃlido como comprovante da operaÃÃo 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 Ã soma de todos os pagamentos processados pela remessa indicada.

Documento emitido por: JOAO P M P AFFONSO em 11/10/2020 15:16:14

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL  
 CNPJ: 45.349.461/0015-08 CC: RECEPÇÃO Mensalista  
 Folha Mensal Agosto de 2020

Código Nome do Funcionário CBO Departamento Filial  
 3475 MARIA CRISTINA DE AGUIAR 422105 5 1  
 RECEPCIONISTA Admissão: 19/05/2020

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
1	HORAS NORMAIS	220,00	1.495,53		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00		
204	ADICIONAL NOTURNO 40%	28,00	76,14		
998	I.N.S.S.	8,12		144,58	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.780,67	144,58	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 90356-6			Valor Líquido →	1.636,09	
Agência: 0295 - X					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.495,53	1.780,67	1.780,67	142,45	1.636,09	0,00

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL  
 CNPJ: 45.349.461/0015-08 CC: RECEPÇÃO Mensalista  
 Folha Mensal Agosto de 2020

Código Nome do Funcionário CBO Departamento Filial  
 3475 MARIA CRISTINA DE AGUIAR 422105 5 1  
 RECEPCIONISTA Admissão: 19/05/2020

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
1	HORAS NORMAIS	220,00	1.495,53		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00		
204	ADICIONAL NOTURNO 40%	28,00	76,14		
998	I.N.S.S.	8,12		144,58	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.780,67	144,58	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 90356-6			Valor Líquido →	1.636,09	
Agência: 0295 - X					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.495,53	1.780,67	1.780,67	142,45	1.636,09	0,00

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 5012/20  
 FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
 PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
 HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

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



## Aviso de lanÇamento

G3351108570038471  
11/10/2020 15:16:14

AgÃncia 3062-7  
Conta corrente 36311-1 ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

---

Data 03/09/2020 Valor R\$ 1.567,61 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 151, lanÇado a dÃbito\* em sua conta corrente 36311-1, agÃncia 3062-7, na data acima.

Pagamento efetuado a MILENA MARIA PENCO CAPUA, na conta 90.352, agÃncia 0295 do banco 001.

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

---

\* Este aviso de lanÇamento nÃo Ã vÃlido 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 Ã soma de todos os pagamentos processados pela remessa indicada.

Documento emitido por: JOAO P M P AFFONSO em 11/10/2020 15:16:14

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 08/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE FENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL  
 CNPJ: 45.349.461/0015-08

CC: ADMINISTRATIVO  
 Mensalista

Folha Mensal  
 Agosto de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
3488	MILENA MARIA PENCO CAPUA ASSISTENTE ADM	411005	6	1
		Admissão:	18/05/2020	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
1	HORAS NORMAIS	183,33	1.246,27		
8697	HORAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTEGRAIS	36,67	249,26		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	174,17		
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	34,84		
204	ADICIONAL NOTURNO 40%	0,32	0,87		
998	I.N.S.S.	8,08		137,80	
			<b>Total de Vencimentos</b>	<b>Total de Descontos</b>	
			1.705,41	137,80	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 90352-3			Valor Líquido →	1.567,61	
Agência: 0295 - X					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.495,53	1.705,41	1.705,41	136,43	1.567,61	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL  
 CNPJ: 45.349.461/0015-08

CC: ADMINISTRATIVO  
 Mensalista

Folha Mensal  
 Agosto de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
3488	MILENA MARIA PENCO CAPUA ASSISTENTE ADM	411005	6	1
		Admissão:	18/05/2020	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
1	HORAS NORMAIS	183,33	1.246,27		
8697	HORAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTEGRAIS	36,67	249,26		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	174,17		
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	34,84		
204	ADICIONAL NOTURNO 40%	0,32	0,87		
998	I.N.S.S.	8,08		137,80	
			<b>Total de Vencimentos</b>	<b>Total de Descontos</b>	
			1.705,41	137,80	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 90352-3			Valor Líquido →	1.567,61	
Agência: 0295 - X					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.495,53	1.705,41	1.705,41	136,43	1.567,61	0,00

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 90/2020  
 FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
 PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
 HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data



## Aviso de lanÃ§amento

G3351108570038471  
11/10/2020 15:16:14

AgÃªncia 3062-7  
Conta corrente 36311-1 ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

Data 03/09/2020 Valor R\$ 1.725,44 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 151, lanÃ§ado a dÃ©bito\* em sua conta corrente 36311-1, agÃªncia 3062-7, na data acima.

Pagamento efetuado a PAULO HENRIQUE GONÃALVES, na conta 90.349, agÃªncia 0295 do banco 001.

(Um mil e setecentos e vinte e cinco reais e quarenta e quatro centavos)

\* Este aviso de lanÃ§amento nÃ£o Ã© vÃ¡lido como comprovante da operaÃ§Ã£o e demonstra apenas que houve um lanÃ§amento em conta corrente.

\* O valor constante deste aviso de lanÃ§amento corresponde ao valor individual pago ao favorecido informado neste documento. O total debitado em conta corrente corresponde Ã soma de todos os pagamentos processados pela remessa indicada.

Documento emitido por: JOAO P M P AFFONSO em 11/10/2020 15:16:14

CONVÃNIO CONFORME PROCESSO NÂ 86/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÃPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19



ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL  
CNPJ: 45.349.461/0015-08

CC: ENFERMARIA  
Mensalista

Folha Mensal  
Agosto de 2020

Código	Nome do Funcionario	CBO	Departamento	Faixa
3478	PAULO HENRIQUE GONÇALVES TEC. ENFERMAGEM	322205	2	1

Admissão: 18/05/2020

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
1	HORAS NORMAIS	220,00	1.669,85		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00		
998	I.N.S.S.	8,17		153,41	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.878,85	153,41	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 90349-3			Valor Líquido →	1.725,44	
Agência: 0295 - X					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	FGTS do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.669,85	1.878,85	1.878,85	150,30	1.725,44	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionario

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL  
CNPJ: 45.349.461/0015-08

CC: ENFERMARIA  
Mensalista

Folha Mensal  
Agosto de 2020

Código	Nome do Funcionario	CBO	Departamento	Faixa
3478	PAULO HENRIQUE GONÇALVES TEC. ENFERMAGEM	322205	2	1

Admissão: 18/05/2020

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
1	HORAS NORMAIS	220,00	1.669,85		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00		
998	I.N.S.S.	8,17		153,41	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.878,85	153,41	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 90349-3			Valor Líquido →	1.725,44	
Agência: 0295 - X					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	FGTS do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.669,85	1.878,85	1.878,85	150,30	1.725,44	0,00

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 98/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionario

Data



## Aviso de lanÇamento

G3351108570038471  
11/10/2020 15:16:14

AgÇncia 3062-7  
Conta corrente 36311-1 ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

---

Data 03/09/2020 Valor R\$ 2.041,25 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 151, lanÇado a dÇbito\* em sua conta corrente 36311-1, agÇncia 3062-7, na data acima.

Pagamento efetuado a PENHA CRISTINA DANTAS RIB, na conta 90.348, agÇncia 0295 do banco 001.

(Dois mil e quarenta e um reais e vinte e cinco centavos)

---

\* Este aviso de lanÇamento nÇo Å vÇlido como comprovante da operaÇÇo 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 Å soma de todos os pagamentos processados pela remessa indicada.

Documento emitido por: JOAO P M P AFFONSO em 11/10/2020 15:16:14

CONVÈnio CONFORME PROCESSO Nº 9012020  
FUNTE DE EMPREGO MUNICIPAL  
PREVENÇAO MUNICIPAL DE RENAPOLIS  
HOSPITAL DE OMBANHA COVID-19

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL  
CNPJ: 45.349.461/0015-08

CC: ENFERMARIA  
Mensalista

Folha Mensal  
Agosto de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
3520	PENHA CRISTINA DANTAS RIBAS TEC. ENFERMAGEM	322205	2	1
			Admissão:	18/05/2020

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
1	HORAS NORMAIS	220,00	1.669,85		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00		
204	ADICIONAL NOTURNO 40%	120,00	364,33		
998	I.N.S.S.	8,51		190,80	
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		11,13	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			2.243,18	201,93	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 90348-5			Agência: 0295 - X	Valor Líquido → 2.041,25	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	FGTS do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.669,85	2.243,18	2.243,18	179,45	2.052,38	7,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL  
CNPJ: 45.349.461/0015-08

CC: ENFERMARIA  
Mensalista

Folha Mensal  
Agosto de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
3520	PENHA CRISTINA DANTAS RIBAS TEC. ENFERMAGEM	322205	2	1
			Admissão:	18/05/2020

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
1	HORAS NORMAIS	220,00	1.669,85		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00		
204	ADICIONAL NOTURNO 40%	120,00	364,33		
998	I.N.S.S.	8,51		190,80	
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		11,13	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			2.243,18	201,93	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 90348-5			Agência: 0295 - X	Valor Líquido → 2.041,25	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	FGTS do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.669,85	2.243,18	2.243,18	179,45	2.052,38	7,50

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data



## Aviso de lanÇamento

G3351108570038471  
11/10/2020 15:16:14

AgÃncia 3062-7  
Conta corrente 36311-1 ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

---

Data 03/09/2020 Valor R\$ 1.566,81 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 151, lanÇado a dÃbito\* em sua conta corrente 36311-1, agÃncia 3062-7, na data acima.

Pagamento efetuado a RAFAELA CRISTINA GONCALVE, na conta 90.347, agÃncia 0295 do banco 001.

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

---

\* Este aviso de lanÇamento nÃo Ã vÃlido como comprovante da operaÃÃo 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 Ã soma de todos os pagamentos processados pela remessa indicada.

Documento emitido por: JOAO P M P AFFONSO em 11/10/2020 15:16:14

**CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020**  
**FONTE DE RECURSO MUNICIPAL**  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS**  
**HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19**

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL  
 CNPJ: 45.349.461/0015-08

CC: FARMÁCIA  
 Mensalista

Folha Mensal  
 Agosto de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
3467	RAFAELA CRISTINA GONCALVES MACHADO AUX. ADM. FARMACIA	411005	3	1
		Admissão:	19/05/2020	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
1	HORAS NORMAIS	220,00	1.495,53		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00		
998	I.N.S.S.	8,08		137,72	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.704,53	137,72	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 90347-7			Valor Líquido →	1.566,81	
Agência: 0295 - X					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.495,53	1.704,53	1.704,53	136,36	1.566,81	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL  
 CNPJ: 45.349.461/0015-08

CC: FARMÁCIA  
 Mensalista

Folha Mensal  
 Agosto de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
3467	RAFAELA CRISTINA GONCALVES MACHADO AUX. ADM. FARMACIA	411005	3	1
		Admissão:	19/05/2020	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
1	HORAS NORMAIS	220,00	1.495,53		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00		
998	I.N.S.S.	8,08		137,72	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.704,53	137,72	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 90347-7			Valor Líquido →	1.566,81	
Agência: 0295 - X					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.495,53	1.704,53	1.704,53	136,36	1.566,81	0,00

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 90/2020  
 FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
 PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
 HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data



## Aviso de lanÇamento

G3351108570038471  
11/10/2020 15:16:14

AgÃncia 3062-7  
Conta corrente 36311-1 ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

---

Data 03/09/2020 Valor R\$ 1.725,45 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 151, lanÇado a dÃbito\* em sua conta corrente 36311-1, agÃncia 3062-7, na data acima.

Pagamento efetuado a ROSIANE DE SOUZA SOARES, na conta 90.346, agÃncia 0295 do banco 001.

(Um mil e setecentos e vinte e cinco reais e quarenta e cinco centavos)

---

\* Este aviso de lanÇamento nÃo Ã vÃlido como comprovante da operaÇÃo e demonstra apenas que houve um lanÇamento em conta c o r r e n t e .

\* O valor constante deste aviso de lanÇamento corresponde ao valor individual pago ao favorecido informado neste documento. O total debitado em conta corrente corresponde Ã soma de todos os pagamentos processados pela remessa indicada.

Documento emitido por: JOAO P M P AFFONSO em 11/10/2020 15:16:14

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL  
CNPJ: 45.349.461/0015-08

CC: UTI  
Mensalista

Folha Mensal  
Agosto de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
3457	ROSIANE DE SOUZA SOARES TEC. ENFERMAGEM	322205	1	1

Admissão: 18/05/2020

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
1	HORAS NORMAIS	161,33	1.224,56		
8697	HORAS AFAST. P/DOENÇA C/DIR.INTEGRAIS	58,67	445,29		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	153,27		
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	55,74		
998	I.N.S.S.	8,17		153,41	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.878,86	153,41	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 90346-9			Valor Líquido →	1.725,45	
Agência: 0295 - X					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.669,85	1.878,86	1.878,86	150,30	1.725,45	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL  
CNPJ: 45.349.461/0015-08

CC: UTI  
Mensalista

Folha Mensal  
Agosto de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
3457	ROSIANE DE SOUZA SOARES TEC. ENFERMAGEM	322205	1	1

Admissão: 18/05/2020

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
1	HORAS NORMAIS	161,33	1.224,56		
8697	HORAS AFAST. P/DOENÇA C/DIR.INTEGRAIS	58,67	445,29		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	153,27		
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	55,74		
998	I.N.S.S.	8,17		153,41	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.878,86	153,41	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 90346-9			Valor Líquido →	1.725,45	
Agência: 0295 - X					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.669,85	1.878,86	1.878,86	150,30	1.725,45	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19



## Aviso de lanÃ§amento

G3351108570038471  
11/10/2020 15:16:14

AgÃªncia 3062-7  
Conta corrente 36311-1 ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

---

Data 03/09/2020 Valor R\$ 1.725,44 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 151, lanÃ§ado a dÃ©bito\* em sua conta corrente 36311-1, agÃªncia 3062-7, na data acima.

Pagamento efetuado a ROZINEI MECHON NUNES, na conta 90.345, agÃªncia 0295 do banco 001.

(Um mil e setecentos e vinte e cinco reais e quarenta e quatro centavos)

---

\* Este aviso de lanÃ§amento nÃ£o Ã© vÃ¡lido como comprovante da operaÃ§Ã£o e demonstra apenas que houve um lanÃ§amento em conta corrente.

\* O valor constante deste aviso de lanÃ§amento corresponde ao valor individual pago ao favorecido informado neste documento. O total debitado em conta corrente corresponde Ã soma de todos os pagamentos processados pela remessa indicada.

Documento emitido por: JOAO P M P AFFONSO em 11/10/2020 15:16:14

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 06/2020  
FUNTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19



ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0015-08

CC: UTI

Mensalista

Folha Mensal  
Agosto de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Faixa
3454	ROZINEI MECHON NUNES TEC. ENFERMAGEM	322205	1	1
		Admissão:	18/05/2020	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
1	HORAS NORMAIS	220,00	1.669,85		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00		
998	I.N.S.S.	8,17		153,41	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.878,85	153,41	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 90345-0			Valor Líquido →	1.725,44	
Agência: 0295 - X					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	FGTS do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.669,85	1.878,85	1.878,85	150,30	1.725,44	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0015-08

CC: UTI

Mensalista

Folha Mensal  
Agosto de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Faixa
3454	ROZINEI MECHON NUNES TEC. ENFERMAGEM	322205	1	1
		Admissão:	18/05/2020	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
1	HORAS NORMAIS	220,00	1.669,85		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00		
998	I.N.S.S.	8,17		153,41	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.878,85	153,41	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 90345-0			Valor Líquido →	1.725,44	
Agência: 0295 - X					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	FGTS do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.669,85	1.878,85	1.878,85	150,30	1.725,44	0,00

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 001/2020  
 FONTE DE RECURSOS MUNICIPAIS  
 PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
 HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data



## Aviso de lanÃ§amento

G3351108570038471  
11/10/2020 15:16:14

AgÃªncia 3062-7  
Conta corrente 36311-1 ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

---

Data 03/09/2020 Valor R\$ 2.541,13 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 151, lanÃ§ado a dÃ©bito\* em sua conta corrente 36311-1, agÃªncia 3062-7, na data acima.

Pagamento efetuado a SANDRA MIOTTI FAUSTINO, na conta 90.344, agÃªncia 0295 do banco 001.

(Dois mil e quinhentos e quarenta e um reais e treze centavos)

---

\* Este aviso de lanÃ§amento nÃ£o Ã© vÃ¡lido como comprovante da operaÃ§Ã£o e demonstra apenas que houve um lanÃ§amento em conta c o r r e n t e .

\* O valor constante deste aviso de lanÃ§amento corresponde ao valor individual pago ao favorecido informado neste documento. O total debitado em conta corrente corresponde Ã soma de todos os pagamentos processados pela remessa indicada.

Documento emitido por: JOAO P M P AFFONSO em 11/10/2020 15:16:14

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 90/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL  
 CNPJ: 45.349.461/0015-08 CC: UTI Mensalista  
 Folha Mensal Agosto de 2020

Código Nome do Funcionário CBO Departamento Fíal  
 3453 SANDRA MIOTTI FAUSTINO 223505 1 1  
 ENFERMEIRO (A) Admissão: 18/05/2020

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
1	HORAS NORMAIS	220,00	2.648,29		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00		
998	I.N.S.S.	9,26		264,50	
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		51,66	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			2.857,29	316,16	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 90344-2 Agência: 0295 - X			Valor Líquido →	2.541,13	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
2.648,29	2.857,29	2.857,29	228,58	2.592,79	7,50

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL  
 CNPJ: 45.349.461/0015-08 CC: UTI Mensalista  
 Folha Mensal Agosto de 2020

Código Nome do Funcionário CBO Departamento Fíal  
 3453 SANDRA MIOTTI FAUSTINO 223505 1 1  
 ENFERMEIRO (A) Admissão: 18/05/2020

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
1	HORAS NORMAIS	220,00	2.648,29		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00		
998	I.N.S.S.	9,26		264,50	
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		51,66	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			2.857,29	316,16	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 90344-2 Agência: 0295 - X			Valor Líquido →	2.541,13	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
2.648,29	2.857,29	2.857,29	228,58	2.592,79	7,50

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 90/2020  
 FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
 PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
 HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

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



## Aviso de lanÃ§amento

G3351108570038471  
11/10/2020 15:16:14

AgÃªncia 3062-7  
Conta corrente 36311-1 ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

---

Data 03/09/2020 Valor R\$ 1.668,45 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 151, lanÃ§ado a dÃ©bito\* em sua conta corrente 36311-1, agÃªncia 3062-7, na data acima.

Pagamento efetuado a SILVIA ANDREA RODRIGUES D, na conta 90.342, agÃªncia 0295 do banco 001.

(Um mil e seiscentos e sessenta e oito reais e quarenta e cinco centavos)

---

\* Este aviso de lanÃ§amento nÃ£o Ã© vÃ¡lido como comprovante da operaÃ§Ã£o e demonstra apenas que houve um lanÃ§amento em conta c o r r e n t e .

\* O valor constante deste aviso de lanÃ§amento corresponde ao valor individual pago ao favorecido informado neste documento. O total debitado em conta corrente corresponde Ã soma de todos os pagamentos processados pela remessa indicada.

Documento emitido por: JOAO P M P AFFONSO em 11/10/2020 15:16:14

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL  
 CNPJ: 45.349.461/0015-08 CC: UTI Mensalista  
 Folha Mensal Agosto de 2020

Código Nome do Funcionario CBO Departamento Filial  
 3495 SILVIA ANDREA RODRIGUES DE LIMA 322205 1 1  
 TEC. ENFERMAGEM Admissão: 19/05/2020

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
1	HORAS NORMAIS	212,67	1.614,19		
8697	HORAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTEGRAIS	7,33	55,66		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	195,07		
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	6,96		
998	I.N.S.S.	8,14		147,77	
8792	DIAS FALTAS	1,00		55,66	
			<b>Total de Vencimentos</b>	<b>Total de Descontos</b>	
			1.871,88	203,43	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 90342-6 Agência: 0295 - X			<b>Valor Líquido</b> ➡	1.668,45	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.669,85	1.816,22	1.816,22	145,29	1.668,45	0,00

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL  
 CNPJ: 45.349.461/0015-08 CC: UTI Mensalista  
 Folha Mensal Agosto de 2020

Código Nome do Funcionario CBO Departamento Filial  
 3495 SILVIA ANDREA RODRIGUES DE LIMA 322205 1 1  
 TEC. ENFERMAGEM Admissão: 19/05/2020

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
1	HORAS NORMAIS	212,67	1.614,19		
8697	HORAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTEGRAIS	7,33	55,66		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	195,07		
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	6,96		
998	I.N.S.S.	8,14		147,77	
8792	DIAS FALTAS	1,00		55,66	
			<b>Total de Vencimentos</b>	<b>Total de Descontos</b>	
			1.871,88	203,43	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 90342-6 Agência: 0295 - X			<b>Valor Líquido</b> ➡	1.668,45	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.669,85	1.816,22	1.816,22	145,29	1.668,45	0,00

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
 FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
 PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
 HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

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



## Aviso de lanÇamento

G3351108570038471  
11/10/2020 15:16:14

AgÃncia 3062-7  
Conta corrente 36311-1 ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

---

Data 03/09/2020 Valor R\$ 2.638,03 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 151, lanÇado a dÃbito\* em sua conta corrente 36311-1, agÃncia 3062-7, na data acima.

Pagamento efetuado a STEFANY CORREIA MARTINS, na conta 90.340, agÃncia 0295 do banco 001.

(Dois mil e seiscentos e trinta e oito reais e trÃs centavos)

---

\* Este aviso de lanÇamento nÃo Ã vÃlido 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 Ã soma de todos os pagamentos processados pela remessa indicada.

Documento emitido por: JOAO P M P AFFONSO em 11/10/2020 15:16:14

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL  
 CNPJ: 45.349.461/0015-08

CC: UTI  
 Mensalista

Folha Mensal  
 Agosto de 2020

Código	Nome do Funcionario	CBO	Departamento	Filial
3504	STEFANY CORREIA MARTINS TEC. ENFERMAGEM	322205	1	1
Admissão:			19/05/2020	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
1	HORAS NORMAIS	220,00	1.669,85		
250	REFLEXO EXTRAS DSR	0,00	118,25		
200	HORAS EXTRAS 100%	36,00	614,90		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00		
204	ADICIONAL NOTURNO 40%	120,00	364,33		
998	I.N.S.S.	9,37		278,78	
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		59,52	
			<b>Total de Vencimentos</b>	<b>Total de Descontos</b>	
			2.976,33	338,30	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 90340-x			Agência: 0295 - X		
			Valor Líquido →	2.638,03	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.669,85	2.976,33	2.976,33	238,10	2.697,55	7,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL  
 CNPJ: 45.349.461/0015-08

CC: UTI  
 Mensalista

Folha Mensal  
 Agosto de 2020

Código	Nome do Funcionario	CBO	Departamento	Filial
3504	STEFANY CORREIA MARTINS TEC. ENFERMAGEM	322205	1	1
Admissão:			19/05/2020	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
1	HORAS NORMAIS	220,00	1.669,85		
250	REFLEXO EXTRAS DSR	0,00	118,25		
200	HORAS EXTRAS 100%	36,00	614,90		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00		
204	ADICIONAL NOTURNO 40%	120,00	364,33		
998	I.N.S.S.	9,37		278,78	
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		59,52	
			<b>Total de Vencimentos</b>	<b>Total de Descontos</b>	
			2.976,33	338,30	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 90340-x			Agência: 0295 - X		
			Valor Líquido →	2.638,03	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.669,85	2.976,33	2.976,33	238,10	2.697,55	7,50

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 06/2020  
 FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
 PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
 HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data



## Aviso de lanÃ§amento

G3351108570038471  
11/10/2020 15:16:14

AgÃªncia 3062-7  
Conta corrente 36311-1 ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

---

Data 03/09/2020 Valor R\$ 1.880,17 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 151, lanÃ§ado a dÃ©bito\* em sua conta corrente 36311-1, agÃªncia 3062-7, na data acima.

Pagamento efetuado a THAWANY YURI KAWAMURA, na conta 90.339, agÃªncia 0295 do banco 001.

(Um mil e oitocentos e oitenta reais e dezessete centavos)

---

\* Este aviso de lanÃ§amento nÃ£o Ã© vÃ¡lido como comprovante da operaÃ§Ã£o e demonstra apenas que houve um lanÃ§amento em conta corrente.

\* O valor constante deste aviso de lanÃ§amento corresponde ao valor individual pago ao favorecido informado neste documento. O total debitado em conta corrente corresponde Ã soma de todos os pagamentos processados pela remessa indicada.

Documento emitido por: JOAO P M P AFFONSO em 11/10/2020 15:16:14

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19



ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0015-08

CC: UTI

Mensalista

Folha Mensal

Agosto de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Fórmula
3512	THAWANY YURI KAWAMURA TEC. ENFERMAGEM	322205	1	1
		Admissão:	19/05/2020	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
1	HORAS NORMAIS	139,33	1.057,57		
8697	HORAS AFAST. P/DOENÇA C/DIR.INTEGRAIS	80,67	612,28		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	132,37		
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	76,64		
204	ADICIONAL NOTURNO 40%	56,00	170,02		
998	I.N.S.S.	8,23		168,71	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			2.048,88	168,71	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 90339-6			Valor Líquido →	1.880,17	
Agência: 0295 - X					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.669,85	2.048,88	2.048,88	163,91	1.880,17	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0015-08

CC: UTI

Mensalista

Folha Mensal

Agosto de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Fórmula
3512	THAWANY YURI KAWAMURA TEC. ENFERMAGEM	322205	1	1
		Admissão:	19/05/2020	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
1	HORAS NORMAIS	139,33	1.057,57		
8697	HORAS AFAST. P/DOENÇA C/DIR.INTEGRAIS	80,67	612,28		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	132,37		
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	76,64		
204	ADICIONAL NOTURNO 40%	56,00	170,02		
998	I.N.S.S.	8,23		168,71	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			2.048,88	168,71	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 90339-6			Valor Líquido →	1.880,17	
Agência: 0295 - X					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.669,85	2.048,88	2.048,88	163,91	1.880,17	0,00

CONVÊNIO CONFIRMAÇÃO PROCESSO Nº 96.120/2020  
 FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
 PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
 HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL  
 CNPJ: 45.349.461/0015-08

CC: RECEPÇÃO  
 Mensalista

Folha Mensal  
 Agosto de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Fórmula
3476	YASMIN MARISSOL ZANON RECEPCIONISTA	422105	5	1
		Admissão:	18/05/2020	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
9179	SALDO DE SALARIO HORAS	132,00	897,32		
8550	13 SALARIO INTEGRAL RESCISAO	3,00	373,88		
8551	MEDIA HORAS 13o RESCISAO	3,00	19,72		
8553	VANTAGENS 13o RESCISAO	3,00	52,25		
803	13o 1/12 INDENIZADO	1,00	124,63		
8153	MEDIA HORAS 13o 1/12 INDENIZADO	1,00	6,57		
8154	VANTAGENS 13o 1/12 INDENIZADO	1,00	17,42		
29	FERIAS PROPORCIONAIS	3,00	373,88		
811	FERIAS 1/12 INDENIZADO	1,00	124,63		
815	MEDIA HR FER PROPORCIONAL	3,00	13,14		
817	VANTAGEM FER PROPORCIONAL	3,00	52,25		
8126	1/3 FERIAS INDENIZADAS RESC	33,33	48,81		
8157	MEDIA HORAS FERIAS 1/12 INDENIZADO	1,00	4,38		
8158	VANTAGENS FERIAS 1/12 INDENIZADO	1,00	17,42		
8169	1/3 FERIAS PROPORCIONAIS RESCISAO	33,33	146,42		
22	AVISO PREVIO	30,00	1.495,53		
8145	MEDIA HORAS AVISO PREVIO	30,00	52,57		
A TRANSPORTAR			Total de Vencimentos *****	Total de Descontos *****	
			Valor Líquido →	*****	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL  
 CNPJ: 45.349.461/0015-08

CC: RECEPÇÃO  
 Mensalista

Folha Mensal  
 Agosto de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Fórmula
3476	YASMIN MARISSOL ZANON RECEPCIONISTA	422105	5	1
		Admissão:	18/05/2020	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
9179	SALDO DE SALARIO HORAS	132,00	897,32		
8550	13 SALARIO INTEGRAL RESCISAO	3,00	373,88		
8551	MEDIA HORAS 13o RESCISAO	3,00	19,72		
8553	VANTAGENS 13o RESCISAO	3,00	52,25		
803	13o 1/12 INDENIZADO	1,00	124,63		
8153	MEDIA HORAS 13o 1/12 INDENIZADO	1,00	6,57		
8154	VANTAGENS 13o 1/12 INDENIZADO	1,00	17,42		
29	FERIAS PROPORCIONAIS	3,00	373,88		
811	FERIAS 1/12 INDENIZADO	1,00	124,63		
815	MEDIA HR FER PROPORCIONAL	3,00	13,14		
817	VANTAGEM FER PROPORCIONAL	3,00	52,25		
8126	1/3 FERIAS INDENIZADAS RESC	33,33	48,81		
8157	MEDIA HORAS FERIAS 1/12 INDENIZADO	1,00	4,38		
8158	VANTAGENS FERIAS 1/12 INDENIZADO	1,00	17,42		
8169	1/3 FERIAS PROPORCIONAIS RESCISAO	33,33	146,42		
22	AVISO PREVIO	30,00	1.495,53		
8145	MEDIA HORAS AVISO PREVIO	30,00	52,57		
A TRANSPORTAR			Total de Vencimentos *****	Total de Descontos *****	
			Valor Líquido →	*****	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF

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

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
 FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
 PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
 HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL  
CNPJ: 45.349.461/0015-08

CC: RECEPÇÃO  
Mensalista

Folha Mensal  
Agosto de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
3476	YASMIN MARISSOL ZANON RECEPCIONISTA	422105	5	1

Admissão: 18/05/2020

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8146	VANTAGENS AVISO PREVIO	30,00	209,00		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	125,40		
204	ADICIONAL NOTURNO 40%	37,00	100,61		
51	LIQUIDO RESCISAO	0,00		3.984,88	
208	DESC VALE REFEIÇÃO	85,44		85,44	
826	INSS SOBRE RESCISAO	7,60		85,41	
989	INSS 13 SAL.RESCISAO	7,50		44,58	
828	IRRF SOBRE RESCISAO	7,50		55,52	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			4.255,83	4.255,83	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 90338-8			Valor Líquido →	0,00	
Agência: 0295 - X					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.495,53	1.717,80	0,00	0,00	1.587,81	7,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL  
CNPJ: 45.349.461/0015-08

CC: RECEPÇÃO  
Mensalista

Folha Mensal  
Agosto de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
3476	YASMIN MARISSOL ZANON RECEPCIONISTA	422105	5	1

Admissão: 18/05/2020

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8146	VANTAGENS AVISO PREVIO	30,00	209,00		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	125,40		
204	ADICIONAL NOTURNO 40%	37,00	100,61		
51	LIQUIDO RESCISAO	0,00		3.984,88	
208	DESC VALE REFEIÇÃO	85,44		85,44	
826	INSS SOBRE RESCISAO	7,60		85,41	
989	INSS 13 SAL.RESCISAO	7,50		44,58	
828	IRRF SOBRE RESCISAO	7,50		55,52	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			4.255,83	4.255,83	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 90338-8			Valor Líquido →	0,00	
Agência: 0295 - X					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.495,53	1.717,80	0,00	0,00	1.587,81	7,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

CONVÊNIO CONTRATO PROCESSO Nº 96/2020  
FUNTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL  
 CNPJ: 45.349.461/0015-08

CC: UTI  
 Mensalista

Folha Mensal  
 Agosto de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
3587	NATALIA APARECIDA TOMAZ TRAFICANTE TEC. ENFERMAGEM	322205	1	1
Admissão:			02/07/2020	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8697	HORAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTEGRAIS	22,00	166,98		
9179	SALDO DE SALARIO HORAS	88,00	667,94		
8550	13 SALARIO INTEGRAL RESCISAO	2,00	278,31		
8551	MEDIA HORAS 13o RESCISAO	2,00	12,15		
8553	VANTAGENS 13o RESCISAO	2,00	34,83		
29	FERIAS PROPORCIONAIS	1,00	139,15		
815	MEDIA HR FER PROPORCIONAL	1,00	6,07		
817	VANTAGEM FER PROPORCIONAL	1,00	17,42		
8169	1/3 FERIAS PROPORCIONAIS RESCISAO	33,33	54,21		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	83,60		
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	20,90		
204	ADICIONAL NOTURNO 40%	56,00	170,02		
51	LIQUIDO RESCISAO	0,00		1.364,91	
208	DESC VALE REFEIÇÃO	113,92		113,92	
826	INSS SOBRE RESCISAO	7,59		84,16	
989	INSS 13 SAL.RESCISAO	7,50		24,39	
828	IRRF SOBRE RESCISAO	7,50		64,20	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.651,58	1.651,58	
			Valor Líquido →	0,00	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.669,85	1.434,73	0,00	0,00	1.326,18	7,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL  
 CNPJ: 45.349.461/0015-08

CC: UTI  
 Mensalista

Folha Mensal  
 Agosto de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
3587	NATALIA APARECIDA TOMAZ TRAFICANTE TEC. ENFERMAGEM	322205	1	1
Admissão:			02/07/2020	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8697	HORAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTEGRAIS	22,00	166,98		
9179	SALDO DE SALARIO HORAS	88,00	667,94		
8550	13 SALARIO INTEGRAL RESCISAO	2,00	278,31		
8551	MEDIA HORAS 13o RESCISAO	2,00	12,15		
8553	VANTAGENS 13o RESCISAO	2,00	34,83		
29	FERIAS PROPORCIONAIS	1,00	139,15		
815	MEDIA HR FER PROPORCIONAL	1,00	6,07		
817	VANTAGEM FER PROPORCIONAL	1,00	17,42		
8169	1/3 FERIAS PROPORCIONAIS RESCISAO	33,33	54,21		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	83,60		
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	20,90		
204	ADICIONAL NOTURNO 40%	56,00	170,02		
51	LIQUIDO RESCISAO	0,00		1.364,91	
208	DESC VALE REFEIÇÃO	113,92		113,92	
826	INSS SOBRE RESCISAO	7,59		84,16	
989	INSS 13 SAL.RESCISAO	7,50		24,39	
828	IRRF SOBRE RESCISAO	7,50		64,20	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.651,58	1.651,58	
			Valor Líquido →	0,00	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.669,85	1.434,73	0,00	0,00	1.326,18	7,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
 FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
 PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
 HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL  
 CNPJ: 45.349.461/0015-08

CC: ENFERMARIA  
 Mensalista

Folha Mensal  
 Agosto de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
3474	MARIA SIMON VILANOVA GIANOTTI ENFERMEIRO (A)	223505	2	1
		Admissão:	18/05/2020	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8697	HORAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTEGRAIS	102,67	1.235,87		
9179	SALDO DE SALARIO HORAS	88,00	1.059,32		
250	REFLEXO EXTRAS DSR	0,00	73,51		
200	HORAS EXTRAS 100%	14,15	367,55		
8550	13 SALARIO INTEGRAL RESCISAO	3,00	662,07		
8553	VANTAGENS 13o RESCISAO	3,00	52,25		
29	FERIAS PROPORCIONAIS	3,00	662,07		
817	VANTAGEM FER PROPORCIONAL	3,00	52,25		
8169	1/3 FERIAS PROPORCIONAIS RESCISAO	33,33	238,11		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	83,60		
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	97,54		
49	AVISO PREVIO REAVIDO	30,00		2.648,29	
51	LIQUIDO RESCISAO	0,00		1.345,94	
8150	VANTAGENS AVISO PRÉVIO REAVIDO	30,00		209,00	
826	INSS SOBRE RESCISAO	9,31		271,71	
989	INSS 13 SAL.RESCISAO	7,50		53,57	
828	IRRF SOBRE RESCISAO	7,50		55,63	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			4.584,14	4.584,14	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 90355-8			Valor Líquido →	0,00	
		Agência: 0295 - X			
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	FGTS do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
2.648,29	3.631,71	3.631,71	290,53	3.306,43	7,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL  
 CNPJ: 45.349.461/0015-08

CC: ENFERMARIA  
 Mensalista

Folha Mensal  
 Agosto de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
3474	MARIA SIMON VILANOVA GIANOTTI ENFERMEIRO (A)	223505	2	1
		Admissão:	18/05/2020	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8697	HORAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTEGRAIS	102,67	1.235,87		
9179	SALDO DE SALARIO HORAS	88,00	1.059,32		
250	REFLEXO EXTRAS DSR	0,00	73,51		
200	HORAS EXTRAS 100%	14,15	367,55		
8550	13 SALARIO INTEGRAL RESCISAO	3,00	662,07		
8553	VANTAGENS 13o RESCISAO	3,00	52,25		
29	FERIAS PROPORCIONAIS	3,00	662,07		
817	VANTAGEM FER PROPORCIONAL	3,00	52,25		
8169	1/3 FERIAS PROPORCIONAIS RESCISAO	33,33	238,11		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	83,60		
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	97,54		
49	AVISO PREVIO REAVIDO	30,00		2.648,29	
51	LIQUIDO RESCISAO	0,00		1.345,94	
8150	VANTAGENS AVISO PRÉVIO REAVIDO	30,00		209,00	
826	INSS SOBRE RESCISAO	9,31		271,71	
989	INSS 13 SAL.RESCISAO	7,50		53,57	
828	IRRF SOBRE RESCISAO	7,50		55,63	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			4.584,14	4.584,14	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 90355-8			Valor Líquido →	0,00	
		Agência: 0295 - X			
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	FGTS do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
2.648,29	3.631,71	3.631,71	290,53	3.306,43	7,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
 FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
 PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
 HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL  
 CNPJ: 45.349.461/0015-08

CC: UTI  
 Mensalista

Folha Mensal  
 Agosto de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
3511	MARCIO ROBERTO GOMES TEC. ENFERMAGEM	322205	1	1
		Admissão:	19/05/2020	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
9179	SALDO DE SALARIO HORAS	117,33	890,59		
8550	13 SALARIO INTEGRAL RESCISAO	3,00	417,46		
8551	MEDIA HORAS 13o RESCISAO	3,00	88,43		
8553	VANTAGENS 13o RESCISAO	3,00	52,25		
29	FERIAS PROPORCIONAIS	3,00	417,46		
815	MEDIA HR FER PROPORCIONAL	3,00	58,95		
817	VANTAGEM FER PROPORCIONAL	3,00	52,25		
8169	1/3 FERIAS PROPORCIONAIS RESCISAO	33,33	176,22		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	111,47		
204	ADICIONAL NOTURNO 40%	88,00	267,18		
51	LIQUIDO RESCISAO	0,00		2.166,72	
208	DESC VALE REFEIÇÃO	99,68		99,68	
826	INSS SOBRE RESCISAO	7,76		98,55	
989	INSS 13 SAL.RESCISAO	7,50		41,86	
828	IRRF SOBRE RESCISAO	15,00		125,45	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			2.532,26	2.532,26	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 90357-4			Valor Líquido →	0,00	
Agência: 0295 - X					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	FGTS do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.669,85	1.827,38	0,00	0,00	1.686,97	15,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL  
 CNPJ: 45.349.461/0015-08

CC: UTI  
 Mensalista

Folha Mensal  
 Agosto de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
3511	MARCIO ROBERTO GOMES TEC. ENFERMAGEM	322205	1	1
		Admissão:	19/05/2020	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
9179	SALDO DE SALARIO HORAS	117,33	890,59		
8550	13 SALARIO INTEGRAL RESCISAO	3,00	417,46		
8551	MEDIA HORAS 13o RESCISAO	3,00	88,43		
8553	VANTAGENS 13o RESCISAO	3,00	52,25		
29	FERIAS PROPORCIONAIS	3,00	417,46		
815	MEDIA HR FER PROPORCIONAL	3,00	58,95		
817	VANTAGEM FER PROPORCIONAL	3,00	52,25		
8169	1/3 FERIAS PROPORCIONAIS RESCISAO	33,33	176,22		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	111,47		
204	ADICIONAL NOTURNO 40%	88,00	267,18		
51	LIQUIDO RESCISAO	0,00		2.166,72	
208	DESC VALE REFEIÇÃO	99,68		99,68	
826	INSS SOBRE RESCISAO	7,76		98,55	
989	INSS 13 SAL.RESCISAO	7,50		41,86	
828	IRRF SOBRE RESCISAO	15,00		125,45	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			2.532,26	2.532,26	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 90357-4			Valor Líquido →	0,00	
Agência: 0295 - X					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	FGTS do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.669,85	1.827,38	0,00	0,00	1.686,97	15,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL  
 CNPJ: 45.349.461/0015-08

CC: UTI  
 Mensalista

Folha Mensal  
 Agosto de 2020

Código Nome do Funcionário CBO Departamento Filial  
 3586 MARCELO DA ROCHA SOARES GALVÃO 322205 1 1  
 TEC. ENFERMAGEM Admissão: 03/07/2020

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
9179	SALDO DE SALARIO HORAS	29,33	222,65		
8550	13 SALARIO INTEGRAL RESCISAO	1,00	139,15		
8553	VANTAGENS 13o RESCISAO	1,00	17,42		
29	FERIAS PROPORCIONAIS	1,00	139,15		
817	VANTAGEM FER PROPORCIONAL	1,00	17,42		
8169	1/3 FERIAS PROPORCIONAIS RESCISAO	33,33	52,19		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	27,87		
51	LIQUIDO RESCISAO	0,00		95,64	
208	DESC VALE REFEIÇÃO	113,92		113,92	
842	MULTA ESTABILIDADE Art. 480/CLT	12,00		375,77	
826	INSS SOBRE RESCISAO	7,50		18,78	
989	INSS 13 SAL.RESCISAO	7,50		11,74	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			615,85	615,85	
			Valor Líquido →	0,00	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FG.T.S do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.669,85	407,09	407,09	32,56	376,57	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL  
 CNPJ: 45.349.461/0015-08

CC: UTI  
 Mensalista

Folha Mensal  
 Agosto de 2020

Código Nome do Funcionário CBO Departamento Filial  
 3586 MARCELO DA ROCHA SOARES GALVÃO 322205 1 1  
 TEC. ENFERMAGEM Admissão: 03/07/2020

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
9179	SALDO DE SALARIO HORAS	29,33	222,65		
8550	13 SALARIO INTEGRAL RESCISAO	1,00	139,15		
8553	VANTAGENS 13o RESCISAO	1,00	17,42		
29	FERIAS PROPORCIONAIS	1,00	139,15		
817	VANTAGEM FER PROPORCIONAL	1,00	17,42		
8169	1/3 FERIAS PROPORCIONAIS RESCISAO	33,33	52,19		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	27,87		
51	LIQUIDO RESCISAO	0,00		95,64	
208	DESC VALE REFEIÇÃO	113,92		113,92	
842	MULTA ESTABILIDADE Art. 480/CLT	12,00		375,77	
826	INSS SOBRE RESCISAO	7,50		18,78	
989	INSS 13 SAL.RESCISAO	7,50		11,74	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			615,85	615,85	
			Valor Líquido →	0,00	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FG.T.S do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.669,85	407,09	407,09	32,56	376,57	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 98/2020  
 FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
 PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
 HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL  
 CNPJ: 45.349.461/0015-08 CC: ENFERMARIA Mensalista  
 Folha Mensal Agosto de 2020

Código Nome do Funcionário CBO Departamento Fátal  
 3498 MANOEL OLIVEIRA DE SOUZA 322205 2 1  
 TEC. ENFERMAGEM Admissão: 19/05/2020

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
9179	SALDO DE SALARIO HORAS	110,00	834,92		
8550	13 SALARIO INTEGRAL RESCISAO	3,00	417,46		
8551	MEDIA HORAS 13o RESCISAO	3,00	84,44		
8553	VANTAGENS 13o RESCISAO	3,00	52,25		
29	FERIAS PROPORCIONAIS	3,00	417,46		
815	MEDIA HR FER PROPORCIONAL	3,00	56,29		
817	VANTAGEM FER PROPORCIONAL	3,00	52,25		
8169	1/3 FERIAS PROPORCIONAIS RESCISAO	33,33	175,33		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	104,50		
204	ADICIONAL NOTURNO 40%	24,00	72,87		
51	LIQUIDO RESCISAO	0,00		1.953,08	
208	DESC VALE REFEIÇÃO	113,92		113,92	
826	INSS SOBRE RESCISAO	7,50		75,92	
989	INSS 13 SAL.RESCISAO	7,50		41,56	
828	IRRF SOBRE RESCISAO	15,00		83,29	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			2.267,77	2.267,77	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 90359-0 Agência: 0295 - X			Valor Líquido →	0,00	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.669,85	1.566,44	0,00	0,00	1.448,96	15,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL  
 CNPJ: 45.349.461/0015-08 CC: ENFERMARIA Mensalista  
 Folha Mensal Agosto de 2020

Código Nome do Funcionário CBO Departamento Fátal  
 3498 MANOEL OLIVEIRA DE SOUZA 322205 2 1  
 TEC. ENFERMAGEM Admissão: 19/05/2020

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
9179	SALDO DE SALARIO HORAS	110,00	834,92		
8550	13 SALARIO INTEGRAL RESCISAO	3,00	417,46		
8551	MEDIA HORAS 13o RESCISAO	3,00	84,44		
8553	VANTAGENS 13o RESCISAO	3,00	52,25		
29	FERIAS PROPORCIONAIS	3,00	417,46		
815	MEDIA HR FER PROPORCIONAL	3,00	56,29		
817	VANTAGEM FER PROPORCIONAL	3,00	52,25		
8169	1/3 FERIAS PROPORCIONAIS RESCISAO	33,33	175,33		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	104,50		
204	ADICIONAL NOTURNO 40%	24,00	72,87		
51	LIQUIDO RESCISAO	0,00		1.953,08	
208	DESC VALE REFEIÇÃO	113,92		113,92	
826	INSS SOBRE RESCISAO	7,50		75,92	
989	INSS 13 SAL.RESCISAO	7,50		41,56	
828	IRRF SOBRE RESCISAO	15,00		83,29	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			2.267,77	2.267,77	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 90359-0 Agência: 0295 - X			Valor Líquido →	0,00	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.669,85	1.566,44	0,00	0,00	1.448,96	15,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
 FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
 PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
 HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19



ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL  
 CNPJ: 45.349.461/0015-08

CC: ENFERMARIA  
 Mensalista

Folha Mensal  
 Agosto de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
3496	LIANE CRISTINA DE SOUZA TEC. ENFERMAGEM	322205	2	1
			Admissão:	19/05/2020

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8697	HORAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTEGRAIS	51,33	389,63		
9179	SALDO DE SALARIO HORAS	66,00	500,95		
8550	13 SALARIO INTEGRAL RESCISAO	3,00	417,46		
8551	MEDIA HORAS 13o RESCISAO	3,00	86,25		
8553	VANTAGENS 13o RESCISAO	3,00	52,25		
29	FERIAS PROPORCIONAIS	3,00	417,46		
815	MEDIA HR FER PROPORCIONAL	3,00	57,50		
817	VANTAGEM FER PROPORCIONAL	3,00	52,25		
8169	1/3 FERIAS PROPORCIONAIS RESCISAO	33,33	175,74		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	62,70		
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	48,76		
204	ADICIONAL NOTURNO 40%	64,00	194,31		
51	LIQUIDO RESCISAO	0,00		2.097,27	
208	DESC VALE REFEIÇÃO	113,92		113,92	
826	INSS SOBRE RESCISAO	7,69		91,99	
989	INSS 13 SAL.RESCISAO	7,50		41,69	
828	IRRF SOBRE RESCISAO	15,00		110,39	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			2.455,26	2.455,26	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 90364-7			Valor Líquido →	0,00	
Agência: 0295 - X					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.669,85	1.752,31	0,00	0,00	1.618,63	15,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL  
 CNPJ: 45.349.461/0015-08

CC: ENFERMARIA  
 Mensalista

Folha Mensal  
 Agosto de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
3496	LIANE CRISTINA DE SOUZA TEC. ENFERMAGEM	322205	2	1
			Admissão:	19/05/2020

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8697	HORAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTEGRAIS	51,33	389,63		
9179	SALDO DE SALARIO HORAS	66,00	500,95		
8550	13 SALARIO INTEGRAL RESCISAO	3,00	417,46		
8551	MEDIA HORAS 13o RESCISAO	3,00	86,25		
8553	VANTAGENS 13o RESCISAO	3,00	52,25		
29	FERIAS PROPORCIONAIS	3,00	417,46		
815	MEDIA HR FER PROPORCIONAL	3,00	57,50		
817	VANTAGEM FER PROPORCIONAL	3,00	52,25		
8169	1/3 FERIAS PROPORCIONAIS RESCISAO	33,33	175,74		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	62,70		
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	48,76		
204	ADICIONAL NOTURNO 40%	64,00	194,31		
51	LIQUIDO RESCISAO	0,00		2.097,27	
208	DESC VALE REFEIÇÃO	113,92		113,92	
826	INSS SOBRE RESCISAO	7,69		91,99	
989	INSS 13 SAL.RESCISAO	7,50		41,69	
828	IRRF SOBRE RESCISAO	15,00		110,39	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			2.455,26	2.455,26	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 90364-7			Valor Líquido →	0,00	
Agência: 0295 - X					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.669,85	1.752,31	0,00	0,00	1.618,63	15,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 56/2020  
 FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
 PREFEITURA MUNICIPAL DE POMBAL  
 HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL  
 CNPJ: 45.349.461/0015-08 CC: UTI Mensalista Folha Mensal Agosto de 2020

Código Nome do Funcionário CBO Departamento Filial  
 3531 IVANI APARECIDA DA SILVA LOPES 322205 1 1  
 TEC. ENFERMAGEM Admissão: 22/05/2020

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8697	HORAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTEGRAIS	80,67	612,28		
9179	SALDO DE SALARIO HORAS	58,67	445,29		
8550	13 SALARIO INTEGRAL RESCISAO	3,00	417,46		
8551	MEDIA HORAS 13o RESCISAO	3,00	26,95		
8553	VANTAGENS 13o RESCISAO	3,00	52,25		
29	FERIAS PROPORCIONAIS	3,00	417,46		
815	MEDIA HR FER PROPORCIONAL	3,00	17,96		
817	VANTAGEM FER PROPORCIONAL	3,00	52,25		
8169	1/3 FERIAS PROPORCIONAIS RESCISAO	33,33	162,56		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	55,73		
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	76,64		
204	ADICIONAL NOTURNO 40%	42,00	127,52		
51	LIQUIDO RESCISAO	0,00		2.140,56	
208	DESC VALE REFEIÇÃO	85,44		85,44	
826	INSS SOBRE RESCISAO	7,81		102,89	
989	INSS 13 SAL.RESCISAO	7,50		37,24	
828	IRRF SOBRE RESCISAO	15,00		98,22	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			2.464,35	2.464,35	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 90376-0 Agência: 0295 - X			Valor Líquido →	0,00	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FG.T.S do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.669,85	1.814,12	0,00	0,00	1.673,99	15,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL  
 CNPJ: 45.349.461/0015-08 CC: UTI Mensalista Folha Mensal Agosto de 2020

Código Nome do Funcionário CBO Departamento Filial  
 3531 IVANI APARECIDA DA SILVA LOPES 322205 1 1  
 TEC. ENFERMAGEM Admissão: 22/05/2020

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8697	HORAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTEGRAIS	80,67	612,28		
9179	SALDO DE SALARIO HORAS	58,67	445,29		
8550	13 SALARIO INTEGRAL RESCISAO	3,00	417,46		
8551	MEDIA HORAS 13o RESCISAO	3,00	26,95		
8553	VANTAGENS 13o RESCISAO	3,00	52,25		
29	FERIAS PROPORCIONAIS	3,00	417,46		
815	MEDIA HR FER PROPORCIONAL	3,00	17,96		
817	VANTAGEM FER PROPORCIONAL	3,00	52,25		
8169	1/3 FERIAS PROPORCIONAIS RESCISAO	33,33	162,56		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	55,73		
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	76,64		
204	ADICIONAL NOTURNO 40%	42,00	127,52		
51	LIQUIDO RESCISAO	0,00		2.140,56	
208	DESC VALE REFEIÇÃO	85,44		85,44	
826	INSS SOBRE RESCISAO	7,81		102,89	
989	INSS 13 SAL.RESCISAO	7,50		37,24	
828	IRRF SOBRE RESCISAO	15,00		98,22	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			2.464,35	2.464,35	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 90376-0 Agência: 0295 - X			Valor Líquido →	0,00	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FG.T.S do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.669,85	1.814,12	0,00	0,00	1.673,99	15,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
 FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
 PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
 HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Fórmula
3490	BEATRIZ SANTOS RAMOS TEC. ENFERMAGEM	322205	1	1
		Admissão:	18/05/2020	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8697	HORAS AFAST. P/DOENÇA C/DIR.INTEGRAIS	7,33	55,66		
9179	SALDO DE SALARIO HORAS	102,67	779,26		
8550	13 SALARIO INTEGRAL RESCISAO	3,00	417,46		
8551	MEDIA HORAS 13o RESCISAO	3,00	80,46		
8553	VANTAGENS 13o RESCISAO	3,00	52,25		
29	FERIAS PROPORCIONAIS	3,00	417,46		
815	MEDIA HR FER PROPORCIONAL	3,00	53,64		
817	VANTAGEM FER PROPORCIONAL	3,00	52,25		
8169	1/3 FERIAS PROPORCIONAIS RESCISAO	33,33	174,45		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	97,53		
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	6,96		
204	ADICIONAL NOTURNO 40%	56,00	170,02		
51	LIQUIDO RESCISAO	0,00		2.024,84	
208	DESC VALE REFEIÇÃO	113,92		113,92	
826	INSS SOBRE RESCISAO	7,59		84,16	
989	INSS 13 SAL.RESCISAO	7,50		41,26	
828	IRRF SOBRE RESCISAO	15,00		93,22	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			2.357,40	2.357,40	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 90401-5			Valor Líquido	0,00	
Agência: 0295 - X					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	FGTS do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.669,85	1.659,60	0,00	0,00	1.534,18	15,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Fórmula
3490	BEATRIZ SANTOS RAMOS TEC. ENFERMAGEM	322205	1	1
		Admissão:	18/05/2020	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8697	HORAS AFAST. P/DOENÇA C/DIR.INTEGRAIS	7,33	55,66		
9179	SALDO DE SALARIO HORAS	102,67	779,26		
8550	13 SALARIO INTEGRAL RESCISAO	3,00	417,46		
8551	MEDIA HORAS 13o RESCISAO	3,00	80,46		
8553	VANTAGENS 13o RESCISAO	3,00	52,25		
29	FERIAS PROPORCIONAIS	3,00	417,46		
815	MEDIA HR FER PROPORCIONAL	3,00	53,64		
817	VANTAGEM FER PROPORCIONAL	3,00	52,25		
8169	1/3 FERIAS PROPORCIONAIS RESCISAO	33,33	174,45		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	97,53		
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	6,96		
204	ADICIONAL NOTURNO 40%	56,00	170,02		
51	LIQUIDO RESCISAO	0,00		2.024,84	
208	DESC VALE REFEIÇÃO	113,92		113,92	
826	INSS SOBRE RESCISAO	7,59		84,16	
989	INSS 13 SAL.RESCISAO	7,50		41,26	
828	IRRF SOBRE RESCISAO	15,00		93,22	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			2.357,40	2.357,40	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 90401-5			Valor Líquido	0,00	
Agência: 0295 - X					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	FGTS do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.669,85	1.659,60	0,00	0,00	1.534,18	15,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
 FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
 PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
 HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
04/10/2020 - AUTOATENDIMENTO - 16.22.09  
3062703062 SEGUNDA VIA 0017

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA  
COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL

AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.311-1

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA

REMETENTE : ASSOCIACAO H B BRASIL

BANCO: 104 - CAIXA ECONOMICA FEDERAL

AGENCIA: 0329-8 - PENAPOLIS

CONTA: 57.765-1

FAVORECIDO: ADRIANA CORREIA DE SOUZA

CPF/CNPJ: 320.647.658-59

VALOR: R\$ 1.902,26

DEBITO EM: 03/09/2020

DOCUMENTO: 090301

AUTENTICACAO SISBB: B.185.1F7.0F4.86F.F47

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL  
 CNPJ: 45.349.461/0015-08

CC: ENFERMARIA  
 Mensalista

Folha Mensal  
 Agosto de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
3492	ADRIANA CORREIA DE SOUZA TEC. ENFERMAGEM	322205	2	1
			Admissão:	19/05/2020

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
1	HORAS NORMAIS	198,00	1.502,86		
8697	HORAS AFAST. P/DOENÇA C/DIR.INTEGRAIS	22,00	166,99		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	188,10		
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	20,90		
204	ADICIONAL NOTURNO 40%	64,00	194,31		
998	I.N.S.S.	8,24		170,90	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			2.073,16	170,90	
			Valor Líquido: ➡	1.902,26	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.669,85	2.073,16	2.073,16	165,85	1.902,26	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL  
 CNPJ: 45.349.461/0015-08

CC: ENFERMARIA  
 Mensalista

Folha Mensal  
 Agosto de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
3492	ADRIANA CORREIA DE SOUZA TEC. ENFERMAGEM	322205	2	1
			Admissão:	19/05/2020

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
1	HORAS NORMAIS	198,00	1.502,86		
8697	HORAS AFAST. P/DOENÇA C/DIR.INTEGRAIS	22,00	166,99		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	188,10		
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	20,90		
204	ADICIONAL NOTURNO 40%	64,00	194,31		
998	I.N.S.S.	8,24		170,90	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			2.073,16	170,90	
			Valor Líquido: ➡	1.902,26	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.669,85	2.073,16	2.073,16	165,85	1.902,26	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 95/2020  
 FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
 PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
 HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
04/10/2020 - AUTOATENDIMENTO - 16.22.09  
3062703062 SEGUNDA VIA 0008

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL

AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.311-1

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA

REMETENTE : ASSOCIACAO H B BRASIL

BANCO: 104 - CAIXA ECONOMICA FEDERAL

AGENCIA: 0329-8 - PENAPOLIS

CONTA: 63.817-0

FAVORECIDO: DIEGO CORASSA PASSARINE

CPF/CNPJ: 345.371.768-65

VALOR: R\$ 1.566,81

DEBITO EM: 03/09/2020

DOCUMENTO: 090302

AUTENTICACAO SISBB: 8.336.138.34B.557.DF3

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 66/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL  
CNPJ: 45.349.461/0015-08

CC: FARMÁCIA  
Mensalista

Folha Mensal  
Agosto de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
3465	DIEGO CORASSA PASSARINE AUX. ADM. FARMACIA	411005	3	1

Admissão: 18/05/2020

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
1	HORAS NORMAIS	220,00	1.495,53		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00		
998	I.N.S.S.	8,08		137,72	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.704,53	137,72	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 90392-2			Valor Líquido	1.566,81	
Agência: 0295 - X					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.495,53	1.704,53	1.704,53	136,36	1.566,81	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL  
CNPJ: 45.349.461/0015-08

CC: FARMÁCIA  
Mensalista

Folha Mensal  
Agosto de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
3465	DIEGO CORASSA PASSARINE AUX. ADM. FARMACIA	411005	3	1

Admissão: 18/05/2020

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
1	HORAS NORMAIS	220,00	1.495,53		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00		
998	I.N.S.S.	8,08		137,72	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.704,53	137,72	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 90392-2			Valor Líquido	1.566,81	
Agência: 0295 - X					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.495,53	1.704,53	1.704,53	136,36	1.566,81	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
04/10/2020 - AUTOATENDIMENTO - 16.22.09  
3062703062 SEGUNDA VIA 0013

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL

AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.311-1

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA

REMETENTE : ASSOCIACAO H B BRASIL

BANCO: 104 - CAIXA ECONOMICA FEDERAL

AGENCIA: 4122-X - RUA BRASIL

CONTA: 20.718-3

FAVORECIDO: LEILA MARIA BRUNETO IZABEL DE OLIVEI

CPF/CNPJ: 134.443.908-07

VALOR: R\$ 1.945,51

DEBITO EM: 03/09/2020

DOCUMENTO: 090303

AUTENTICACAO SISBB: 6.690.B46.140.FA5.F2B

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 9612020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19



ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL  
 CNPJ: 45.349.461/0015-08 CC: UTI Mensalista  
 Folha Mensal Agosto de 2020

Código Nome do Funcionário CBO Departamento Físcal  
 3489 LEILA MARIA BRUNETO IZABEL DE OLIVEIRA 322205 1 1  
 TEC. ENFERMAGEM Admissão: 18/05/2020

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
1	HORAS NORMAIS	220,00	1.669,85		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00		
204	ADICIONAL NOTURNO 40%	80,00	242,89		
998	I.N.S.S.	8,31		176,23	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			2.121,74	176,23	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 90367-1 Agência: 0295 - X			Valor Líquido →	1.945,51	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FG.T.S do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.669,85	2.121,74	2.121,74	169,73	1.945,51	7,50

\*\*\* PARABÉNS PELO SEU ANIVERSÁRIO NO DIA 14 DE SETEMBRO \*\*\*

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL  
 CNPJ: 45.349.461/0015-08 CC: UTI Mensalista  
 Folha Mensal Agosto de 2020

Código Nome do Funcionário CBO Departamento Físcal  
 3489 LEILA MARIA BRUNETO IZABEL DE OLIVEIRA 322205 1 1  
 TEC. ENFERMAGEM Admissão: 18/05/2020

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
1	HORAS NORMAIS	220,00	1.669,85		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00		
204	ADICIONAL NOTURNO 40%	80,00	242,89		
998	I.N.S.S.	8,31		176,23	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			2.121,74	176,23	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 90367-1 Agência: 0295 - X			Valor Líquido →	1.945,51	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FG.T.S do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.669,85	2.121,74	2.121,74	169,73	1.945,51	7,50

\*\*\* PARABÉNS PELO SEU ANIVERSÁRIO NO DIA 14 DE SETEMBRO \*\*\*

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 06/2020  
 FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
 PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
 HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
04/10/2020 - AUTOATENDIMENTO - 16.22.09  
3062703062 SEGUNDA VIA 0026

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA  
COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL

AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.311-1

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA

REMETENTE : ASSOCIACAO H B BRASIL

BANCO: 104 - CAIXA ECONOMICA FEDERAL

AGENCIA: 0329-8 - PENAPOLIS

CONTA: 16.006-4

FAVORECIDO: LETICIA FERNANDES DE SOUZA

CPF/CNPJ: 256.579.008-20

VALOR: R\$ 1.922,80

DEBITO EM: 03/09/2020

DOCUMENTO: 090304

AUTENTICACAO SISBB: 7.308.4B0.5BB.518.B6F

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 86/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL  
 CNPJ: 45.349.461/0015-08 CC: UTI Mensalista  
 Folha Mensal Agosto de 2020

Código Nome do Funcionário CBO Departamento Fídal  
 3643 LETICIA FERNANDES DE SOUZA 322205 1 1  
 TEC. ENFERMAGEM Admissão: 15/07/2020

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
1	HORAS NORMAIS	198,00	1.502,86		
8697	HORAS AFAST. P/DOENÇA C/DIR.INTEGRAIS	22,00	166,99		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	188,10		
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	20,90		
204	ADICIONAL NOTURNO 40%	71,50	217,08		
998	I.N.S.S.	8,26		173,13	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			2.095,93	173,13	
			Valor Líquido →	1.922,80	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.669,85	2.095,93	2.095,93	167,67	1.922,80	7,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL  
 CNPJ: 45.349.461/0015-08 CC: UTI Mensalista  
 Folha Mensal Agosto de 2020

Código Nome do Funcionário CBO Departamento Fídal  
 3643 LETICIA FERNANDES DE SOUZA 322205 1 1  
 TEC. ENFERMAGEM Admissão: 15/07/2020

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
1	HORAS NORMAIS	198,00	1.502,86		
8697	HORAS AFAST. P/DOENÇA C/DIR.INTEGRAIS	22,00	166,99		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	188,10		
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	20,90		
204	ADICIONAL NOTURNO 40%	71,50	217,08		
998	I.N.S.S.	8,26		173,13	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			2.095,93	173,13	
			Valor Líquido →	1.922,80	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.669,85	2.095,93	2.095,93	167,67	1.922,80	7,50

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2019  
 FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
 PREFEITURA MUNICIPAL DE PENAPOLIS  
 HOSPITAL DE CAMPANIA COVID-19

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
04/10/2020 - AUTOATENDIMENTO - 16.22.10  
3062703062 SEGUNDA VIA 0020

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL

AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.311-1

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA

REMETENTE : ASSOCIACAO H B BRASIL

BANCO: 104 - CAIXA ECONOMICA FEDERAL

AGENCIA: 0318-2 - LINS

CONTA: 33.269-1

FAVORECIDO: MARIA GABRIELA CAMACARI RIBEIRO

CPF/CNPJ: 372.100.838-39

VALOR: R\$ 2.100,56

DEBITO EM: 03/09/2020

DOCUMENTO: 090305

AUTENTICACAO SISBB: 5.96D.25A.DB6.1A0.5BB

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 88/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL  
CNPJ: 45.349.461/0015-08

CC: ENFERMARIA  
Mensalista

Folha Mensal  
Agosto de 2020

Código Nome do Funcionário CBO Departamento Físic  
3690 MARIA GABRIELA CAMAÇARI RIBEIRO 322205 2 1  
TEC. ENFERMAGEM Admissão: 28/07/2020

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
1	HORAS NORMAIS	220,00	1.669,85		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00		
204	ADICIONAL NOTURNO 40%	144,00	437,20		
998	I.N.S.S.	8,62		199,55	
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		15,94	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			2.316,05	215,49	
			Valor Líquido →	2.100,56	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.669,85	2.316,05	2.316,05	185,28	2.116,50	7,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL  
CNPJ: 45.349.461/0015-08

CC: ENFERMARIA  
Mensalista

Folha Mensal  
Agosto de 2020

Código Nome do Funcionário CBO Departamento Físic  
3690 MARIA GABRIELA CAMAÇARI RIBEIRO 322205 2 1  
TEC. ENFERMAGEM Admissão: 28/07/2020

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
1	HORAS NORMAIS	220,00	1.669,85		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00		
204	ADICIONAL NOTURNO 40%	144,00	437,20		
998	I.N.S.S.	8,62		199,55	
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		15,94	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			2.316,05	215,49	
			Valor Líquido →	2.100,56	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.669,85	2.316,05	2.316,05	185,28	2.116,50	7,50

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
04/10/2020 - AUTOATENDIMENTO - 16.22.10  
3062703062 SEGUNDA VIA 0014

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA  
COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL  
CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL  
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.311-1

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA  
REMETENTE : ASSOCIACAO H B BRASIL  
BANCO: 033 - BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.  
AGENCIA: 0058-2 - PENAPOLIS  
CONTA: 1.025.342-8

FAVORECIDO: MIRIAN JULIANE DA SILVA  
CPF/CNPJ: 363.335.358-50  
VALOR: R\$ 1.946,43  
DEBITO EM: 03/09/2020

=====

DOCUMENTO: 090306  
AUTENTICACAO SISBB: 1.E2A.FB4.63B.39F.535

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENAPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0015-08

CC: UTI

Mensalista

Folha Mensal

Agosto de 2020

Código Nome do Funcionário

3669 MIRIAN JULIANE DA SILVA  
TEC. ENFERMAGEM

CBO

322205

Departamento

1

Fólar

1

Admissão:

01/07/2020

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
1	HORAS NORMAIS	146,67	1.113,23		
8697	HORAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTEGRAIS	73,33	556,62		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	139,33		
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	69,66		
204	ADICIONAL NOTURNO 40%	80,35	243,95		
998	I.N.S.S.	8,31		176,36	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			2.122,79	176,36	
			Valor Líquido →	1.946,43	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.669,85	2.122,79	2.122,79	169,82	1.946,43	7,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

\*\*\* PARABÉNS PELO SEU ANIVERSÁRIO NO DIA 18 DE SETEMBRO \*\*\*

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0015-08

CC: UTI

Mensalista

Folha Mensal

Agosto de 2020

Código Nome do Funcionário

3669 MIRIAN JULIANE DA SILVA  
TEC. ENFERMAGEM

CBO

322205

Departamento

1

Fólar

1

Admissão:

01/07/2020

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
1	HORAS NORMAIS	146,67	1.113,23		
8697	HORAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTEGRAIS	73,33	556,62		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	139,33		
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	69,66		
204	ADICIONAL NOTURNO 40%	80,35	243,95		
998	I.N.S.S.	8,31		176,36	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			2.122,79	176,36	
			Valor Líquido →	1.946,43	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.669,85	2.122,79	2.122,79	169,82	1.946,43	7,50

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 98/2020  
 FONTE DE RECURSO MUNICIPAL.  
 PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
 HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

\*\*\* PARABÉNS PELO SEU ANIVERSÁRIO NO DIA 18 DE SETEMBRO \*\*\*

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
04/10/2020 - AUTOATENDIMENTO - 16.22.10  
3062703062 SEGUNDA VIA 0026

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA  
COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL  
CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL  
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.311-1

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA  
REMETENTE : ASSOCIACAO H B BRASIL  
BANCO: 033 - BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.  
AGENCIA: 0058-2 - PENAPOLIS  
CONTA: 1.025.339-4

FAVORECIDO: OLAIR AMORIM CLEMENTE  
CPF/CNPJ: 083.248.858-54  
VALOR: R\$ 1.930,36  
DEBITO EM: 03/09/2020

=====

DOCUMENTO: 090307  
AUTENTICACAO SISBB: A.AFA.ODE.3A8.753.9F9

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 6012020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19



ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL  
 CNPJ: 45.349.461/0015-08 CC: ADMINISTRATIVO Mensalista  
 Folha Mensal Agosto de 2020

Código: 3646 Nome do Funcionário: OLAIR AMORIM CLEMENTE ASSIST. D. PESSOAL  
 CBO: 411010 Departamento: 6 Fíial: 1  
 Admissão: 20/07/2020

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
1	HORAS NORMAIS	220,00	1.895,53		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00		
998	I.N.S.S.	8,28		174,17	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			2.104,53	174,17	
			Valor Líquido →	1.930,36	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.895,53	2.104,53	2.104,53	168,36	1.930,36	7,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL  
 CNPJ: 45.349.461/0015-08 CC: ADMINISTRATIVO Mensalista  
 Folha Mensal Agosto de 2020

Código: 3646 Nome do Funcionário: OLAIR AMORIM CLEMENTE ASSIST. D. PESSOAL  
 CBO: 411010 Departamento: 6 Fíial: 1  
 Admissão: 20/07/2020

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
1	HORAS NORMAIS	220,00	1.895,53		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00		
998	I.N.S.S.	8,28		174,17	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			2.104,53	174,17	
			Valor Líquido →	1.930,36	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.895,53	2.104,53	2.104,53	168,36	1.930,36	7,50

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 06/2020  
 FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
 PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLI  
 HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
04/10/2020 - AUTOATENDIMENTO - 16.22.10  
3062703062 SEGUNDA VIA 0021

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA  
COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL  
CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL  
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.311-1

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA  
REMETENTE : ASSOCIACAO H B BRASIL  
BANCO: 033 - BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.  
AGENCIA: 0058-2 - PENAPOLIS  
CONTA: 1.012.702-6

FAVORECIDO: PATRICIA POLETO ANTIQUEIRA  
CPF/CNPJ: 302.916.838-78  
VALOR: R\$ 2.839,83  
DEBITO EM: 03/09/2020

=====

DOCUMENTO: 090308  
AUTENTICACAO SISBB: 6.ACF.6AF.D0B.18D.DA7

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 36/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENAPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0015-08

CC: UTI

Mensalista

Folha Mensal  
Agosto de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Faixa
3515	PATRICIA ANTIQUEIRA DOS SANTOS ENFERMEIRO (A)	223505	1	1
		Admissão:	18/05/2020	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
1	HORAS NORMAIS	146,67	1.765,53		
8697	HORAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTEGRAIS	73,33	882,76		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	139,33		
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	69,66		
204	ADICIONAL NOTURNO 40%	73,54	378,18		
998	I.N.S.S.	9,64		311,89	
999	IMPOSTO DE RENDA	15,00		83,74	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			3.235,46	395,63	
			Valor Líquido →	2.839,83	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
2.648,29	3.235,46	3.235,46	258,83	2.923,57	15,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0015-08

CC: UTI

Mensalista

Folha Mensal  
Agosto de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Faixa
3515	PATRICIA ANTIQUEIRA DOS SANTOS ENFERMEIRO (A)	223505	1	1
		Admissão:	18/05/2020	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
1	HORAS NORMAIS	146,67	1.765,53		
8697	HORAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTEGRAIS	73,33	882,76		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	139,33		
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	69,66		
204	ADICIONAL NOTURNO 40%	78,54	378,18		
998	I.N.S.S.	9,64		311,89	
999	IMPOSTO DE RENDA	15,00		83,74	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			3.235,46	395,63	
			Valor Líquido →	2.839,83	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
2.648,29	3.235,46	3.235,46	258,83	2.923,57	15,00

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 024/2020  
 FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
 PREFEITURA MUNICIPAL DE PENAROLIC  
 HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
04/10/2020 - AUTOATENDIMENTO - 16.22.10  
3062703062 SEGUNDA VIA 0023

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA  
COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL  
CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL  
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.311-1

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA  
REMETENTE : ASSOCIACAO H B BRASIL  
BANCO: 033 - BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.  
AGENCIA: 3597-1 - PENAPOLIS  
CONTA: 1.001.944-5

FAVORECIDO: ROSELI PEREIRA  
CPF/CNPJ: 302.528.948-12  
VALOR: R\$ 1.900,31  
DEBITO EM: 03/09/2020

=====

DOCUMENTO: 090309  
AUTENTICACAO SISBB: 7.090.8A7.E6E.E73.7BA

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 98/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENAPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL  
 CNPJ: 45.349.461/0015-08 CC: UTI Mensalista  
 Folha Mensal Agosto de 2020

Código Nome do Funcionário CBO Departamento Fíal  
 3588 ROSELI PEREIRA 322205 1 1  
 TEC. ENFERMAGEM Admissão: 11/07/2020

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
1	HORAS NORMAIS	146,67	1.113,23		
8697	HORAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTEGRAIS	73,33	556,62		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	139,33		
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	69,66		
204	ADICIONAL NOTURNO 40%	63,30	192,18		
998	I.N.S.S.	8,24		170,71	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			2.071,02	170,71	
			Valor Líquido →	1.900,31	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.669,85	2.071,02	2.071,02	165,68	1.900,31	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recbo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL  
 CNPJ: 45.349.461/0015-08 CC: UTI Mensalista  
 Folha Mensal Agosto de 2020

Código Nome do Funcionário CBO Departamento Fíal  
 3588 ROSELI PEREIRA 322205 1 1  
 TEC. ENFERMAGEM Admissão: 11/07/2020

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
1	HORAS NORMAIS	146,67	1.113,23		
8697	HORAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTEGRAIS	73,33	556,62		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	139,33		
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	69,66		
204	ADICIONAL NOTURNO 40%	63,30	192,18		
998	I.N.S.S.	8,24		170,71	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			2.071,02	170,71	
			Valor Líquido →	1.900,31	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.669,85	2.071,02	2.071,02	165,68	1.900,31	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recbo.

Assinatura do Funcionário

Data

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 66/2020  
 FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
 PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
 HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
04/10/2020 - AUTOATENDIMENTO - 16.22.10  
3062703062 SEGUNDA VIA 0030

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL

AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.311-1

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA

REMETENTE : ASSOCIACAO H B BRASIL

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

AGENCIA: 0058-2 - PENAPOLIS

CONTA: 1.025.334-9

FAVORECIDO: SILENE DE OLIVEIRA RODRIGUES DE LAR

CPF/CNPJ: 286.367.568-04

VALOR: R\$ 2.004,82

DEBITO EM: 03/09/2020

DOCUMENTO: 090310

AUTENTICACAO SISBB: C.E0D.766.8EA.34F.A0B

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 98/2020  
FUNTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENAPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL  
 CNPJ: 45.349.461/0015-08 CC: ENFERMARIA Mensalista  
 Folha Mensal Agosto de 2020

Código Nome do Funcionário CBO Departamento Filial  
 3485 SILENE DE OLIVEIRA RODRIGUES DE LARA 322205 2 1  
 TEC. ENFERMAGEM Admissão: 19/05/2020

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
1	HORAS NORMAIS	220,00	1.669,85		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00		
204	ADICIONAL NOTURNO 40%	102,20	310,29		
998	I.N.S.S.	8,42		184,32	
			<b>Total de Vencimentos</b>	<b>Total de Descontos</b>	
			2.189,14	184,32	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 90343-4 Agência: 0295 - X			Valor Líquido →	2.004,82	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.669,85	2.189,14	2.189,14	175,13	2.004,82	7,50

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL  
 CNPJ: 45.349.461/0015-08 CC: ENFERMARIA Mensalista  
 Folha Mensal Agosto de 2020

Código Nome do Funcionário CBO Departamento Filial  
 3485 SILENE DE OLIVEIRA RODRIGUES DE LARA 322205 2 1  
 TEC. ENFERMAGEM Admissão: 19/05/2020

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
1	HORAS NORMAIS	220,00	1.669,85		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00		
204	ADICIONAL NOTURNO 40%	102,20	310,29		
998	I.N.S.S.	8,42		184,32	
			<b>Total de Vencimentos</b>	<b>Total de Descontos</b>	
			2.189,14	184,32	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 90343-4 Agência: 0295 - X			Valor Líquido →	2.004,82	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.669,85	2.189,14	2.189,14	175,13	2.004,82	7,50

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 98.000.000/2020  
 FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
 PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
 HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

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

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
04/10/2020 - AUTOATENDIMENTO - 16.22.10  
3062703062 SEGUNDA VIA 0024

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA  
COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL  
CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL  
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.311-1

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA  
REMETENTE : ASSOCIACAO H B BRASIL  
BANCO: 033 - BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.  
AGENCIA: 0058-2 - PENAPOLIS  
CONTA: 1.003.228-1

FAVORECIDO: SILVIA APARECIDA DE OLIVEIRA  
CPF/CNPJ: 077.945.868-01  
VALOR: R\$ 2.788,66  
DEBITO EM: 03/09/2020

=====

DOCUMENTO: 090311  
AUTENTICACAO SISBB: 1.3F8.1D0.5E3.129.D01

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 90/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19



ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL  
 CNPJ: 45.349.461/0015-08

CC: ENFERMARIA  
 Mensalista

Folha Mensal  
 Agosto de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
3519	SILVIA APARECIDA DE OLIVEIRA ENFERMEIRO (A)	223505	2	1
		Admissão:	19/05/2020	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
1	HORAS NORMAIS	198,00	2.383,46		
8697	HORAS AFAST. P/DOENÇA C/DIR.INTEGRAIS	22,00	264,83		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	188,10		
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	20,90		
204	ADICIONAL NOTURNO 40%	64,00	308,16		
998	I.N.S.S.	9,54		302,09	
999	IMPOSTO DE RENDA	15,00		74,70	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			3.165,45	376,79	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 90341-8			Valor Líquido →	2.788,66	
Agência: 0295 - X					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
2.648,29	3.165,45	3.165,45	253,23	2.863,36	15,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL  
 CNPJ: 45.349.461/0015-08

CC: ENFERMARIA  
 Mensalista

Folha Mensal  
 Agosto de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
3519	SILVIA APARECIDA DE OLIVEIRA ENFERMEIRO (A)	223505	2	1
		Admissão:	19/05/2020	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
1	HORAS NORMAIS	198,00	2.383,46		
8697	HORAS AFAST. P/DOENÇA C/DIR.INTEGRAIS	22,00	264,83		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	188,10		
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	20,90		
204	ADICIONAL NOTURNO 40%	64,00	308,16		
998	I.N.S.S.	9,54		302,09	
999	IMPOSTO DE RENDA	15,00		74,70	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			3.165,45	376,79	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 90341-8			Valor Líquido →	2.788,66	
Agência: 0295 - X					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
2.648,29	3.165,45	3.165,45	253,23	2.863,36	15,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 066/2020  
 FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
 PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
 HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
04/10/2020 - AUTOATENDIMENTO - 16.22.10  
3062703062 SEGUNDA VIA 0008

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA  
COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL  
CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL  
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.311-1

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA  
REMETENTE : ASSOCIACAO H B BRASIL  
BANCO: 341 - ITAU UNIBANCO S.A.  
AGENCIA: 0460-X - PROMISSAO SP  
CONTA: 14.508-9

FAVORECIDO: SIMONE ROCHA CARIS DE OLIVEIRA  
CPF/CNPJ: 321.401.358-06  
VALOR: R\$ 1.747,54  
DEBITO EM: 03/09/2020

=====

DOCUMENTO: 090312  
AUTENTICACAO SISBB: D.D61.887.600.AA1.8F2

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 60/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL  
CNPJ: 45.349.461/0015-08

CC: UTI  
Mensalista

Folha Mensal  
Agosto de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
3514	SIMONE ROCHA CARIS DE OLIVEIRA TEC. ENFERMAGEM	322205 Admissão: 19/05/2020	1	1

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
1	HORAS NORMAIS	154,00	1.168,89		
8697	HORAS AFAST. P/DOENÇA C/DIR.INTEGRAIS	66,00	500,96		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	146,30		
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	62,70		
204	ADICIONAL NOTURNO 40%	8,00	24,29		
998	I.N.S.S.	8,18		155,60	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.903,14	155,60	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 27199-3			Valor Líquido →	1.747,54	
Agência: 0295 - X					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.669,85	1.903,14	1.903,14	152,25	1.557,95	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL  
CNPJ: 45.349.461/0015-08

CC: UTI  
Mensalista

Folha Mensal  
Agosto de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
3514	SIMONE ROCHA CARIS DE OLIVEIRA TEC. ENFERMAGEM	322205 Admissão: 19/05/2020	1	1

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
1	HORAS NORMAIS	154,00	1.168,89		
8697	HORAS AFAST. P/DOENÇA C/DIR.INTEGRAIS	66,00	500,96		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	146,30		
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	62,70		
204	ADICIONAL NOTURNO 40%	8,00	24,29		
998	I.N.S.S.	8,18		155,60	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.903,14	155,60	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 27199-3			Valor Líquido →	1.747,54	
Agência: 0295 - X					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.669,85	1.903,14	1.903,14	152,25	1.557,95	0,00

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 93/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
04/10/2020 - AUTOATENDIMENTO - 16.22.10  
3062703062 SEGUNDA VIA 0021

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA  
COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL

AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.311-1

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA

REMETENTE : ASSOCIACAO H B BRASIL

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

AGENCIA: 0058-2 - PENAPOLIS

CONTA: 1.020.037-2

FAVORECIDO: TATIANA SOARES

CPF/CNPJ: 296.718.238-90

VALOR: R\$ 2.985,73

DEBITO EM: 03/09/2020

=====

DOCUMENTO: 090313

AUTENTICACAO SISBB: 9.3E9.605.ED8.F3C.AC0

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 66/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENAPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		CC: ENFERMARIA		Folha Mensal	
CNPJ: 45.349.461/0015-08		Mensalista		Agosto de 2020	
Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Fórmula	
3561	TATIANA SOARES	223505	2	1	
	ENFERMEIRO (A)	Admissão:	04/06/2020		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
1	HORAS NORMAIS	220,00	2.648,25		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00		
204	ADICIONAL NOTURNO 40%	120,00	577,80		
998	I.N.S.S.	9,89		339,84	
999	IMPOSTO DE RENDA	15,00		109,48	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			3.435,05	449,32	
			Valor Líquido →	2.985,73	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
2.648,25	3.435,05	3.435,05	274,80	3.095,21	15,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		CC: ENFERMARIA		Folha Mensal	
CNPJ: 45.349.461/0015-08		Mensalista		Agosto de 2020	
Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Fórmula	
3561	TATIANA SOARES	223505	2	1	
	ENFERMEIRO (A)	Admissão:	04/06/2020		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
1	HORAS NORMAIS	220,00	2.648,25		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00		
204	ADICIONAL NOTURNO 40%	120,00	577,80		
998	I.N.S.S.	9,89		339,84	
999	IMPOSTO DE RENDA	15,00		109,48	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			3.435,05	449,32	
			Valor Líquido →	2.985,73	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
2.648,25	3.435,05	3.435,05	274,80	3.095,21	15,00

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 06.200  
 FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
 PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
 HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
04/10/2020 - AUTOATENDIMENTO - 16.22.10  
3062703062 SEGUNDA VIA 0016  
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA  
COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL  
CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL  
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.311-1

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA  
REMETENTE : ASSOCIACAO H B BRASIL  
BANCO: 077 - BANCO INTER S.A.  
AGENCIA: 0001-9 - MATRIZ  
CONTA: 1.728.794-4

FAVORECIDO: ALAN LUCIUS FIRMINO LOZANO  
CPF/CNPJ: 382.607.718-02  
VALOR: R\$ 1.566,81  
DEBITO EM: 03/09/2020

=====

DOCUMENTO: 090314  
AUTENTICACAO SISBB: D.FCF.2CD.1A4.E9E.4E7

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 99/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENAPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		CC: ADMINISTRATIVO		Folha Mensal	
CNPJ: 45.349.461/0015-08		Mensalista		Agosto de 2020	
Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Fórmula	
3487	ALAN LUCIUS FIRMINO LOZANO ASSISTENTE ADM	411005	6	1	
			Admissão:	18/05/2020	
Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
1	HORAS NORMAIS	220,00	1.495,53		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00		
998	I.N.S.S.	8,08		137,72	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.704,53	137,72	
BANCO DO BRASIL 1			Valor Líquido	1.566,81	
conta corrente: 90409-x			⇒		
Agência: 0295 - X					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.495,53	1.704,53	1.704,53	136,36	1.566,81	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		CC: ADMINISTRATIVO		Folha Mensal	
CNPJ: 45.349.461/0015-08		Mensalista		Agosto de 2020	
Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Fórmula	
3487	ALAN LUCIUS FIRMINO LOZANO ASSISTENTE ADM	411005	6	1	
			Admissão:	18/05/2020	
Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
1	HORAS NORMAIS	220,00	1.495,53		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00		
998	I.N.S.S.	8,08		137,72	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.704,53	137,72	
BANCO DO BRASIL 1			Valor Líquido	1.566,81	
conta corrente: 90409-x			⇒		
Agência: 0295 - X					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.495,53	1.704,53	1.704,53	136,36	1.566,81	0,00

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 03/2020  
 FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
 PREFEITURA MUNICIPAL DE PENAFORTE  
 HOSPITAL DE CALAMINA COVID-19

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
04/10/2020 - AUTOATENDIMENTO - 16.22.10  
3062703062 SEGUNDA VIA 0025

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA  
COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL

AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.311-1

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA

REMETENTE : ASSOCIACAO H B BRASIL

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

AGENCIA: 4557-8 - URB-BIRIGUI-CONS.A.PRADO

CONTA: 1.079.170-2

FAVORECIDO: ANDRE LUIZ MARTINS DE BARROS

CPF/CNPJ: 368.095.218-01

VALOR: R\$ 579,32

DEBITO EM: 03/09/2020

=====

DOCUMENTO: 090315

AUTENTICACAO SISBB: 9.D3B.C60.148.8EC.264

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 09/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19



ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		CC: UTI		Folha Mensal	
CNPJ: 45.349.461/0015-08		Mensalista		Agosto de 2020	
Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial	
3713	ANDRE LUIZ MARTINS DE BARROS	322205	1	1	
	TEC. ENFERMAGEM	Admissão:	21/08/2020		
Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
1	HORAS NORMAIS	73,33	556,62		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	69,67		
998	I.N.S.S.	7,50		46,97	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			626,29	46,97	
			Valor Líquido	579,32	
			⇒		
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FG.T.S do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.669,85	626,29	626,29	50,10	579,32	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		CC: UTI		Folha Mensal	
CNPJ: 45.349.461/0015-08		Mensalista		Agosto de 2020	
Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial	
3713	ANDRE LUIZ MARTINS DE BARROS	322205	1	1	
	TEC. ENFERMAGEM	Admissão:	21/08/2020		
Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
1	HORAS NORMAIS	73,33	556,62		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	69,67		
998	I.N.S.S.	7,50		46,97	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			626,29	46,97	
			Valor Líquido	579,32	
			⇒		
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FG.T.S do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.669,85	626,29	626,29	50,10	579,32	0,00

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 16/2020  
 FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
 PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
 HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
04/10/2020 - AUTOATENDIMENTO - 16.22.10  
3062703062 SEGUNDA VIA 0017

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL

AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.311-1

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA

REMETENTE : ASSOCIACAO H B BRASIL

BANCO: 260 - Nu Pagamentos S.A.

AGENCIA: 0001-9

CONTA: 20.407.496-6

FAVORECIDO: JESSICA PENTEADO SOARES

CPF/CNPJ: 396.305.678-90

VALOR: R\$ 630,68

DEBITO EM: 03/09/2020

=====

DOCUMENTO: 090316

AUTENTICACAO SISBB: 3.ABF.691.500.505.B72

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 00/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL  
 CNPJ: 45.349.461/0015-08

CC: RECEPÇÃO  
 Mensalista

Folha Mensal  
 Agosto de 2020

Código: 3710 Nome do Funcionário: JESSICA PENTEADO SOARES RECEPTIONISTA  
 CBO: 422105 Departamento: 5 Filial: 1  
 Admissão: 19/08/2020

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
1	HORAS NORMAIS	88,00	598,21		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	83,60		
998	I.N.S.S.	7,50		51,13	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			681,81	51,13	
			Valor Líquido →	630,68	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.495,53	681,81	681,81	54,54	630,68	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL  
 CNPJ: 45.349.461/0015-08

CC: RECEPÇÃO  
 Mensalista

Folha Mensal  
 Agosto de 2020

Código: 3710 Nome do Funcionário: JESSICA PENTEADO SOARES RECEPTIONISTA  
 CBO: 422105 Departamento: 5 Filial: 1  
 Admissão: 19/08/2020

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
1	HORAS NORMAIS	88,00	598,21		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	83,60		
998	I.N.S.S.	7,50		51,13	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			681,81	51,13	
			Valor Líquido →	630,68	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.495,53	681,81	681,81	54,54	630,68	0,00

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 65.020  
 FONTE DE RECURSOS MUNICIPAIS  
 PREFEITURA MUNICIPAL DE PERANA  
 HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
04/10/2020 - AUTOATENDIMENTO - 16.22.10  
3062703062 SEGUNDA VIA 0018

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA  
COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL

AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.311-1

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA  
REMETENTE : ASSOCIACAO H B BRASIL  
BANCO: 033 - BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.  
AGENCIA: 0058-2 - PENAPOLIS  
CONTA: 1.020.130-4

FAVORECIDO: MICHELE PEREIRA DA SILVA  
CPF/CNPJ: 335.793.818-90  
VALOR: R\$ 289,66  
DEBITO EM: 03/09/2020

=====

DOCUMENTO: 090317  
AUTENTICACAO SISBB: 2.101.6FD.359.5C2.7A9

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 55/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENAPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL CNPJ: 45.349.461/0015-08		CC: ENFERMARIA Mensalista		Folha Mensal Agosto de 2020	
Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Fiscal	
3717	MICHELE PEREIRA DA SILVA TEC. ENFERMAGEM	322205	2	1	
		Admissão:	26/08/2020		
Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
1	HORAS NORMAIS	36,67	278,31		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	34,83		
998	I.N.S.S.	7,50		23,48	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			313,14	23,48	
Santander 33 conta corrente: 01020130-4      Agência: 58 -			Valor Líquido	289,66	
			⇨		
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FG.T.S do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.669,85	313,14	0,00	0,00	289,66	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL CNPJ: 45.349.461/0015-08		CC: ENFERMARIA Mensalista		Folha Mensal Agosto de 2020	
Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Fiscal	
3717	MICHELE PEREIRA DA SILVA TEC. ENFERMAGEM	322205	2	1	
		Admissão:	26/08/2020		
Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
1	HORAS NORMAIS	36,67	278,31		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	34,83		
998	I.N.S.S.	7,50		23,48	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			313,14	23,48	
Santander 33 conta corrente: 01020130-4      Agência: 58 -			Valor Líquido	289,66	
			⇨		
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FG.T.S do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.669,85	313,14	0,00	0,00	289,66	0,00

CONVENIO CONFORME PROCESSO Nº 60/2020  
 FONTE DE RECURSOS MUNICIPAL  
 PREFEITURA MUNICIPAL DE PENAPOLIS  
 HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
04/10/2020 - AUTOATENDIMENTO - 16.22.10  
3062703062 SEGUNDA VIA 0007

COMPROVANTE DE PAGAMENTO

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL  
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.311-1

-----  
Convenio FGTS ARRECADACAO GRF  
Codigo de Barras 85860000121-3 02400179200-5  
90764405084-0 53494610015-9  
Data do pagamento 03/09/2020  
CNPJ/CEI/CPF 45349461/0015-08  
COMPETENCIA 08/2020  
CODIGO RECOLHIMENTO 115  
VENCIMENTO 07/09/2020  
VALOR DEPOSITO 12.102,40  
Valor Total 12.102,40  
-----

DOCUMENTO: 090318  
AUTENTICACAO SISBB: D.D72.703.945.D60.813

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 00/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE BENAFOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19



FUNDO DE GARANTIA DO TEMPO DE SERVIÇO

GFIP - SEFIP 8.40

GRF - GUIA DE RECOLHIMENTO DO FGTS  
GERADA EM 03/09/2020 - 09:48:02

01-RAZÃO SOCIAL/NOME ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA				02-DDD/TELEFONE (0016)33748438
03-FPAS 639	04-SIMPLES 1	05-REMUNERAÇÃO 151.280,12	06-QTDE TRABALHADORES 70	07-ALÍQUOTA FGTS 8
08-CÓD RECOLHIMENTO 115	09-ID RECOLHIMENTO 017980-9	10-INSCRIÇÃO/TIPO (8) 45.349.461/0015-08	11-COMPETÊNCIA 08/2020	12-DATA DE VALIDADE 07/09/2020

13-DEPÓSITO + CONTRIB SOCIAL 12.102,40	14-ENCARGOS 0,00	15-TOTAL A RECOLHER 12.102,40
---	---------------------	----------------------------------

**\*\*VALOR FGTS A RECOLHER ATÉ O DIA 07/09/2020\*\***

858600001213 024001792005 907644050840 534946100159

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



FUNDO DE GARANTIA DO TEMPO DE SERVIÇO

GFIP - SEFIP 8.40

GRF - GUIA DE RECOLHIMENTO DO FGTS  
GERADA EM 03/09/2020 - 09:48:02

01-RAZÃO SOCIAL/NOME ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA				02-DDD/TELEFONE (0016)33748438
03-FPAS 639	04-SIMPLES 1	05-REMUNERAÇÃO 151.280,12	06-QTDE TRABALHADORES 70	07-ALÍQUOTA FGTS 8
08-CÓD RECOLHIMENTO 115	09-ID RECOLHIMENTO 017980-9	10-INSCRIÇÃO/TIPO (8) 45.349.461/0015-08	11-COMPETÊNCIA 08/2020	12-DATA DE VALIDADE 07/09/2020

13-DEPÓSITO + CONTRIB SOCIAL 12.102,40	14-ENCARGOS 0,00	15-TOTAL A RECOLHER 12.102,40
---	---------------------	----------------------------------

**\*\*VALOR FGTS A RECOLHER ATÉ O DIA 07/09/2020\*\***

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020

FONTE DE RECURSO MUNICIPAL

PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS

HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

858600001213 024001792005 907644050840 534946100159



MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO - MTE  
GFIP - SEFIP 8.40 (29/03/2020) TABELAS 41.0 (01/03/2020)

MINISTÉRIO DA FAZENDA - MF

DATA: 03/09/2020  
HORA: 09:48:02  
PÁG : 0001/0014

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

858600001213 024001792005 907644050840 534946100159

EMPRESA: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA  
COMP: 08/2020 COD REC:115 COD GPS: 2305 FPAS: 639 OUTRAS ENT: SIMPLES: 1 RAT: 2,0 INSCRIÇÃO: 45.349.461/0015-08  
TOMADOR/OBRA: FAP: 0,50 RAT AJUSTADO: 1,00  
INSCRIÇÃO:

NOME TRABALHADOR	REM SEM 13* SAL	REM 13*SAL	BASE CÁL	PIS/PASEP/CI 13*SAL PREV SOC BASE CÁL PREV SOCIAL	ADMISSÃO CONTRIB	CAT	OCOR	DATA/COD MOVIMENTAÇÃO DEPÓSITO	CBO JAM
DELMA APARECIDA DA SILVA SPONTON				123.02679.58-1	07/06/2018	01		29/07/2020 P3	02235
2.929,39	0,00		0,00		273,15			234,36	0,00
DELMA APARECIDA DA SILVA SPONTON				123.02679.58-1	07/06/2018	01		06/08/2020 Z5	02235
DELMA APARECIDA DA SILVA SPONTON				123.02679.58-1	07/06/2018	01		06/08/2020 P3	02235
DELMA APARECIDA DA SILVA SPONTON				123.02679.58-1	07/06/2018	01		12/08/2020 Z5	02235
DELMA APARECIDA DA SILVA SPONTON				123.02679.58-1	07/06/2018	01		16/08/2020 P1	02235
DEYSE D ARC BEZERRA PIRES				123.75051.64-7	18/05/2020	01		24/07/2020 P3	03222
1.878,85	0,00		0,00		153,41			150,31	0,00
DEYSE D ARC BEZERRA PIRES				123.75051.64-7	18/05/2020	01		03/08/2020 Z5	03222
ALEXANDRE TEIXEIRA DA SILVA				124.00026.45-0	19/05/2020	01		26/07/2020 P3	03222
1.878,85	0,00		0,00		153,41			150,31	0,00
ALEXANDRE TEIXEIRA DA SILVA				124.00026.45-0	19/05/2020	01		02/08/2020 Z5	03222
ALEXANDRE TEIXEIRA DA SILVA				124.00026.45-0	19/05/2020	01		02/08/2020 P3	03222
ALEXANDRE TEIXEIRA DA SILVA				124.00026.45-0	19/05/2020	01		09/08/2020 Z5	03222
LETICIA FERNANDES DE SOUZA				124.56997.43-5	15/07/2020	01		20/07/2020 P3	03222
2.095,93	0,00		0,00		173,13			167,68	0,00
LETICIA FERNANDES DE SOUZA				124.56997.43-5	15/07/2020	01		03/08/2020 Z5	03222
SILVIA APARECIDA DE OLIVEIRA				124.85705.77-3	19/05/2020	01		27/07/2020 P3	02235
3.165,45	0,00		0,00		302,09			253,24	0,00
SILVIA APARECIDA DE OLIVEIRA				124.85705.77-3	19/05/2020	01		03/08/2020 Z5	02235

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19



MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO - MTE  
GFIP - SEFIP 8.40 (29/03/2020) TABELAS 41.0 (01/03/2020)

MINISTÉRIO DA FAZENDA - MF

DATA: 03/09/2020  
HORA: 09:48:02  
PÁG : 0002/0014

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

858600001213 024001792005 907644050840 534946100159

EMPRESA: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA  
COMP: 08/2020 COD REC:115 COD GPS: 2305 FPAS: 639 OUTRAS ENT: SIMPLES: 1 RAT: 2.0 INSCRIÇÃO: 45.349.461/0015-08  
TOMADOR/OBRA: FAP: 0.50 RAT AJUSTADO: 1.00 INSCRIÇÃO:

NOME TRABALHADOR	REM SEM 13º SAL	REM 13º SAL	BASE CÁL 13º SAL PREV SOC	PIS/PASEP/CI BASE CÁL PREV SOCIAL	CONTRIB	ADMISSÃO SEG DEVIDA	CAT	OCOR	DATA/COD MOVIMENTAÇÃO DEPÓSITO	CBO JAM
MARIA SIMON VILANOVA GIANOTTI				124.92848.71-1		18/05/2020	01		11/08/2020 P3	02235
				714,32		325,28			290,54	0,00
MARIA SIMON VILANOVA GIANOTTI		714,32		124.92848.71-1		18/05/2020	01		25/08/2020 Z5	02235
MARIA SIMON VILANOVA GIANOTTI				124.92848.71-1		18/05/2020	01		26/08/2020 J	02235
ELIANA PEREIRA GOMES				125.89577.14-3		18/05/2020	01		03/08/2020 P3	03222
				0,00		153,41			150,31	0,00
ELIANA PEREIRA GOMES		0,00		125.89577.14-3		18/05/2020	01		17/08/2020 Z5	03222
ANA PAULA FERREIRA				126.51212.18-2		18/05/2020	01		30/07/2020 P3	03222
				0,00		153,41			150,31	0,00
ANA PAULA FERREIRA		0,00		126.51212.18-2		18/05/2020	01		06/08/2020 Z5	03222
DANIELE PAOLA PIRES DOS SANTOS				126.87194.14-1		19/05/2020	01		29/07/2020 P3	03222
				0,00		170,90			165,86	0,00
DANIELE PAOLA PIRES DOS SANTOS		0,00		126.87194.14-1		19/05/2020	01		12/08/2020 Z5	03222
ROSELI PEREIRA				126.97510.15-1		11/07/2020	01		27/07/2020 P3	03222
				0,00		170,71			165,69	0,00
ROSELI PEREIRA		0,00		126.97510.15-1		11/07/2020	01		07/08/2020 Z5	03222
ROSELI PEREIRA				126.97510.15-1		11/07/2020	01		07/08/2020 P3	03222
ROSELI PEREIRA				126.97510.15-1		11/07/2020	01		10/08/2020 Z5	03222
ALEXANDRE DUMAS DE OLIVEIRA DA SILVA				127.18978.16-5		18/05/2020	01		03/08/2020 P3	03222
				0,00		157,51			153,96	0,00
ALEXANDRE DUMAS DE OLIVEIRA DA SILVA		0,00		127.18978.16-5		18/05/2020	01		04/08/2020 Z5	03222

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENAPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO - MTE  
GFIP - SEFIP 8.40 (29/03/2020) TABELAS 41.0 (01/03/2020)

MINISTÉRIO DA FAZENDA - MF

DATA: 03/09/2020  
HORA: 09:48:02  
PÁG: 0003/0014

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

858600001213 024001792005 907644050840 534946100159

EMPRESA: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA  
COMP: 08/2020 COD REC:115 COD GPS: 2305 FPAS: 639 OUTRAS ENT: SIMPLES: 1 RAT: 2.0 INSCRIÇÃO: 45.349.461/0015-08  
TOMADOR/OBRA: PAP: 0.50 RAT AJUSTADO: 1.00  
INSCRIÇÃO:

NOME TRABALHADOR	REM SEM 13° SAL	REM 13° SAL	PIS/PASEP/CI BASE CÁL 13° SAL PREV SOC BASE CÁL PREV SOCIAL	ADMISSÃO CONTRIB SEG DEVIDA	CAT	OCOR	DATA/COD MOVIMENTAÇÃO DEPÓSITO	CBO JAM
ADRIANA CORREIA DE SOUZA 2.073,16	0,00		128.10210.16-2 0,00	19/05/2020 170,90	01		19/07/2020 P3 165,86	03222 0,00
ADRIANA CORREIA DE SOUZA			128.10210.16-2	19/05/2020	01		03/08/2020 Z5	03222
ROSIANE DE SOUZA SOARES 1.878,86	0,00		128.32634.15-1 0,00	18/05/2020 153,41	01		18/08/2020 P3 150,30	03222 0,00
ROSIANE DE SOUZA SOARES			128.32634.15-1	18/05/2020	01		26/08/2020 Z5	03222
ROSIANE DE SOUZA SOARES			128.32634.15-1	18/05/2020	01		26/08/2020 P3	03222
KEROLAYNE POLIANA TAKAMATSU SANTANA 1.878,85	0,00		128.69574.75-6 0,00	19/05/2020 153,41	01		04/08/2020 P3 150,30	03222 0,00
KEROLAYNE POLIANA TAKAMATSU SANTANA			128.69574.75-6	19/05/2020	01		05/08/2020 Z5	03222
KEROLAYNE POLIANA TAKAMATSU SANTANA			128.69574.75-6	19/05/2020	01		10/08/2020 P3	03222
KEROLAYNE POLIANA TAKAMATSU SANTANA			128.69574.75-6	19/05/2020	01		11/08/2020 Z5	03222
KEROLAYNE POLIANA TAKAMATSU SANTANA			128.69574.75-6	19/05/2020	01		18/08/2020 P3	03222
KEROLAYNE POLIANA TAKAMATSU SANTANA			128.69574.75-6	19/05/2020	01		19/08/2020 Z5	03222
LETICIA DA SILVA FABIANO 2.144,01	0,00		163.58060.26-1 0,00	19/05/2020 178,90	01		06/08/2020 P3 171,52	03222 0,00
LETICIA DA SILVA FABIANO			163.58060.26-1	19/05/2020	01		07/08/2020 Z5	03222
MANOEL ALEXANDRE DA SILVA 1.878,56	0,00		163.89293.34-9 0,00	18/05/2020 153,39	01		31/07/2020 P3 150,28	04221 0,00
MANOEL ALEXANDRE DA SILVA			163.89293.34-9	18/05/2020	01		09/08/2020 Z5	04221

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO - MTE  
GFIP - SEFIP 8.40 (29/03/2020) TABELAS 41.0 (01/03/2020)

MINISTÉRIO DA FAZENDA - MF

DATA: 03/09/2020  
HORA: 09:48:02  
PÁG: 0004/0014

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

858600001213 024001792005 907644050840 534946100159

EMPRESA: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA  
COMP: 08/2020 COD REC:115 COD GPS: 2305 FPAS: 639 OUTRAS ENT: SIMPLES: 1 RAT: 2.0 INSCRIÇÃO: 45.349.461/0015-08  
TOMADOR/OBRA: FAP: 0.50 RAT AJUSTADO: 1.00 INSCRIÇÃO:

NOME TRABALHADOR	REM SEM 13* SAL	REM 13* SAL	PIS/PASEP/CI BASE CÁL 13*SAL PREV SOC	ADMISSÃO CONTRIB SEG DEVIDA	CAT	OCOR	DATA/COD MOVIMENTAÇÃO DEPÓSITO	CBO JAM
MARCIA DOURADO MEIRA	1.878,85	0,00	164.06391.44-7	19/05/2020	01		30/08/2020 P3	03222
			0,00	153,41			150,30	0,00
MIRIAN APARECIDA MADUREIRA DOS REIS CALL	1.878,86	0,00	165.73179.23-5	19/05/2020	01		12/08/2020 P3	03222
			0,00	153,41			150,30	0,00
MIRIAN APARECIDA MADUREIRA DOS REIS CALL			165.73179.23-5	19/05/2020	01		26/08/2020 Z5	03222
SILVIA ANDREA RODRIGUES DE LIMA	1.816,22	0,00	170.34569.50-7	19/05/2020	01		02/08/2020 P3	03222
			0,00	147,77			145,29	0,00
SILVIA ANDREA RODRIGUES DE LIMA			170.34569.50-7	19/05/2020	01		03/08/2020 Z5	03222
PATRICIA ANTIQUEIRA DOS SANTOS	3.235,46	0,00	190.17377.02-2	18/05/2020	01		27/07/2020 P3	02235
			0,00	311,89			258,83	0,00
PATRICIA ANTIQUEIRA DOS SANTOS			190.17377.02-2	18/05/2020	01		03/08/2020 Z5	02235
PATRICIA ANTIQUEIRA DOS SANTOS			190.17377.02-2	18/05/2020	01		05/08/2020 P3	02235
PATRICIA ANTIQUEIRA DOS SANTOS			190.17377.02-2	18/05/2020	01		12/08/2020 Z5	02235
MILENA MARIA PENCO CAPUA	1.705,41	0,00	202.16084.26-6	18/05/2020	01		10/08/2020 P3	04110
			0,00	137,80			136,43	0,00
MILENA MARIA PENCO CAPUA			202.16084.26-6	18/05/2020	01		15/08/2020 Z5	04110
FERNANDA FACHINI MIOTO MATOS	1.704,52	0,00	206.73994.22-2	19/05/2020	01		11/08/2020 P3	04221
			0,00	137,72			136,36	0,00
FERNANDA FACHINI MIOTO MATOS			206.73994.22-2	19/05/2020	01		18/08/2020 Z5	04221
EVELYN ROSANE PEREIRA NOVAIS	1.900,30	0,00	206.78554.11-5	19/05/2020	01		03/08/2020 P3	04110
			0,00	155,34			152,02	0,00
EVELYN ROSANE PEREIRA NOVAIS			206.78554.11-5	19/05/2020	01		10/08/2020 Z5	04110

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO - MTE  
GFIP - SEFIP 8.40 (29/03/2020) TABELAS 41.0 (01/03/2020)

MINISTÉRIO DA FAZENDA - MF

DATA: 03/09/2020  
HORA: 09:48:02  
PÁG : 0005/0014

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

858600001213 024001792005 907644050840 534946100159

EMPRESA: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA  
COMP: 08/2020 COD REC: 115 COD GPS: 2305 FPAS: 639 OUTRAS ENT: SIMPLES: 1 RAT: 2.0 INSCRIÇÃO: 45.349.461/0015-08  
TOMADOR/OBRA: FAP: 0.50 RAT AJUSTADO: 1.00 INSCRIÇÃO:

NOME TRABALHADOR	REM SEM 13* SAL	REM 13*SAL	PIS/PASEP/CI BASE CÁL 13*SAL PREV SOC	CONTRIB SEG DEVIDA	ADMISSÃO	CAT	OCOR	DATA/COD MOVIMENTAÇÃO DEPÓSITO	CBO JAM
SIMONE ROCHA CARIS DE OLIVEIRA 1.903,14	0,00		206.94570.22-7 0,00	19/05/2020 155,60	01		26/07/2020 P3	03222 0,00	
SIMONE ROCHA CARIS DE OLIVEIRA			206.94570.22-7	19/05/2020	01		02/08/2020 Z5	03222	
SIMONE ROCHA CARIS DE OLIVEIRA			206.94570.22-7	19/05/2020	01		02/08/2020 P3	03222	
SIMONE ROCHA CARIS DE OLIVEIRA			206.94570.22-7	19/05/2020	01		09/08/2020 Z5	03222	
KESSIA DA SILVA CALDEIRA 2.073,15	0,00		206.96259.93-6 0,00	19/05/2020 170,90	01		27/07/2020 P3	03222 0,00	
KESSIA DA SILVA CALDEIRA			206.96259.93-6	19/05/2020	01		03/08/2020 Z5	03222	
KESSIA DA SILVA CALDEIRA			206.96259.93-6	19/05/2020	01		04/08/2020 P3	03222	
KESSIA DA SILVA CALDEIRA			206.96259.93-6	19/05/2020	01		11/08/2020 Z5	03222	
MIRIAN JULIANE DA SILVA 2.122,79	0,00		207.82327.08-1 0,00	01/07/2020 176,36	01		07/08/2020 P3	03222 0,00	
MIRIAN JULIANE DA SILVA			207.82327.08-1	01/07/2020	01		17/08/2020 Z5	03222	
LEIDIANE LIMA DA SILVA 1.878,86	0,00		207.84976.51-6 0,00	18/05/2020 153,41	01		11/08/2020 P3	03222 0,00	
LEIDIANE LIMA DA SILVA			207.84976.51-6	18/05/2020	01		25/08/2020 Z5	03222	
THAWANY YURI KAWAMURA 2.048,88	0,00		207.84985.07-8 0,00	19/05/2020 168,71	01		28/07/2020 P3	03222 0,00	
THAWANY YURI KAWAMURA			207.84985.07-8	19/05/2020	01		04/08/2020 Z5	03222	
THAWANY YURI KAWAMURA			207.84985.07-8	19/05/2020	01		04/08/2020 P3	03222	

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO - MTE  
GFIP - SEFIP 8.40 (29/03/2020) TABELAS 41.0 (01/03/2020)

MINISTÉRIO DA FAZENDA - MF

DATA: 03/09/2020  
HORA: 09:48:02  
PÁG: 0006/0014

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

858600001213 024001792005 907644050840 534946100159

EMPRESA: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA  
COMP: 08/2020 COD REC:115 COD GPS: 2305 FPAS: 639 OUTRAS ENT: SIMPLES: 1 RAT: 2.0 INSCRIÇÃO: 45.349.461/0015-08  
TOMADOR/OBRA: FAP: 0.50 RAT AJUSTADO: 1.00 INSCRIÇÃO:

NOME TRABALHADOR	REM 13° SAL	BASE CÁL 13° SAL PREV SOC	PIS/PASEP/CI BASE CÁL PREV SOCIAL	CONTRIB SEG DEVIDA	ADMISSÃO	CAT	OCOR	DATA/COD MOVIMENTAÇÃO DEPÓSITO	CBO JAM
THAWANY YURI KAWAMURA			207.84985.07-8		19/05/2020	01		11/08/2020 Z5	03222
MARCELO DA ROCHA SOARES GALVAO	250,52	156,57	209.75513.80-4 156,57	30,52	03/07/2020	01		04/08/2020 J 32,56	03222 0,00

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE FENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO - MTE  
COMP: 08/2020 COD REC:115 COD GPS: 2305  
GFIP - SEFIP 8.40 (29/03/2020) TABELAS 41.0 (01/03/2020)

MINISTÉRIO DA FAZENDA - MF

DATA: 03/09/2020  
HORA: 09:48:02  
PÁG : 0007/0014

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

858600001213 024001792005 907644050840 534946100159

EMPRESA: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA  
COMP: 08/2020 COD REC:115 COD GPS: 2305 FPAS: 639 OUTRAS ENT: SIMPLES: 1 RAT: 2.0 INSCRIÇÃO: 45.349.461/0015-08  
TOMADOR/OBRA: FAP: 0.50 RAT AJUSTADO: 1.00 INSCRIÇÃO:

NOME TRABALHADOR	REM SEM 13° SAL	REM 13°SAL	PIS/PASEP/CI BASE CÁL 13°SAL PREV SOC BASE CÁL PREV SOCIAL	CONTRIB	ADMISSÃO SEG DEVIDA	CAT	OCOR	DATA/COD MOVIMENTAÇÃO DEPÓSITO	CBO JAM
IVANI APARECIDA DA SILVA LOPES			122.98289.93-1		22/05/2020	01		28/07/2020 P3	03222
1.317,46	496,66	496,66			140,13			0,00	0,00
IVANI APARECIDA DA SILVA LOPES			122.98289.93-1		22/05/2020	01		11/08/2020 Z5	03222
IVANI APARECIDA DA SILVA LOPES			122.98289.93-1		22/05/2020	01		19/08/2020 I3	03222
LIANE CRISTINA DE SOUZA			125.06078.59-4		19/05/2020	01		06/08/2020 P3	03222
1.196,35	555,96	555,96			133,68			0,00	0,00
LIANE CRISTINA DE SOUZA			125.06078.59-4		19/05/2020	01		09/08/2020 Z5	03222
LIANE CRISTINA DE SOUZA			125.06078.59-4		19/05/2020	01		09/08/2020 P3	03222
LIANE CRISTINA DE SOUZA			125.06078.59-4		19/05/2020	01		13/08/2020 Z5	03222
LIANE CRISTINA DE SOUZA			125.06078.59-4		19/05/2020	01		16/08/2020 I3	03222
MARCIO ROBERTO GOMES			126.78521.14-3		19/05/2020	01		16/08/2020 I3	03222
1.269,24	558,14	558,14			140,41			0,00	0,00
BEATRIZ SANTOS RAMOS			160.07271.22-7		18/05/2020	01		18/07/2020 P3	03222
1.109,43	550,17	550,17			125,42			0,00	0,00
BEATRIZ SANTOS RAMOS			160.07271.22-7		18/05/2020	01		01/08/2020 Z5	03222
BEATRIZ SANTOS RAMOS			160.07271.22-7		18/05/2020	01		15/08/2020 I3	03222
YASMIN MARISSOL ZANON			161.83264.54-8		18/05/2020	01		18/08/2020 I1	04221
1.123,33	445,85	594,47			129,99			0,00	0,00
NATALIA APARECIDA TOMAZ TRAFICANTE			163.52461.83-3		02/07/2020	01		27/07/2020 P3	03222
1.109,44	325,29	325,29			108,55			0,00	0,00
NATALIA APARECIDA TOMAZ TRAFICANTE			163.52461.83-3		02/07/2020	01		03/08/2020 Z5	03222

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO - MTE  
GFIP - SEFIP 8.40 (29/03/2020) TABELAS 41.0 (01/03/2020)

MINISTÉRIO DA FAZENDA - MF

DATA: 03/09/2020  
HORA: 09:48:02  
PÁG : 0008/0014

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

858600001213 024001792005 907644050840 534946100159

EMPRESA: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA  
COMP: 08/2020 COD REC:115 COD GPS: 2305 FPAS: 639 OUTRAS ENT: SIMPLES: 1 RAT: 2.0 INSCRIÇÃO: 45.349.461/0015-08  
TOMADOR/OBRA: FAP: 0.50 RAT AJUSTADO: 1.00 INSCRIÇÃO:

NOME TRABALHADOR	REM 13° SAL	BASE CÁL 13° SAL	PIS/PASEP/CI PREV SOC	CONTRIB SEG DEVIDA	ADMISSÃO	CAT	OCOR	DATA/COD	MOVIMENTAÇÃO DEPÓSITO	CBO JAM
NATALIA APARECIDA TOMAZ TRAFICANTE			163.52461.83-3		02/07/2020	01		15/08/2020	I3	03222
MANOEL OLIVEIRA DE SOUZA	1.012,29	554,15	163.63093.28-8 554,15	117,48	19/05/2020	01		15/08/2020	I3 0,00	03222 0,00

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE RENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO - MTE  
GFIP - SEFIP 8.40 (29/03/2020) TABELAS 41.0 (01/03/2020)

MINISTÉRIO DA FAZENDA - MF

DATA: 03/09/2020  
HORA: 09:48:02  
PÁG: 0009/0014

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

858600001213 024001792005 907644050840 534946100159

EMPRESA: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA  
COMP: 08/2020 COD REC:115 COD GPS: 2305 FPAS: 639 OUTRAS ENT: SIMPLES: 1 RAT: 2.0 INSCRIÇÃO: 45.349.461/0015-08  
TOMADOR/OBRA: FAP: 0.50 RAT AJUSTADO: 1.00 INSCRIÇÃO:

NOBRE TRABALHADOR	REM SEM 13° SAL	REM 13° SAL	PIS/PASEP/CI BASE CÁL 13° SAL PREV SOC BASE CÁL PREV SOCIAL	ADMISSÃO CONTRIB SEG DEVIDA	CAT	OCOR	DATA/COD	MOVIMENTAÇÃO DEPÓSITO	CBO JAM
ADRIANA APARECIDA CANATTO AUGUSTO			124.00026.73-6	22/05/2020	01				03222
2.438,99	0,00	0,00	0,00	214,30				195,12	0,00
ALAN LUCIUS FIRMINO LOZANO			268.69095.33-5	18/05/2020	01				04110
1.704,53	0,00	0,00	0,00	137,72				136,36	0,00
ALESSANDRA ALVES DA SILVA			126.67856.17-3	18/05/2020	01				03222
2.113,54	0,00	0,00	0,00	175,25				169,09	0,00
ALESSANDRA SOARES LOPES			127.36106.15-8	26/08/2020	01				03222
313,14	0,00	0,00	0,00	23,48				25,06	0,00
AMANDA CRISTINA DA SILVA GOVEA			201.68861.18-0	19/05/2020	01				03222
2.252,59	0,00	0,00	0,00	191,93				180,20	0,00
ANDERSON CARRIJO DA COSTA			200.90593.98-1	18/05/2020	01				02234
3.057,29	0,00	0,00	0,00	288,50				244,58	0,00
ANDRE LUIZ MARTINS DE BARROS			161.40027.55-2	21/08/2020	01				03222
626,29	0,00	0,00	0,00	46,97				50,10	0,00
BIANCA KLEM MARQUES			135.13791.49-5	22/05/2020	01				03222
1.903,14	0,00	0,00	0,00	155,60				152,25	0,00
DANIELA PEREIRA BRANDAO			129.66318.17-3	18/05/2020	01				02235
3.899,66	0,00	0,00	0,00	404,88				311,97	0,00
DANIELE LEITE GREMES DUMAS			160.08417.64-0	19/05/2020	01				03222
1.878,85	0,00	0,00	0,00	153,41				150,30	0,00
DANILO AUGUSTO DAVID ZANETTE			190.48498.61-1	18/05/2020	01				02235
4.263,38	0,00	0,00	0,00	455,80				341,07	0,00
DEBORA MATEUS CAETANO			160.86652.29-6	18/05/2020	01				04110
1.837,77	0,00	0,00	0,00	149,71				147,02	0,00
DIEGO APARECIDO DE OLIVEIRA			160.86662.45-3	18/05/2020	01				03222
2.243,18	0,00	0,00	0,00	190,80				179,45	0,00
DIEGO CORASSA PASSARINE			160.14182.90-0	18/05/2020	01				04110
1.704,53	0,00	0,00	0,00	137,72				136,36	0,00
EDUARDA CARDOSO DA SILVA			212.01253.54-5	19/05/2020	01				03222
1.878,85	0,00	0,00	0,00	153,41				150,30	0,00

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 98/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19



MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO - MTE  
GFIP - SEFIP 8.40 (29/03/2020) TABELAS 41.0 (01/03/2020)

MINISTÉRIO DA FAZENDA - MF

DATA: 03/09/2020  
HORA: 09:48:02  
PÁG: 0010/0014

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

858600001213 024001792005 907644050840 534946100159

EMPRESA: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA  
COMP: 08/2020 COD REC:115 COD GPS: 2305 FPAS: 639 OUTRAS ENT: SIMPLES: 1 RAT: 2.0 INSCRIÇÃO: 45.349.461/0015-08  
TOMADOR/OBRA: FAP: 0.50 RAT AJUSTADO: 1.00  
INSCRIÇÃO:

NOBRE TRABALHADOR	REM 13*SAL	BASE CÁL 13*SAL	PIS/PASEP/CI 13*SAL PREV SOC	CONTRIB SEG DEVIDA	ADMISSÃO	CAT	OCOR	DATA/COD	MOVIMENTAÇÃO DEPÓSITO	CBO JAM
ELAINE BATISTA PEREIRA			124.90947.98-4		18/05/2020	01				03222
1.878,85	0,00		0,00		153,41			150,31		0,00
ELAINE JAQUELINE GOMES DE LIMA			210.28733.91-9		19/05/2020	01			259,40	02235
3.242,50	0,00		0,00		312,88					0,00
EVA OLIVEIRA DE MENEZES			123.02055.66-9		19/05/2020	01			183,47	03222
2.293,26	0,00		0,00		196,81					0,00
FERNANDA DE PAULA PERES			127.17300.18-1		19/05/2020	01				03222
1.878,85	0,00		0,00		153,41			150,31		0,00
FERNANDA SANCHEZ ROBERTO DAS NEVES			127.00459.77-8		18/05/2020	01			157,76	04110
1.971,88	0,00		0,00		161,78					0,00
FERNANDO ROGERIO LIMA RIBEIRO			125.12211.65-9		18/05/2020	01			162,47	04221
2.030,83	0,00		0,00		167,09					0,00
HEIDY CAROLINE PEREIRA DA SILVA			160.14332.33-3		19/05/2020	01			136,36	04221
1.704,53	0,00		0,00		137,72					0,00
ISADORA MARIA BESERRA MALHEIRO			140.14078.02-3		18/05/2020	01			288,04	02235
3.600,53	0,00		0,00		363,00					0,00
JEANE MARIA DOS REIS			124.50875.27-3		19/05/2020	01			268,65	02235
3.358,06	0,00		0,00		329,06					0,00
JESSICA PENTEADO SOARES			207.82317.34-5		19/08/2020	01			54,54	04221
681,81	0,00		0,00		51,13					0,00
JOAO DARC LINO			121.93580.20-2		19/05/2020	01			228,59	02235
2.857,29	0,00		0,00		264,50					0,00
JULIA DA SILVA PAULA			140.16435.35-4		22/05/2020	01			160,26	03222
2.003,33	0,00		0,00		164,61					0,00
LEILA MARIA BRUNETO IZABEL DE OLIVEIRA			125.80354.14-1		18/05/2020	01			169,74	03222
2.121,74	0,00		0,00		176,23					0,00
LEIZE GEDO BIUDES CLABUCHAR			129.64954.18-8		18/05/2020	01			136,46	04110
1.705,75	0,00		0,00		137,83					0,00
LUCIMARA CONTEL EVANGELISTA			133.81375.11-2		18/05/2020	01			212,58	02516
2.657,29	0,00		0,00		240,50					0,00

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 95/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO - MTE  
GFIP - SEFIP 8.40 (29/03/2020) TABELAS 41.0 (01/03/2020)

MINISTÉRIO DA FAZENDA - MF

DATA: 03/09/2020  
HORA: 09:48:02  
PÁG : 0011/0014

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

858600001213 024001792005 907644050840 534946100159

EMPRESA: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA  
COMP: 08/2020 COD REC:115 COD GPS: 2305 FPAS: 639 OUTRAS ENT: SIMPLES: 1 RAT: 2.0 INSCRIÇÃO: 45.349.461/0015-08  
TOMADOR/OBRA: FAP: 0.50 RAT AJUSTADO: 1.00  
INSCRIÇÃO:

NOME TRABALHADOR	REM 13° SAL	PIS/PASEP/CI BASE CÁL 13° SAL PREV SOC BASE CÁL PREV SOCIAL	ADMISSÃO CONTRIB SEG DEVIDA	CAT	OCOR	DATA/COD MOVIMENTAÇÃO DEPÓSITO	CBO JAM
MARIA CRISTINA DE AGUIAR 1.780,67	0,00	122.98290.73-5 0,00	19/05/2020 144,58	01		142,46	04221 0,00
MARIA GABRIELA CAMACARI RIBEIRO 2.316,05	0,00	164.06824.87-4 0,00	28/07/2020 199,55	01		185,28	03222 0,00
OLAIR AMORIM CLEMENTE 2.104,53	0,00	122.00472.71-6 0,00	20/07/2020 174,17	01		168,37	04110 0,00
PAULO HENRIQUE GONCALVES 1.878,85	0,00	127.49586.15-3 0,00	18/05/2020 153,41	01		150,31	03222 0,00
PENHA CRISTINA DANTAS RIBAS 2.243,18	0,00	122.79876.61-4 0,00	18/05/2020 190,80	01		179,46	03222 0,00
RAFAELA CRISTINA GONCALVES MACHADO 1.704,93	0,00	210.07045.88-6 0,00	19/05/2020 137,72	01		136,36	04110 0,00
ROZINEI MECHON NUNES 1.878,85	0,00	122.52296.91-9 0,00	18/05/2020 153,41	01		150,31	03222 0,00
SANDRA MIOTTI FAUSTINO 2.857,29	0,00	128.26522.85-1 0,00	18/05/2020 264,50	01		228,58	02235 0,00
SILENE DE OLIVEIRA RODRIGUES DE LARA 2.189,14	0,00	126.96627.17-9 0,00	19/05/2020 184,32	01		175,14	03222 0,00
STEFANY CORREIA MARTINS 2.976,33	0,00	163.26937.41-9 0,00	19/05/2020 278,78	01		238,10	03222 0,00
TATIANA SOARES 3.435,05	0,00	126.25996.15-5 0,00	04/06/2020 339,84	01		274,81	02235 0,00

TOTAIS DA EMPRESA/TOMADOR  
158.546,77 4.357,11 4.505,73 14.055,44 12.102,40 0,00

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO - MTE  
GFIP - SEFIP 8.40 (29/03/2020) TABELAS 41.0 (01/03/2020)

MINISTÉRIO DA FAZENDA - MF

DATA: 03/09/2020  
HORA: 09:48:02  
PÁG : 0012/0014

RELACÃO DOS TRABALHADORES CONSTANTES NO ARQUIVO SEFIP  
RESUMO DO FECHAMENTO - EMPRESA  
MODALIDADE : "BRANCO"-RECOLHIMENTO AO FGTS E DECLARAÇÃO À PREVIDÊNCIA  
858600001213 024001792005 907644050840 534946100159

EMPRESA: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA N° DE CONTROLE: M11HSrobEg80000-9 N° ARQUIVO: OkpjaXoUlh60000-0  
COMP: 08/2020 COD REC:115 COD GPS: 2305 FPAS: 639 OUTRAS ENT: SIMPLES: 1 RAT: 2.0 INSCRIÇÃO: 45.349.461/0015-08  
TOMADOR/OBRA: FAP: 0.50 RAT AJUSTADO: 1.00 INSCRIÇÃO:

LOGRADOURO: AVENIDA AV LEANDRO RATISBONA DE MEDEIROS 880 SALA BAIRRO: CHACARA PALESTINA CNAE PREPONDERANTE: 8610102  
CIDADE: PENAPOLIS UF: SP CEP: 16303-046 CNAE: 8610102

CAT	QUANT	REMUNERAÇÃO SEM 13*	REMUNERAÇÃO 13*	BASE CÁL PREV SOC	BASE CÁL 13* PREV SOC
01	77	150.409,23	870,89	158.546,77	4.505,73
TOTAIS:	77	150.409,23	870,89	158.546,77	4.505,73

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO - MTE  
GFIP - SEFIP 8.40 (29/03/2020) TABELAS 41.0 (01/03/2020)

MINISTÉRIO DA FAZENDA - MF

DATA: 03/09/2020  
HORA: 09:48:02  
PÁG: 0013/0014

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

858600001213 024001792005 907644050840 534946100159

EMPRESA: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA N° DE CONTROLE: M11HSr0bEg80000-9 N° ARQUIVO: OkpjaXoUlh60000-0  
COMP: 08/2020 COD REC: 115 COD GPS: 2305 FPAS: 639 OUTRAS ENT: SIMPLES: 1 RAT: 2.0 INSCRIÇÃO: 45.349.461/0015-08  
TOMADOR/OBRA: FAP: 0.50 RAT AJUSTADO: 1.00 INSCRIÇÃO:  
LOGRADOURO: AVENIDA AV LEANDRO RATISBONA DE MEDEIROS 880 SALA BAIRRO: CHACARA PALESTINA CNAE PREPONDERANTE: 8610102  
CIDADE: PENAPOLIS UF: SP CEP: 16303-046 CNAE: 8610102

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

	FGTS - 8%
REMUNERAÇÃO SEM 13º SALÁRIO	150.409,23
REMUNERAÇÃO 13º SALÁRIO	870,89
QUANTIDADE TRABALHADORES	70

VALORES DO FGTS

DATA DE RECOLHIMENTO ATÉ 07/09/2020

DEPÓSITO FGTS	ENCARGOS FGTS	CONTRIB SOCIAL	ENCARGOS CONTRIB SOCIAL	TOTAL RECOLHER
12.102,40	0,00	0,00	0,00	12.102,40

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO - MTE  
GFIP - SEFIP 8.40 (29/03/2020) TABELAS 41.0 (01/03/2020)

MINISTÉRIO DA FAZENDA - MF

DATA: 03/09/2020  
HORA: 09:48:02  
PÁG: 0014/0014

RESUMO DAS INFORMAÇÕES À PREVIDÊNCIA SOCIAL CONSTANTES NO ARQUIVO SEFIP  
EMPRESA

EMPRESA: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA	Nº DE CONTROLE: M11HSrobEg80000-9	Nº ARQUIVO: OkpjaXoUlh60000-0	
COMP: 08/2020 COD REC:115 COD GPS: 2305 FPAS: 639 OUTRAS ENT: SIMPLES: 1 RAT: 2.0		INSCRIÇÃO: 45.349.461/0015-08	
TOMADOR/OBRA:		FAP: 0.50 RAT AJUSTADO: 1.00	
LOGRADOURO: AVENIDA AV LEANDRO RATISBONA DE MEDEIROS 880 SALA	BAIRRO: CHACARA PALESTINA	CNAE PREPONDERANTE: 8610102	
CIDADE: PENAPOLIS UF: SP CEP: 16303-046	TELEFONE: 0016 3374 8438	CNAE: 8610102	
VALOR DEV PREV SOC CALCULADO SEFIP:	14.055.44	CONTRIB SEGURADOS - DEVIDA:	14.055.44
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		VALOR SOLICITADO:	0.00
PERÍODO INICIAL:	PERÍODO FINAL:	VALOR EXCEDENTE AO LIMITE DOS 30%:	0.00
VALOR ABATIDO:	0.00 VALOR A COMPENSAR:		
RETENÇÃO (LEI 9.711/98)		VALOR A COMPENSAR/RESTITUIR:	0.00
VALOR INFORMADO:	0.00 VALOR ABATIDO PELO SEFIP:		
BASE DE CÁLCULO APOSENTADORIA ESPECIAL/OCORRÊNCIA		25 ANOS:	0.00
15 ANOS:	0.00	QUANTIDADE:	0
QUANTIDADE:	0	QUANTIDADE:	0

QUANTIDADE DE MOVIMENTAÇÕES / CÓDIGOS

H :	0 I1:	1 I2:	0 I3:	6 I4:	0 J :	2 K :	0 L :	0 M :	0 N1:	0
N2:	0 N3:	0 O1:	0 O2:	0 O3:	0 P1:	1 P2:	0 P3:	43 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:	41

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENAPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

08/09/2020 - BANCO DO BRASIL - 14:51:52  
306203062 SEGUNDA VIA 0059  
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA  
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL  
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.311-1

=====

DATA DA TRANSFERENCIA	08/09/2020
NR. DOCUMENTO	550.037.000.001.124
VALOR TOTAL	1.102,51

\*\*\*\*\* TRANSFERIDO PARA:  
CLIENTE: MEDMASTER COMERCIAL LTDA  
AGENCIA: 0037-X CONTA: 1.124-X  
NR. DOCUMENTO 553.062.000.036.311  
=====

NR.AUTENTICACAO	E.576.21A.218.97C.AAF
-----------------	-----------------------

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 95/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19



**MEDMASTER**  
**MEDMASTER COMERCIAL LTDA EPP**  
 RUA LUIZ GAMA, 7-55 - ND - VILA INDEPENDENCIA  
 17054-300 BAURU - SP  
 FONE: (14) 3236-4400

**DANFE**  
 DOCUMENTO  
 AUXILIAR DA  
 NOTA FISCAL  
 ELETRÔNICA

0-ENTRADA  
 1-SAÍDA **I**  
 000.039.978  
 SÉRIE I  
 FOLHA 1/1



CHAVE DE ACESSO  
 3520 0803 5217 8500 0136 5500 1000 0399 7818 8720 0858

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO VENDAS		PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 135200694949539 13/08/2020 12:33:29	
INSCRIÇÃO ESTADUAL 209.261.183.111	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.	CNPJ 03.521.785/0001-36	

DESTINATÁRIO / REMETENTE NOME / RAZÃO SOCIAL ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		CNPJ / CPF 45.349.461/0001-02	DATA DA EMISSÃO 13/08/2020
ENDEREÇO AVENIDA JOSE ARIANO RODRIGUES, 303		BARRIO / DISTRITO JARDIM ARIANO	CEP 16400-400
MUNICÍPIO LINS		UF SP	INSCRIÇÃO ESTADUAL (14) 3532-5198
CNPJ / CPF		DATA DA SAÍDA 13/08/2020	HORA DA SAÍDA 12:13:00

FATURA: Número: 39978 Valor Orig: 1.102,51 Desc: 0,00 Valor Liq: 1.102,51  
 001 10/09/2020 1.102,51

CÁLCULO DO IMPOSTO					
BASE CÁLC ICMS 0,00	VALOR ICMS 0,00	BASE CÁLC ICMS ST 0,00	VALOR ICMS ST 0,00	TOTAL DOS PRODUTOS 1.102,51	
VALOR FRETE 0,00	VALOR SEGURO 0,00	VALOR DESCONTO 0,00	OUTRAS DESP 0,00	VALOR IPI 0,00	TOTAL DA NOTA 1.102,51

TRANSPORTADOR / VOLUMENS TRANSPORTADOS					
NOME / RAZÃO SOCIAL NIKKY RIO PRETO LOG E TRANSPORTE LTDA ME		PRETE POR CONTA 0-EMITENTE	CODIGO ANTT	PLACA DO VEIC	UF
ENDEREÇO RUA MARIA CERON VOIPE, 2260		MUNICÍPIO SAO JOSE DO RIO PRETO	UF SP	CNPJ / CPF 15.066.184/0001-60	INSCRIÇÃO ESTADUAL 6-47.598.751.114
QTD ENTIDADE 1	ESPECIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS													
CODIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM SH	CSOSN	CFOP	UNID	QUANT	VALOR UNIT	VALOR TOTAL	B CÁLC ICMS	VALOR ICMS	ALIQ ICMS	V APROX TRIBUTOS	
7982	ANLÓDIPINA 5MG CP GNERICO (CXA 30 CPR) GEOLAB Lote=2003938 Val=30/03/2022 Qtd=90 PMC=0,0000 C/D: 0,00% PMC: 0,00 PF: 0,00	30049069	0102	5102	CPR	90	0,1800	16,20	0,00	0,00		0,00	
7010	ATI SOLOL 25MG CP GNERICO Lote=52808 Val=28/02/2022 Qtd=60 PMC=0,0000 G+D: 0,00% PMC: 0,00 PF: 0,00	30049099	0102	5102	CPR	60	0,1500	9,00	0,00	0,00		0,00	
5950	SONDA ENDOTRAQUEAL 8,5MM C/ BALAO CIRUTRAQ LOTE 18605	90183921	0102	5102	UNI	20	4,8654	97,31	0,00	0,00		0,00	
6333	TERBUTALINA 0,5MG/ML 1ML GNERICO (CXA 100 AMP) HIPOLABOR Lote=AV-007/19 Val=30/05/2021 Qtd=200 PMC=0,0000 G+D: 0,00% PMC: 0,00 PF: 0,00 Codigo de Barras 7898123908913	30049069	0102	5102	AMP	200	4,9000	980,00	0,00	0,00		0,00	

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

DADOS ADICIONAIS	
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES - PEDIDO: MEDMASTER - 36203- DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL. NAO GERA DIREITO A CREDITO FISCAL DE IPI - DADOS PARA DEPOSITO: BANCO DO BRASIL, AGENCIA 0037-X, CONTA CORRENTE 1124-X	RESERVADO AO FISCO  <b>CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020</b> <b>FONTE DE RECURSO MUNICIPAL</b> <b>PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS</b> <b>HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19</b>

*Luiz Valente*

08/09/2020 - BANCO DO BRASIL - 16:37:36  
306203062 SEGUNDA VIA 0068  
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA  
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL  
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.311-1

=====

DATA DA TRANSFERENCIA	08/09/2020
NR. DOCUMENTO	552.591.000.102.525
VALOR TOTAL	1.500,00

\*\*\*\*\* TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: HDL LOGISTICA HOSPITALAR  
AGENCIA: 2591-7 CONTA: 102.525-2

NR. DOCUMENTO 553.062.000.036.311

=====

NR.AUTENTICACAO E.E69.996.C71.53D.5CE

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19



**NOTA FISCAL**  
Nº 242.242

RECEBEMOS DE HDL LOGISTICA HOSPITALAR LIDA OS PRODUTOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO 4064 - ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL - Bauru reais)

DATA DE RECEBIMENTO: \_\_\_\_\_ IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR: \_\_\_\_\_

**HDL LOGISTICA HOSPITALAR**  
AV INGLATERRA N. 40  
Bairro TIBERY, UBERLANDIA, MG  
Fone: (34) 3221-5300, CEP: 38405050

**DANFE**  
Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica  
0 - ENTRADA   
1 - SAIDA   
Nº 242.242  
Série 1

CHAVE DE ACESSO: 3120 0911 8726 5600 0110 5500 1000 2422 4212 2578 3322  
Protocolo de Autenticação de Uso: 131203808427347 04/09/2020 17:54:33  
Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e [www.nfe.fazenda.gov.br/portal](http://www.nfe.fazenda.gov.br/portal) ou no site da Sefaz Autorizadora

NATUREZA DA OPERAÇÃO: VENDA DE MERC ADQ DE TERCEIRO  
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 0015881100069  
INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO: 813014730110  
CNPJ: 11.972.656/0001-10  
DATA DA EMISSÃO: 04-09-2020

NOME/RAZÃO SOCIAL: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL  
ENDEREÇO: AV JOSE ARIANO RODRIGUES Nº 303, SALA 03  
MUNICÍPIO: LINS  
CEP: 4064 45.349.461/0001-02  
CNPJ/CPF: 16.400-400  
DATA DE SAÍDA: 17:54:21

DESTINATÁRIO/REMETENTE: AV JOSE ARIANO RODRIGUES Nº 303, SALA 03  
MUNICÍPIO: LINS  
FONE/FAX: +55 (14) 3532-5198  
UF: SP  
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 4064  
CNPJ/CPF: 16.400-400  
MUNICÍPIO: JARDIM ARIANO  
UF: SP

BASE DE CÁLCULO DO ICMS: 1.500,00  
VALOR DO ICMS: 180,00  
BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUSTITUIÇÃO: 0,00  
VALOR DO ICMS SUSTITUIÇÃO: 0,00  
VALOR TOTAL DOS PRODUTOS: 1.500,00

VALOR DO FRET: 0,00  
DESCONTO: 0,00  
OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS: 0,00  
VALOR DO IPI: 0,00  
VALOR TOTAL DA NOTA: 1.500,00

QUANTIDADE	ESPECIE	MARCA	NOME	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
1,00	MOVIMENTO EXPRESS, COM, SERV, LOGISTICA, LOCACOES & AV ANHANGUERA N. KM320 GAL A UNID I		RIBEIRAO PRETO	362604	1,8000 Kg

COD. PROD.	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVICOS	NCM/SR	CST	CFOP	UN.	QUANTIDADE	V.UNITARIO	V.DESCONTO	%DESC.	V. TOTAL	BC ICMS	V. ICMS	BC ICMS ST	V. ICMS ST	V. IPI	AL. ICMS	AL. IPI
2782 IV	PROP.FOL. (LIPURO) (C1) 18 10MG/ML. C/5 AMP 20ML - USO AD/PED 3 ANOS -VIA ORAL	30049095	700	6108 UN	UN	10	150,00	0,00	0,00	1.500,00	1.500,00	180,00	0,00	0,00	0,00	12,00	0,00
	Loc: 20196050 D.Fab: 10/05/20 D.Val: 30/04/22   0.0000Referencia:3547825																

CONVÊNIO CONVÊNIO PROCESSO Nº 98/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PANAPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

INSCRIÇÃO MUNICIPAL	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	0,00	BASE DE CÁLCULO DO ISSQN	0,00	VALOR DO ISSQN	0,00
DADOS ADICIONAIS		RESERVADO AO FISCO		0,00		
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES		AUT. TEMA   Valores totais do ICMS Interestadual: DIFAL da UF Destino R\$90,00 + FCP R\$0,00; DIFAL da UF Origem R\$0,00.				

08/9/20  
LV

04/10/2020 - BANCO DO BRASIL - 16:22:10  
306203062 0025

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL  
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.311-1

ITAU UNIBANCO S.A.

34191570070000189719832885990005283710000053333

BENEFICIARIO:  
SHIELD CONTROLE DE PRAGAS LTDA  
NOME FANTASIA:  
SHIELD CONTROLE DE PRAGAS LTDA  
CNPJ: 26.384.215/0001-47  
PAGADOR:  
ASSOC HOSP. BENEF. DO BRASIL  
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO 90.801  
DATA DE VENCIMENTO 07/09/2020  
DATA DO PAGAMENTO 08/09/2020  
VALOR DO DOCUMENTO 533,33  
VALOR COBRADO 533,33

NR.AUTENTICACAO 3.E1E.78A.EBE.842.018

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 CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

Luiz Valente

		PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO CARLOS SECRETARIA MUNICIPAL DE FAZENDA NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇO - NFS-e			Número da NFS-e 1629						
Data e Hora da Emissão		30/07/2020 17:47:37		Competência		30/7/2020		Código de Verificação		OEWOIPJGH	
Número do RPS				No. da NFS-e substituída				Local da Prestação		SAO CARLOS - SP	
<b>Prestador de Serviço</b>											
Razão Social/Nome		SHIELD CONTROLE DE PRAGAS LTDA - ME									
Nome Fantasia											
CNPJ/CPF		26.384.215/0001-47		Inscrição Municipal		72104		Município		SAO CARLOS - SP	
Endereço e CEP		RUA MARECHAL DEODORO ,2898 - CENTRO CEP: 13560-200									
Complemento		-		Telefone		(16)98770-2527		e-mail		paulo.gullo@shieldcp.com.br	
<b>Tomador de Serviço</b>											
Razão Social/Nome		Associação Hospitalar Beneficente Do Brasil									
CNPJ/CPF		45.349.461/0001-02		Inscrição Municipal				Município		LINS - SP	
Endereço e CEP		AVENIDA JOSÉ ARIANO RODRIGUES ,303 - JARDIM ARIANO CEP: 16400-400									
Complemento				Telefone				e-mail			
<b>Discriminação do Serviço</b>											
Serviço de Controle de Pragas											
Valor aproximado dos tributos: 6,00% = R\$ 96,00 Valor Aproximado dos Tributos: 6,00%											
CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020 FONTE DE RECURSO MUNICIPAL PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19											
<b>Código do Serviço / Atividade</b>											
8122200 / 7.13 - Imunização e controle de pragas urbanas											
<b>Detalhamento Específico da Construção Civil</b>											
Código da Obra								Código ART			
<b>Tributos Federais</b>											
PIS (R\$)				COFINS (R\$)				IR (R\$)			
INSS (R\$)				CSLL (R\$)							
Detalhamento de Valores - Prestador do Serviço				Outras Informações				Cálculo do ISSQN devido no Município			
Valor do Serviço R\$		1.600,00		Natureza Operação		Valor do Serviço R\$		1.600,00			
(-) 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		0,00		0-Nenhum		Base de Cálculo		1.600,00			
(-) Outras Retenções		0,00		Opção Simples Nacional		(x) Alíquota %		2,00			
(-) ISSQN Retido		0,00		1 - Sim		ISSQN a Reter		( ) Sim (X) Não			
(=) Valor Líquido R\$		1.600,00		Incentivador Cultural		(=) Valor do ISSQN R\$		0,00			
				2-Não							
Avisos 1- Uma via desta Nota Fiscal será enviada através do e-mail fornecido pelo Tomador do Serviço. 2- A autenticidade desta Nota Fiscal poderá ser verificada no site, <a href="http://SaoCarlos.ginfes.com.br">http://SaoCarlos.ginfes.com.br</a> com a utilização do Código de Verificação. 3 - Documento emitido por ME ou EPP optante pelo Simples Nacional. Não gera direito a crédito fiscal de ISS e IPI.											

3X 533,23

04/10/2020 - BANCO DO BRASIL - 16:22:10  
306203062 0022

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL  
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.311-1

=====

BANCO BRADESCO S.A.

23790026099022300129917039379205183720000089250

BENEFICIARIO:  
WHITE MARTINS GASES INDUSTRIAIS LTD  
NOME FANTASIA:  
WHITE MARTINS  
CNPJ: 35.820.448/0001-36  
PAGADOR:  
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE D  
CNPJ: 45.349.461/0001-02

-----

NR. DOCUMENTO	90.802
DATA DE VENCIMENTO	08/09/2020
DATA DO PAGAMENTO	08/09/2020
VALOR DO DOCUMENTO	892,50
DESCONTO/ABATIMENTO	2,50
VALOR COBRADO	890,00

-----

NR.AUTENTICACAO 0.D4C.DB7.494.B32.7E8

-----

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.



NOTA DE COBRANÇA Nº 206981  
PG 1 / 1  
VIA ÚNICA

*Luiz Valente*

White Martins Gases Industriais Ltda.

UNIDADE: BAURU  
ENDEREÇO: RUA JOÃO COSTA MARTIN, 165  
MUNICÍPIO: BAURU  
FONE/FAX: 08007099000  
BAIRRO/DISTRITO: DISTRITO INDUSTRIAL  
UF: SP  
CEP: 17034480

CNPJ 35.820.448/0095-16	Data da Emissão 08/08/20
INSCRIÇÃO ESTADUAL 209072186110	

DESTINATÁRIO		C.N.P.J./C.P.F. 45.349.461/0001-02	
NOME /RAZÃO SOCIAL ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA		CEP 16303106	
ENDEREÇO AVENIDA LEANDRO RATISBONA DE MEDEIROS, 8 80		BAIRRO /DISTRITO CHACARA PALESTINA	
MUNICÍPIO PENAPOLIS	FONE /FAX 5514 35325198	U.F. SP	INSCRIÇÃO ESTADUAL ISENTO

DADOS DO DOCUMENTO				
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
40037852	Locação Recipiente Criog O2	1	890,0000	890,00

VALOR TOTAL DA NOTA DE COBRANÇA  
**890,00**

**DADOS DE SEGURANÇA /MANUSEIO DE CILINDROS E OUTROS EQUIPAMENTOS**

- SE VOCÊ NÃO RECEBEU TODA DOCUMENTAÇÃO REFERENTE AO PRODUTO QUE FOI ADQUIRIDO (EX.:FICHA DE INFORMAÇÃO DE SEGURANÇA DE PRODUTOS QUÍMICOS - FISPQ, MANUAL DE INSTRUÇÕES DO EQUIPAMENTO, INSTRUÇÕES DE OPERAÇÃO E MANUSEIO DE CILINDROS, TANQUES, ETC.), SOLICITE OS MESMOS IMEDIATAMENTE AO REPRESENTANTE DA FILIAL QUE LHE ATENDEU OU CONTACTE-NOS ATRAVÉS DO TELEFONE DA NOSSA CENTRAL DE ATENDIMENTO

- LEIA AS INSTRUÇÕES CONSTANTES EM CADA EQUIPAMENTO ANTES DE SEU MANUSEIO, E SE HOUVER ALGUMA DÚVIDA QUANTO AS INFORMAÇÕES ALI CONTIDAS, SOLICITE ORIENTAÇÃO.

- ANTES DE SEUS FUNCIONÁRIOS INICIAREM O MANUSEIO DE PRODUTOS E EQUIPAMENTOS FORNECIDOS PELA FILIAL, REPASSE A ELES AS INFORMAÇÕES DE SEGURANÇA CONTIDAS NOS MANUAIS E DOCUMENTOS FORNECIDOS JUNTO A ESTES EQUIPAMENTOS E PRODUTOS.

**INFORMAÇÕES ADICIONAIS**

COND. PAGTO: 280 CR 28 DDL VENC: 08/09/20 ENTRADA: ,00  
FILIAL/FAB: RBA460 Nº PED.: 1105483 COD.DOC: LO UN.ATRIB: RBA460

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

OPERAÇÃO NÃO SUJEITA AO I.S.S.DE ACORDO COM A LEI COMPLEMENTAR 116/03.

ATESTAMOS QUE OS DADOS ACIMA CONFEREM COM OS BENS CEDIDOS EM LOCAÇÃO.			NOTA DE COBRANÇA Nº
DATA DO RECEBIMENTO / /	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	NOME LEGÍVEL	<b>206981</b>

*Luiz Valente*

04/10/2020 - BANCO DO BRASIL - 16:22:10  
306203062 0020

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL  
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.311-1

=====

BANCO BRADESCO S.A.  
-----

23790026099023000006020039379209183730000368200

BENEFICIARIO:  
WHITE MARTINS GASES INDUSTRIAIS LTD  
NOME FANTASIA:  
WHITE MARTINS  
CNPJ: 35.820.448/0001-36  
PAGADOR:  
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE D  
CNPJ: 45.349.461/0001-02

-----

NR. DOCUMENTO	90.803
DATA DE VENCIMENTO	09/09/2020
DATA DO PAGAMENTO	08/09/2020
VALOR DO DOCUMENTO	3.682,00
VALOR COBRADO	3.682,00

=====

NR.AUTENTICACAO F.C57.BF0.676.4B0.2C4  
=====

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 CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

DATA RECEBIMENTO

IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

Nº 22806

SÉRIE 118



White Martins Gases Industriais Ltda  
 RUA JOAO COSTA MARTIN  
 DISTRITO INDUSTRIAL BAURU  
 08007099000  
 CEP: 17034-480

165  
 UF: SP  
 Nº 22806  
 SÉRIE 118  
 FOLHA 1 / 1

DANFE  
 Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica  
 0 - ENTRADA  
 1 - SAIDA  
 Nº 22806  
 SÉRIE 118  
 FOLHA 1 / 1

CHAVE DE ACESSO  
 3520 0835 8204 4800 9516 5511 8000 0228 0618 0134 4745  
 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  
 INSCRIÇÃO ESTADUAL 209072186110  
 INSCRIÇÃO ESTADUAL DO ESTAB. PAVIMENTAÇÃO 135200689987196  
 CNPJ 35.820.448/0095-16  
 DATA DE EMISSÃO 12/08/2020  
 DATA DE ENTRADA SAÍDA 12/08/2020  
 HORA DE SAÍDA 11:33:12

DESTINATÁRIO REMETENTE  
 NOME / RAZÃO SOCIAL ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BARRIO CHACARA PALESTINA  
 ENDEREÇO AVENIDA LEANDRO RATSIBONA DE MEDEIROS 880  
 Nº 880  
 FONE/FAX 1433325198  
 BARRIO CHACARA PALESTINA  
 Nº 16303-106  
 DATA DE EMISSÃO 12/08/2020  
 HORA DE SAÍDA 11:33:12

FATURA DUPLICATA	Nº	VALOR	VENGIMENTO	VALOR	VENGIMENTO	VALOR	VENGIMENTO	VALOR	VENGIMENTO
22806	001	3.682,00	09/09/2020	3.682,00					

CÁLCULO IMPOSTO	VALOR DO IMPOSTO	VALOR DO ICMS	VALOR DO IPI	VALOR DO IPI	VALOR DO IPI	VALOR DO IPI	VALOR DO IPI	VALOR DO IPI	VALOR DO IPI
BASE DE CÁLCULO DO ICMS	3.682,00								
VALOR DO ICMS	0,00								
BASE DE CÁLCULO DO IPI	662,76								
VALOR DO IPI	0,00								
VALOR TOTAL DOS PRODUTOS									3.682,00
VALOR TOTAL DA NOTA									3.682,00

TRANSPORTADOR VOLUMES TRANSPORTADOS  
 RAZÃO SOCIAL Rodoviário Morada do Sol Ltda  
 ENDEREÇO AV MARGINAL ENG CAMILO DINUCCI 2885  
 QUANTIDADE 1052  
 MARCA GRANEL  
 N.º DE IDENTIFICAÇÃO 0 - Remetente  
 N.º DE IDENTIFICAÇÃO ARARAOUARA  
 N.º DE IDENTIFICAÇÃO WM  
 N.º DE IDENTIFICAÇÃO 43954.460/0001-61  
 INSCRIÇÃO ESTADUAL 181009982111  
 INSCRIÇÃO ESTADUAL 1.388,640  
 PESSOAL FÉTIMO 1.388,640

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇOS	COD. PROD.	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS	NCM/SI	C. ST	CTOP	UN	QTD	V. UNITE	V. TOTAL	ICMS	ICMS ST	V. ICMS ST	V. ICMS	V. IPI	ALÍQUOTAS
CONVENIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020 FONTE DE RECURSO MUNICIPAL PREFEITURA MUNICIPAL DE PENAPOLIS HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19	40018291	Oxigenio Liquido Caminh Tanque	28044000	000	5104	M3	1052,0000	3,5000	3.682,00	3,682,00			662,76	18,00	0,00
CONVENIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020 FONTE DE RECURSO MUNICIPAL PREFEITURA MUNICIPAL DE PENAPOLIS HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19															

VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS  
 VALOR DO ICMS  
 VALOR DO IPI

DADOS ADICIONAIS  
 INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES  
 COND. PACOTES: 2808CR 28 DDL 09/09/2020 NUM. PARC.: 1 ENTRADA: 0,00 FILLAL.FABRICA: RB4460 COD. DOC: SOAVT VEICULO: 9008 ROTA: 9008 VIAGEM: 93077 Venda de merc. fora do estab.  
 cont. NF de Remessa nr. \_\_\_\_\_ Serie \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ nos termos do Art. 434, Dec. 45-490/2000, RICMS/SP Emissão Autorizada pela Portaria CAT nr. 32/96, art. 34, Item: 40018291 Lote: 114602024002147  
 pol final 120 pol  
 RESERVADO AO FISCO

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
04/10/2020 - AUTOATENDIMENTO - 16.22.10  
3062703062 SEGUNDA VIA 0022

COMPROVANTE DE PAGAMENTO

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL  
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.311-1

-----  
Convenio DAEP - DEP AUT DE AGUA E  
Codigo de Barras 82600000012-3 35200704202-6  
00910270202-5 03414421173-6  
Data do pagamento 08/09/2020  
Valor Total 1.235,20  
-----

DOCUMENTO: 090804  
AUTENTICACAO SISBB: 4.E65.8F0.7D8.55C.181

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 86/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENAPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19





**DEPARTAMENTO AUTÔNOMO DE AGUA E ESCOTO DE PENAPOLIS** Certificação  
Ave Adelfino Peters, 217 - CEP: 16.303-194 - Penapolis - SP - Fone: / 0800-170195 / Cel: **ISO 9001**  
www.daeep.com.br - daeep@daeep.com.br - CNPJ: 49.576.614/0001-05 - Inscricao Estadual: 521.119.916.110

CONTAFATURA DE AGUA, ESCOTO, COLETA DE LIXO E SERVICOS

FAT-27-202034144211-73

961410 - LUIZ MANOEL DA CRUZ VALENTE DR

CO-RESPONSÁVEL: 1452602 - VALENTE E FILIOS LOCAÇAO LTDA EPP

ENDEREÇO DE ENTREGA: AVE LEANDRO R DE MEDEIROS, 880 - CENTRO DE REF E TRATAMENTO COVID 19 - JARDIM CHACARA PALESTINA - PENAPOLIS - SP - CEP:16303-106

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA/FATURAMENTO / FORNECIMENTO

UNIDADE CONSUMIDORA: 838693-5

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA: AVE LEANDRO R DE MEDEIROS, 880 - CENTRO DE REF E TRATAMENTO COVID 19 - JARDIM CHACARA PALESTINA - PENAPOLIS - SP - CEP:16303-106

LOCAL: 0001 ETAPALIVRO/SEQUENCIA: 03/003030/109

CATEGORIA: ATIVIDADE ECONOMIAS BANCO / AGÊNCIA

COMERCI: COMIN ICOM

REFERENCIA: CORTE

09/2020 13/10/2020

YENQMENTO 10/09/2020

VALOR 1.235,20

ESPAÇO RESERVADO PARA FOTOGRAFIA DIGITAL DO HIDRÔMETRO



ICOLIBRA PLUG  
PLAY STORE

DADOS DA MEDICAO			SERIE HISTORICA			CONSUMO X TARIFA/ANALISE DA AGUA		
CONSUMO REGISTRADO NO MS	REFER	DIAS FAT	ORIG	CONSUMO	TARIFA	CICRO LIVRE (0,2 A 5 MGL/L)	COR APARENTE (ATE 15UPL)	TURBIDEZ (MAXIMO 5 UPL)
EQUIPAMENTO: HD A115728402	08/2020	29	5	5	5,2834	PH (6,9 A 9,5)	COLIFORMES TOTAIS	COLIFORMES TERMOTOLERANTES
UNIDADE DE MEDIDA: ANL	07/2020	33	5	5	5,2834	FILTROBETO (0,6 A 0,8 MGL/L)	BACTERIAS HETEROTROFICAS UFC/ML	ABSENTES
ORIGEM DA LETURA ATUAL:	25/08/2020	05/2020	78	5	5	0,3	0,3	7,0
DATA DA LETURA ATUAL:	22/07/2020	04/2020	79	5	5	0,3	0,3	0,6
PREV. PROX. LETURA:	22/09/2020	03/2020	79	5	5	0,3	0,3	0,6
NRO. DIAS FATURADOS:	34	02/2020	29	5	5	0,3	0,3	0,6
LETURA ANTERIORE:	63	01/2020	31	5	5	0,3	0,3	1,0
CONSUMO MEDIDO:	0	12/2019	30	5	5	0,3	0,3	0,6
CONSUMO POCCO:	228	11/2019	30	5	5	0,3	0,3	0,6
AJ SITE DE CORR. DE FORNEC. (0):	0	10/2019	31	5	5	0,3	0,3	0,6
AJ SITE DE CORR. DE FORNEC. (0):	0	09/2019	31	5	5	0,3	0,3	0,6
CONSUMO FATURADO:	0							
CONSUMO A COMPENSAR:	5							
RESIDUO CONSUMO FICTICIO:	0							

\*Valor desconsiderar esta mensagem caso o pagamento já tenha sido efetuado\*

LANÇAMENTOS		VALOR (R\$)
ADICIONAL ESCOTO/POCCO		1,083,53
ARREDOINDAMENTO (-)		0,03
COLETA DE LIXO	(7/10)	109,37
VALOR DA AGUA		26,42
VALOR DO ESCOTO		15,85

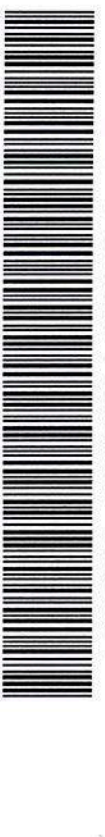
**Casimiro Vinícius**

MENSAGENS: LETURA CONFIRMADA  
ATENÇAO PROPRIETÁRIO DE IMÓVEL: ATUALIZE SEUS DADOS CADASTRAIS COMPARECENDO DAEP COM A MATRÍCULA DE SEU IMÓVEL POIS EM BREVE NÃO SERÁ MAIS POSSÍVEL CONSULTA VIRTUAL E SEGUNDA VIA EM CASO DE DADOS DESATUALIZADOS

**DEPARTAMENTO AUTÔNOMO DE AGUA E ESCOTO DE PENAPOLIS** Certificação  
Ave Adelfino Peters, 217 - CEP: 16.303-194 - Penapolis - SP - Fone: / 0800-170195 / Cel: **ISO 9001**  
www.daeep.com.br - daeep@daeep.com.br - CNPJ: 49.576.614/0001-05 - Inscricao Estadual: 521.119.916.110

UNIDADE CONSUMIDORA: 838693-5 REFERÊNCIA: 09/2020 NRO. REF: FAT-27-202034144211-73

VENCIAMENTO: 10/09/2020 VALOR (R\$): 1.235,20 ENCARGOS:



CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENAPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

04/10/2020 - BANCO DO BRASIL - 16:22:10  
306203062 0011

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL  
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.311-1

=====

BANCO DO BRASIL

=====

00190000090171153600100834939175583740000067650  
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	90.805
NOSSO NUMERO	17115360000834939
CONVENIO	01711536
DATA DE VENCIMENTO	10/09/2020
DATA DO PAGAMENTO	08/09/2020
VALOR DO DOCUMENTO	676,50
VALOR COBRADO	676,50

=====

NR.AUTENTICACAO 1.BAD.AB7.28D.040.B7C

=====

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 CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19


Identificação do emitente



**COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA**  
 PC 1 MIL IO MARCONATO 1000 - NUCLEO RESIDENCIAL DOUTOR JOAO ALDO NANSE -  
 JAGUARIUNA - SP  
 CEP 13916-074 - 1935225800

**DANFE**  
DOCUMENTO AUXILIAR DA  
NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA 1  
 1 - SAÍDA 1  
 Nº. 1334104 FL 1 / 1  
 SÉRIE 1



CHAVE DE ACESSO  
3520 0867 7291 7800 0491 5500 1001 3341 0413 2016 0371

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

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO  
135200695518528 13/08/2020 14:30:26

CNPJ  
67.729.178/0004-91

NATUREZA DA OPERAÇÃO  
**VENDA DENTRO ESTADO**

INSCRIÇÃO ESTADUAL 395060142110 INSCR EST SUBS TRIBUTARIO

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL CNPJ / CPF 45.349.461/0001-02 DATA DA EMISSÃO 13/08/2020

ENDEREÇO AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303 BAIRRO / DISTRITO JARDIM ARIANO CEP 16400-400 DATA DA ENTRADA/SAÍDA 13/08/2020

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

FATURA/DUPLIC	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC	VENCIMENTO	VALOR
1334104/1	10/09/2020	676,50						

BASE DE CÁLCULO DO ICMS		VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST		VALOR DO ICMS SUBSTITUTO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS	
676,50	81,18	0,00	0,00	0,00	676,50		
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	0,00		676,50

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

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

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

QUANTIDADE 3,00 ESPÉCIE VOLUME(S) MARCA NUMERO 0,04337 PESO BRUTO 2,790 PESO LÍQUIDO 2,790

CÓDIGO	DESCRIÇÃO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / SH	CST	CFOP	UN	QUANT.	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL	B CALC ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTAS ICMS IPI
029394	SERINGA GASOMETRIA LL 3ML (BD/BECTION) L. 0107192 Q 300,0000 F 30/04/20 V 30/04/2022	90183119	200	5102	PC	300,00	2,255	676,50	676,50	81,18	0,00	12,00 0,00

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

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES LOCAL DE ENTREGA 46374500001328-AVENIDA EURICO GASPAR DUTRA 620 Bairro/Distrito CENTRO Município: PROMISSAO CEP: 16370000 UF: SP País BRASIL. PREZADO CLIENTE, FAVOR CONFERIR NO ATO DA ENTREGA - NAO ACEITAREMOS RECLAMACOES APOS 48hs DO RECEBIMENTO. ENTREGAR EM PROMISSAO AV EURICO GASPAR DUTRA, 620 DATA ENTREGA: 14/08/2020 Pedido: 1693750 Autorizacao de Compra(Pedido Cliente): 1693750 \*\*\* O pagamento devera ser realizado através do boleto anexo a nota fiscal, caso nao receba entre em contato através do e-mail boletos@rioclarense.com.br ou no telefone (19)3522-5800, Setor de Cobranca Privado AFE 1.04397-7 \*\* AE 1.22375-2 \*\* ASS 1302/16 Validade 23/01/2021 MODAL RODOVIARIO / TIPO ENTREGA EXPRESSA Aliquota ICMS 12% cf art 54, Inc XV, RICMS/SP Dec 45490/00. LOCAL DE ENTREGA: Endereço: AVENIDA EURICO GASPAR DUTRA 620 Bairro/Distrito CENTRO Município: PROMISSAO CEP: 16370000 UF: SP País BRASIL(Código Interno Emitente: 4768 Nome Fantasia: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL) LOCAL DE ENTREGA: AVENIDA EURICO GASPAR DUTRA 620 Bairro/Distrito: CENTRO Município: PROMISSAO UF: SP País BRASIL

RESERVADO AO FISCO

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
 FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
 PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
 HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
04/10/2020 - AUTOATENDIMENTO - 16.22.10  
3062703062 SEGUNDA VIA 0010

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA  
COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL  
CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL  
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.311-1

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA  
REMETENTE : ASSOCIACAO H B BRASIL  
BANCO: 033 - BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.  
AGENCIA: 0058-2 - PENAPOLIS  
CONTA: 13.005.129-2

FAVORECIDO: ULTRA-MAG DIAGNOSTICO POR IMAGEM LT  
CPF/CNPJ: 07.220.629/0001-96  
VALOR: R\$ 23.556,35  
DEBITO EM: 08/09/2020

=====

DOCUMENTO: 090806  
AUTENTICACAO SISBB: 2.AA6.457.6DC.B6A.18F

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENAPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19



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

*Luiz Valente 10/09*

Número da Nota 5717
Data de Emissão 02/09/2020
Data e Hora da Competência 02/09/2020 às 09:30:35
Código de Verificação 1917-7613-6091

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**



CNPJ 07.220.629/0001-96 Cód. Mobiliário 38539 Insc. Mun. 2.299.1723  
 Nome 26589-ULTRA MAG DIAGNOSTICO POR IMAGEM LTDA EPP  
 Logradouro AV-SANTA CASA Número 00566  
 Bairro CENTRO CEP 16300-027  
 Município PENÁPOLIS UF SP

**Autenticação**



Situação Não Optante do Simples Nacional  
 Telefones  
 E-Mail's

**TOMADOR DE SERVIÇOS**

CPF/CNPJ 45.349.461/0001-02 IE  
 Inscrição Mun. Cód. Mobiliário 0  
 Nome 6036845-ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL  
 E-mail Telefone  
 Inf. Comp.  
 Logradouro -AV JOSE ARIANO RODRIGUES Número 303  
 Bairro JARDIM ARIANO CEP 16400-400  
 Município LINS UF SP  
 Complemento HOSPITAL País BRASIL

**DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

Serviço	Descrição	Vlr. Unitário	Qtde	Aliq. Tributo (IBPT)	Total
2	SERVIÇOS PRESTADOS	25.100,0000	1,00	0,00	25.100,00

Valor Total dos Serviços - R\$25.100,00

**INFORMAÇÕES REFERENTE A DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

REF. SERVIÇOS PRESTADOS NO HOSPITAL CAMPANHA COVID 19 DE PENÁPOLIS NO MÊS DE AGOSTO/2020.

**IMPOSTOS**

PIS (RS) 163,15	COFINS (RS) 753,00	INSS (RS)	IR (RS) 376,50	CSLL (RS) 251,00	Outras Retenções (RS)
CIDE (RS)	ICMS (RS)	IOF (RS)	IPI (RS)		Outros Tributos (RS)

**VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 25.100,00**

**Atividade**

04.02-ANÁLISES CLÍNICAS, PATOLOGIA, ELETRICIDADE MÉDICA, RADIOTERAPIA, QUIMIOTERAPIA, ULTRA-SONOGRAFIA, RE

**Operação**

Sem Lançamentos de Materiais/Equipamentos

**Dedução de Materiais**

Não

**Responsável pelo imposto**

Prestador dos Serviços

**Situação da Nota Fiscal**

Normal

**Local do Serviço**

Dentro do Município

Aliquota (%) 3,0000	Base de Cál. (RS) 25.100,00	Vlr. Total das Deduções (RS) 0,00	Vlr. Total Retido (RS) 1.543,65	Vlr. do ISS (RS) 753,00
------------------------	--------------------------------	--------------------------------------	------------------------------------	----------------------------

**VALOR LÍQUIDO DA NOTA = R\$ 23.556,35**

**OUTRAS INFORMAÇÕES (RESERVADO AO FISCO)**

NENHUMA INFORMAÇÃO COMPLEMENTAR REGISTRADA

**Recebi(emos) do Prestador: ULTRA MAG DIAGNOSTICO POR IMAGEM LTDA EPP CNPJ: 07.220.629/0001-96**

Os serviços constantes da Nota Fiscal de Serviços Eletrônica n.º 5717 emitida em 02/09/2020 às 09:30:35 - Cód Verif 1917-7613-6091

Condições de Pagamento: Vencimento: 02/09/2020 Valor Total R\$ 25.100,00 Valor Líquido R\$ 23.556,35

Ass: \_\_\_\_\_ em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Assinatura do Destinatário/Tomador do(s) Serviço(s) Data da Assinatura

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
 FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
 PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
 HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
04/10/2020 - AUTOATENDIMENTO - 16.22.10  
3062703062 SEGUNDA VIA 0011

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA  
COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL  
CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL  
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.311-1

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA  
REMETENTE : ASSOCIACAO H B BRASIL  
BANCO: 104 - CAIXA ECONOMICA FEDERAL  
AGENCIA: 2785-5 - PROMISSAO  
CONTA: 1.549-0

FAVORECIDO: FGK SERVICOS DE LIMPEZA E URBANIZAC  
CPF/CNPJ: 15.579.464/0001-71  
VALOR: R\$ 49.094,00  
DEBITO EM: 08/09/2020

=====

DOCUMENTO: 090807  
AUTENTICACAO SISBB: 1.47B.851.7EE.D95.CFE

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENAPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19



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



**Número da NFS-e**  
**794**  
**Código de Verificação de Autenticidade**  
**GJPH6WQIZ**  
**Data e Hora de Emissão da NFS-e**  
**01/09/2020 às 09:09:38**  
**Chave de Acesso**  
**642997C2KHGLF1K5VERQA5EFU80E51DE**

**Para certificação da autenticidade acesse**  
**<http://kaingang.comunicapromissao.com.br>**  
**:5661/issweb, menu consultas e informe os**  
**dados desta NFS-e.**

**Informações Fiscais**

Exigibilidade do ISS <b>Exigível</b>	Número do Processo	Município de Incidência do ISS <b>PENAPOLIS-SP</b>	Local da Prestação <b>PENAPOLIS - SP</b>
Número do RPS	Série do RPS	Tipo do RPS	Data do RPS <b>01/09/2020</b>
Optante Simples Nacional <b>1 - Sim</b>	Incentivo Fiscal <b>2 - Não</b>	Regime Especial Tributação <b>Microempresário e Empresa de Pequeno Porte (ME EPP) 03 - Sobre Faturamento</b>	Tipo ISS

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

CPF/CNPJ <b>15.579.464/0001-71</b>	RG/Inscrição Estadual	Inscrição Municipal <b>4996</b>	Cadastro <b>00031936</b>	Nome/Razão Social <b>FGK SERVICOS DE LIMPEZA E URBANIZACAO EIRELI</b>
Logradouro <b>SASSAICHI MAZAKI, 472</b>		Complemento <b>Q.ANT 91 L.ANT</b>	Bairro <b>CENTRO</b>	
CEP <b>16370-000</b>	Cidade <b>PROMISSÃO-SP</b>	Telefone	E-mail	

**TOMADOR DE SERVIÇOS**

CPF/CNPJ/Documento <b>45.349.461/0001-02</b>	RG/Inscrição Estadual	Inscrição Municipal	Nome/Razão Social <b>Associação Hospitalar Beneficente do Brasil</b>
Logradouro <b>AV. JOSE ARIANO RODRIGUES, 303</b>		Complemento	Bairro <b>Jardim Ariano</b>
CEP/Cod.Postal <b>16400-400</b>	Cidade/País <b>LINS - SP</b>	Telefone <b>14 35325198</b>	E-mail <b>ebatista@ahbb.org.br; clsato@ahbb.org.br;</b>

**Discriminação dos Serviços**

Qtde.	Un. Medida	Descrição	Vir. Unitário	Total
1,00	UN	Prestação de serviços de limpeza em ambiente hospitalar , Prestação de serviços de Controle, Operação e Fiscalização de Portarias e Prestação de serviços de Copeiragem no hospital Luiz Valente cidade Penápolis/SP	49.094,00	R\$ 49.094,00

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 90/2020  
 FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
 PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
 HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

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

LC 116/2003: <b>07.10</b>	Aliquota	Atividade Município	Código CNAE	Código da Obra	Código ART
<b>Limpeza, manutenção e conservação de vias e logradouros públicos, imóveis chaminés, piscinas,</b>	<b>2,00%</b>	<b>0000070000010</b>			
Valor Total dos Serviços	Desconto Incondicionado	Deduções Base Cálculo	Base de Cálculo	Total do ISS	ISS Retido
<b>R\$ 49.094,00</b>	<b>R\$ 0,00</b>	<b>R\$ 0,00</b>	<b>R\$ 49.094,00</b>	<b>R\$ 981,88</b>	<b>2 - Não</b>
					Desconto Condicionado <b>R\$ 0,00</b>

**Retenções de Impostos**

PIS	COFINS	INSS	IRRF	CSLL	Outras Retenções
<b>R\$ 0,00</b>	<b>R\$ 0,00</b>	<b>R\$ 0,00</b>	<b>R\$ 0,00</b>	<b>R\$ 0,00</b>	<b>R\$ 0,00</b>
Valor Líquido da NFS-e: <b>R\$ 49.094,00</b>					Val. Aprox. Tributos:

**Informações Complementares**

PERÍODO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO 01/08/2020 31/08/2020 PAGAMENTO CREDITO EM CONTA: CAIXA AGENCIA 2785 OP:003 CONTA:1549-0

RECEBI(EMOS) DE **FGK SERVICOS DE LIMPEZA E URBANIZACAO EIRELI** O SERVIÇO CONSTANTE DA NFS-e DE NÚMERO **794** E CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO **GJPH6WQIZ**

Data

CPF/RG

Assinatura

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
04/10/2020 - AUTOATENDIMENTO - 16.22.10  
3062703062 SEGUNDA VIA 0024

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA  
COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEI  
CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL  
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.311-1

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA  
REMETENTE : ASSOCIACAO H B 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\$ 31.500,00  
DEBITO EM: 08/09/2020

=====

DOCUMENTO: 090808  
AUTENTICACAO SISBB: 5.AA4.DF5.F50.556.864

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 98/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19



*Luiz Valente* 07/09/20



Prefeitura do Município de Jahu

Prefeitura do Município de Jahu

Nota Fiscal Eletrônica de Serviços - NF-e

Número da Nota/Série  
25/NFE

Data e Hora de Emissão  
01/09/2020 09:02:03

Código de Verificação  
A3A1A0C0CA656A60DAE7

Página 1 / 1

DOCUMENTO EMITIDO POR ME OPTANTE DO SIMPLES NACIONAL

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 SANTA CASA - Num: 566. Bairro: CENTRO - CEP: 16.300-000  
 Município : PENAPOLIS - SP

Discriminação do Serviço

SERVIÇOS DE FISIOTERAPIA - UTI do Hospital de Campanha Penápolis para atendimento da demanda gerada pela pandemia da Covid-19.

Dedução / Outras Informações

**VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 31.500,00**

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	31.500,00	3,21	1.011,15	0,00

Total Tributos: 1.011,15. Percentual: 3,21%

Outras Informações

- Valor aproximado de Tributos: 4.910,85 (15,59%)

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

Dados que identificam a nota

Número da Nota  
25/NFE

Emissão  
01/09/2020 09:02:03

Código de verificação  
A3A1A0C0CA656A60DAE7



Data

Identificação do Recebedor

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
 FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
 PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
 HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

08/09/20  
 LV

09/09/2020 - BANCO DO BRASIL - 15:28:03  
306203062 SEGUNDA VIA 0030  
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA  
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL  
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.311-1  
=====

DATA DA TRANSFERENCIA	09/09/2020
NR. DOCUMENTO	553.062.007.004.231
VALOR TOTAL	282.079,21

\*\*\*\*\* TRANSFERIDO PARA:  
CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL  
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 7.004.231-4  
NR. DOCUMENTO 553.062.000.036.311  
=====

NR.AUTENTICACAO	F.D31.798.7C4.757.4D0
-----------------	-----------------------

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

14/09/2020 - BANCO DO BRASIL - 15:37:45  
306203062 SEGUNDA VIA 0036  
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA  
DE CONTA CORRENTE PARA POUPANCA

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL  
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.311-1

=====

DATA DA TRANSFERENCIA	14/09/2020
NR. DOCUMENTO	170.347.510.112.070
VALOR TOTAL	1.045,00

\*\*\*\*\* TRANSFERIDO PARA:  
CLIENTE: REINALDO VIEIRA DA SILVA  
AGENCIA: 0347-6 CONTA: 510.112.070-3  
VARIACAO DA POUPANCA 51  
NR. DOCUMENTO 173.062.000.036.311

=====

NR.AUTENTICACAO	9.87B.E36.F81.BB2.CFC
-----------------	-----------------------

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

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19



# PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS

Secretaria Municipal da Fazenda

Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e

Luiz Valente 13/09

Número da Nota 13
Data de Emissão 01/09/2020
Data e Hora da Competência 01/09/2020 às 13:09:04
Código de Verificação 6456-8697-2480

### PRESTADOR DE SERVIÇOS



CNPJ 11.326.992/0001-68 Cód. Mobiliário 76443 Insc. Mun. 1.199.1477  
 Nome 737187-REINALDO VIEIRA DA SILVA ELETRICA HIDRAULICA IE 521.152.746.117  
 Logradouro AV-FRANCISCO MOREIRA Número 00092  
 Bairro JARDIM ALPHAVILLE CEP 16308-564  
 Município PENÁPOLIS UF SP

Autenticação



Situação Optante do MEI  
 Telefones 3652-8478  
 E-Mail's

### TOMADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ 45.349.461/0001-02 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
1	SERVIÇO	1.045,0000	1,00	0,00	1.045,00

Valor Total dos Serviços - R\$1.045,00

### INFORMAÇÕES REFERENTE A DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

REPAROS HIDRAULICOS E ELETRICOS

### IMPOSTOS

PIS (RS) COFINS (RS) INSS (RS) IR (RS) CSLL (RS) Outras Retenções (RS)  
 CIDE (RS) ICMS (RS) IOF (RS) IPI (RS) Outros Tributos (RS)

VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 1.045,00

Atividade

07.02-EXECUÇÃO, POR ADMINISTRAÇÃO, EMPREITADA OU SUBEMPREITADA, DE OBRAS DE CONSTRUÇÃO CIVIL, HIDRÁULICA O

Operação

Sem Lançamentos de Materiais/Equipamentos

Dedução de Materiais

Não

Responsável pelo imposto

Prestador dos Serviços

Situação da Nota Fiscal

Local do Serviço

MEI

Dentro do Município

Aliquota (%)  
0,0000

Base de Cálculo (R\$)  
0,00

Vlr. Total das Deduções (R\$)  
0,00

Vlr. Total Retido (R\$)  
0,00

Vlr. do ISS (R\$)  
0,00

VALOR LÍQUIDO DA NOTA = R\$ 1.045,00

### OUTRAS INFORMAÇÕES (RESERVADO AO FISCO)

NENHUMA INFORMAÇÃO COMPLEMENTAR REGISTRADA

Recebi(emos) do Prestador: REINALDO VIEIRA DA SILVA ELETRICA HIDRAULICA CNPJ: 11.326.992/0001-68

Os serviços constantes da Nota Fiscal de Serviços Eletrônica n.º 13 emitida em 01/09/2020 às 13:09:04 - Cód Verif 6456-8697-2480

Condições de Pagamento: Vencimento: 01/09/2020 Valor Total R\$ 1.045,00 Valor Líquido R\$ 1.045,00

Ass: \_\_\_\_\_ em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Assinatura do Destinatário/Tomador do(s) Serviço(s) Data da Assinatura

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020

FONTE DE RECURSO MUNICIPAL

PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS

HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

14/09/2020 -- BANCO DO BRASIL -- 17:27:16  
306203062 SEGUNDA VIA 0081  
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA  
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL  
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.311-1

=====

DATA DA TRANSFERENCIA	14/09/2020
NR. DOCUMENTO	553.062.007.004.231
VALOR TOTAL	210.351,42

\*\*\*\*\* TRANSFERIDO PARA:  
CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL  
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 7.004.231-4  
NR. DOCUMENTO 553.062.000.036.311  
=====

NR.AUTENTICACAO	4.356.4EE.D8E.D1F.337
-----------------	-----------------------

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE FENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

14/09/2020 -- BANCO DO BRASIL -- 15:37:43  
306203062 SEGUNDA VIA 0042  
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA  
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL  
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.311-1

=====



DATA DA TRANSFERENCIA	14/09/2020
NR. DOCUMENTO	554.018.000.018.845
VALOR TOTAL	4.000,00

\*\*\*\*\* TRANSFERIDO PARA:  
CLIENTE: A.VOTOLINI JR LOCACOES ME  
AGENCIA: 4018-5 CONTA: 18.845-X  
NR. DOCUMENTO 553.062.000.036.311  
=====

NR.AUTENTICACAO	0.EAB.644.208.E0C.37A
-----------------	-----------------------

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

lv 12/09

	<b>PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ DO RIO SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇO - NFS-e</b>				<b>Número da NFS-e</b>  97	
	Data e Hora da Emissão: 02/09/2020 15:04:47		Competência: 2/9/2020	Código de Verificação: WTD3G2SDK		

Número do RPS:	Nº da NFS-e substituída:	Local da Prestação: LINS - SP
----------------	--------------------------	-------------------------------

Dados do Prestador de Serviços							
Razão Social/Nome:	A VOLTOLINI JUNIOR LOCAÇÕES						
CNPJ/CPF:	20.160.114/0001-06	Inscrição Municipal:	3295280	Município:	SAO JOSE DO RIO PRETO	UF:	SP
Endereço e Cep:	AVENIDA DOUTOR ALBERTO ANDALÓ ,2886 - CENTRO CEP: 15015-000						
Complemento:	SALA A	Telefone:	(17)3512-6797	e-mail:	ltmiyamotocontabilidade@gmail.com		

Dados do Tomador de Serviços							
Razão Social/Nome:	ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL						
CNPJ/CPF:	45.349.461/0001-02	Inscrição Municipal:		Município:	LINS	UF:	SP
Endereço e CEP:	AVENIDA JOSÉ ARIANO RODRIGUES ,303 - JARDIM ARIANO CEP: 16400-400						
Complemento:	SALA 03	Telefone:		e-mail:			

Discriminação dos Serviços	
Locação de um Gerador Automático de 125 KVA em Stand By Local de Instalação na Cidade de Penápolis -SP , a partir do dia 12/08/2020 Valor R\$4.000,00  Dados Bancários: Banco do Brasil S.A AG:4018-5 C/C:18.845/0 (X) A Voltlini Junior Locações VENCIMENTO : 12/09/2020.	

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
 FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
 PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
 HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

Código do Serviço / Atividade
3.05 / 03.05.00 - Cessão de andaimes, palcos, coberturas e outras estruturas de uso temporário.

Detalhamento Especifico da Construção Civil	
Código da Obra:	Código ART:

Tributos Federais							
PIS:	COFINS:	IR(R\$):	INSS(R\$):	CSLL(R\$):			
Detalhamento de Valores - Prestador dos Serviços		Outras Retenções		Cálculo do ISSQN devido no Município			
Valor dos Serviços R\$:	4.000,00	Natureza Operação	Valor dos Serviços R\$	4.000,00			
Desconto Incondicionado:	0,00	2-Tributação fora do município	Deduções/Deduções Permitidas em Lei	0,00			
Desconto Condicionado:	0,00	Regime Especial Tributação	Desconto Incondicionado:	0,00			
Retenções Federais:	0,00	0-Nenhum	(=) Base de Cálculo				
Outras Retenções:	0,00	Opção Simples Nacional	(x) Alíquota %	2,00			
Valor ISSQN Retido:	0,00	1-Sim	ISS a reter:	( ) Sim (X) Não			
		Incentivador Cultural	(=) Valor do ISS R\$:				
		2-Não					

**TOTAL DA NFS-e R\$: 4.000,00**

Avisos	1- Uma via desta Nota Fiscal será enviada através do e-mail fornecido pelo Tomador dos Serviços. 2- A autenticidade desta Nota Fiscal poderá ser verificada no site sjrp.ginfes.com.br, com a utilização do Código de Verificação.
--------	---

*(Handwritten signature)*

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
04/10/2020 - AUTOATENDIMENTO - 16.28.19  
3062703062 SEGUNDA VIA 0020  
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA  
COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL  
CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL  
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.311-1

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA  
REMETENTE : ASSOCIACAO H B BRASIL  
BANCO: 748 - BANCO COOPERATIVO SICREDI S.A.  
AGENCIA: 3021-X - SICREDI BIRIGUI  
CONTA: 15.751-1

FAVORECIDO: PATRICIA BARRINHA BRAZ BENESCIOTI  
CPF/CNPJ: 05.796.434/0001-63  
VALOR: R\$ 86,00  
DEBITO EM: 14/09/2020

=====

DOCUMENTO: 091401  
AUTENTICACAO SISBB: D.B8E.5AE.8B2.920.79C

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 90/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19



<b>IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE</b> <b>PATRICIA BARRINHA BRAZ</b> <b>BENESCIUTI - ME - PATYO MODA E PRAIA</b> AV LUIZ OSORIO, 412 - CENTRO 16300-000 PENAPOLIS - SP FONE: 3652-1547 opatyovaiamentos@hotmail.com		<b>DANFE</b> DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA 0 - ENTRADA 1 - SAÍDA <b>1</b> 000.000.677 SÉRIE 55 FOLHA 1/1		 CHAVE DE ACESSO <b>3520 0805 7964 3400 0163 5505 5000 0006 7710 0524 8465</b> Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e <a href="http://www.nfe.fazenda.gov.br/portal">www.nfe.fazenda.gov.br/portal</a> ou no site da Sefaz Autorizadora	
---	--	---	--	--	--

NATUREZA DA OPERAÇÃO <b>VENDAS</b>		PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO <b>135200695063000 13/08/2020 12:59:37</b>	
INSCRIÇÃO ESTADUAL <b>521.114.621.118</b>	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.	CNPJ <b>05.796.434/0001-63</b>	

DESTINATÁRIO / REMETENTE <b>ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL</b>		CNPJ / CPF <b>45.349.461/0001-02</b>	DATA DA EMISSÃO <b>13/08/2020</b>
ENDEREÇO <b>AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 - SALA 03</b>		BAIRRO / DISTRITO <b>JD ARIANO</b>	CEP <b>16400-400</b>
MUNICÍPIO <b>LINS</b>	UF <b>SP</b>	FONE / FAX <b>(14) 3532-5198</b>	INSCRIÇÃO ESTADUAL
FATURA / DUPLICATA <b>001 13/09/2020 86,00</b>		HORA DA SAÍDA <b>12:59:24</b>	

CÁLCULO DO IMPOSTO							
BASE CALC ICMS <b>0,00</b>	VALOR ICMS <b>0,00</b>	BASE CALC ICMS ST <b>0,00</b>	VALOR ICMS ST <b>0,00</b>	TOTAL DOS PRODUTOS <b>86,00</b>			
VALOR FRETE <b>0,00</b>	VALOR SEGURO <b>0,00</b>	VALOR DESCONTO <b>0,00</b>	OUTRAS DESP <b>0,00</b>	VALOR IPI <b>0,00</b>	VALOR APROX TRIB <b>0,00</b>	TOTAL DA NOTA <b>86,00</b>	

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS		FRETE POR CONTA <b>0-EMITENTE</b>	CODIGO ANTT	PLACA DO VEIC	UF	CNPJ / CPF
NOME / RAZÃO SOCIAL		MUNICÍPIO		UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	
QUANTIDADE <b>20</b>	ESPECIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LIQUIDO	

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS												
CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	CSOSN	CFOP	UNID	QUANT	VALOR UNIT	VALOR TOTAL	B.CÁLC ICMS	VALOR ICMS	ALIQ. ICMS	
07898220620077	CADARCO SARJADO	58063100	0102	5102	UN	20	4,30	86,00	0,00	0,00	0	

<b>DADOS ADICIONAIS</b> INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES Trib aprox R\$(Fed.0,00 Est.15,48 Mun.0,00) - Fonte: IBPT/FECOMERCIO SP Xe67Eq / 677-11 13/09/2020 86,00 / / DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL / NAO GERA DIREITO A CREDITO FISCAL DE IPI / A.93950 / Plano: CREDIARIO / Vendedor: GABY		RESERVADO AO FISCO  CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 90/2020 FONTE DE RECURSO MUNICIPAL PREFEITURA MUNICIPAL DE PENAPOLIS HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19
---	--	---

04/10/2020 - BANCO DO BRASIL - 16:22:11  
306203062 0018

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL  
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.311-1

=====

BANCO BRADESCO S.A.

23790026099023200003561039379203283780000388500

BENEFICIARIO:

WHITE MARTINS GASES INDUSTRIAIS LTD

NOME FANTASIA:

WHITE MARTINS

CNPJ: 35.820.448/0001-36

PAGADOR:

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE D

CNPJ: 45.349.461/0001-02

-----

NR. DOCUMENTO 91.402

DATA DE VENCIMENTO 14/09/2020

DATA DO PAGAMENTO 14/09/2020

VALOR DO DOCUMENTO 3.885,00

VALOR COBRADO 3.885,00

-----

NR. AUTENTICACAO 0.E85.306.BDB.924.771

-----

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 CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENAPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

**WHITE MARTINS**  
RUA JOAO COSTA MARTIN  
DISTRITO INDUSTRIAL, BAURU  
08007099000  
CEP: 17034-480  
UF: SP

**DANFE**  
Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica  
0 - ENTRADA  
1 - SAÍDA  
Nº 22824  
SÉRIE 118  
FOLHA 1 / 1

3520 0835 8204 4800 9516 5511 8000 0228 2418 0190 9880  
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  
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 209072186110  
INSCRIÇÃO ESTADUAL DE SUBSTITUIÇÃO TRIBUTÁRIA: 135200707291097 17/08/2020 14:14:49-03:00  
CNPJ: 35.820.448/0095-16

DESTINATÁRIO REMETENTE  
NOME / RAZÃO SOCIAL: ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BARRIO  
ENDERECO: AVENIDA LEANDRO RATSIBONA DE MEDEIROS  
Cidade: PENAPOLIS  
Nº: 880  
CNPJ/CPF: 45.349.461/0001-02  
COMPLEMENTO: FUNDADA  
Nº: 1435325198  
BARRIO: CHACARA PALESTINA  
Cidade: SP  
UF: SP  
CEP: 16303-106  
DATA DE EMISSÃO: 17/08/2020  
HORA DE SAÍDA: 14:13:44

FATURA DUPLICATA	Nº FOLIO	VALOR	Nº FOLIO	VALOR	Nº FOLIO	VALOR	Nº FOLIO	VALOR	Nº FOLIO	VALOR	
22824	001	3.885,00	14/09/2020	3.885,00							
BASE DE CÁLCULO DO ICMS		3.885,00	VALOR DO ICMS		699,30	BASE DE CÁLCULO DO ICMS DE SUBSTITUIÇÃO		0,00	VALOR DO ICMS DE SUBSTITUIÇÃO		0,00
VALOR DO FRETE		0,00	VALOR DO SEGURO		0,00	DISCONTO		0,00	DETERMINADO POR DESPESAS ACESSÓRIAS		0,00
VALOR TOTAL DOS PRODUTOS		3.885,00	VALOR TOTAL DO IPI		0,00	VALOR TOTAL DO IPI		0,00	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS		3.885,00
VALOR TOTAL DA NOTA		3.885,00	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS		699,30	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS		699,30	VALOR TOTAL DA NOTA		3.885,00

RAZÃO SOCIAL: Rodovário Morada do Sol Ltda  
ENDERECO: AV MARGINAL ENG CAMILO DINUCCI 2885  
Cidade: ARARAQUARA  
Nº: 1110  
CNPJ/CPF: 43.954.460/0001-61  
INSCRIÇÃO ESTADUAL: SP 181009982111  
RESOLUÇÃO: 1.465.200

TRANSPORTADOR VOLUMES TRANSPORTADOS	TRANSPORTADOR	QUANTIDADE	ESPECIE	MARKA	Nº	PLACA DO VEICULO	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	
40018291	Oxigênio Líquido Caminh Tanque	1	GRANEL	WMI	28044000	000	5104	M3	1110,0000	3.5000	3.885,00	3.885,00	3.885,00	699,30	18,00	0,00				

CONVENIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENAPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

DADOS ADICIONAIS  
INFORMACOES COMPLEMENTARES  
COND.PACTO: 280 CR 28 DDL 14/09/2020 NUM.PARC.: 1 ENTRADA: 0,00 FILLAL/FABRICA: RBA4460 COD.DOC: SO.VT.VEICULO: 9008 ROTA: 9008 VIAGEM: 95863 Venda de merc. fora do estab.  
conf. NF de Remessa nº \_\_\_\_\_ Serie \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ nos termos do Art. 434, Dec. 45.490/2000, RICMS/SP Emissao Autorizada pela Portaria CAT nº 32/96, art. 34 Item: 40018291 Lote: 1146020227003143  
pol final 120 pol  
RESERVAÇÃO DO IHSO

04/10/2020 - BANCO DO BRASIL - 16:22:11  
306203062 0015

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL  
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.311-1

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

0339991390605000000900615301017483790000054827

BENEFICIARIO:

SINCONECTA - TECNOLOGIA DE INFORMAC

NOME FANTASIA:

SINCONECTA - TECNOLOGIA DE INFORMAC

CNPJ: 10.710.409/0001-55

PAGADOR:

ASSOC HOSP BENEF DO BRASIL GARCA

CNPJ: 45.349.461/0009-60  
-----

NR. DOCUMENTO 91.403

DATA DE VENCIMENTO 15/09/2020

DATA DO PAGAMENTO 14/09/2020

VALOR DO DOCUMENTO 548,27

VALOR COBRADO 548,27  
-----

NR.AUTENTICACAO 7.FFD.7A2.024.B6B.64D  
-----

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 CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

RECEBEVEMOS DE SINCONECTA LTDA OS PRODUTOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO

DATA DE RECEBIMENTO

IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

NF-e  
Nº 199  
SERIE: 1

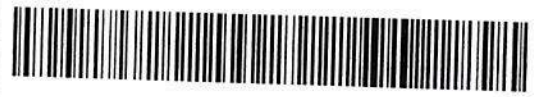


SINCONECTA LTDA  
RUA LUSO-BRASILEIRA, 4-44 - JD ESTORIL IV  
BALURU - SP  
17016230  
14411410635

DANFE  
DOCUMENTO AUXILIAR DE NOTA FISCAL  
ELETRÔNICA

0-ENTRADA  
1-SAIDA  
Nº 199  
SERIE: 1  
PAGINA 1 DE 1

CONTROLE DO FISCO



CHAVE DE ACESSO

35200610710409000155550010000001991991000007

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

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

135200451210679 - 04-06-2020 10:19:43

CNPJ

10710409000155

NATUREZA DA OPERAÇÃO

5.102-Venda de mercadoria adquirida ou recebida de

INSCRIÇÃO ESTADUAL

209425414112

INSCRIÇÃO ESTADUAL DE SUBST.

DESTINATARIO REMETENTE

NOME RAZÃO SOCIAL

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

ENDEREÇO

AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 -

BAIRRO DISTRITO

JARDIM ARIANO

CNPJ/CPF

45349461000102

DATA EMISSÃO

04-06-2020 10:19:00

DATA ENTRADA/SAIDA

04-06-2020

MUNICIPIO

Lins

FCNE FAX

UF

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA ENTRADA/SAIDA

10:19:00

FATURA

FORMA DE PAGAMENTO

MEIO DE PAGAMENTO

Outros

VALOR DO PAGAMENTO

2193,10

CALCULO DO IMPOSTO

BASE DE CALCULO DO ICMS

0,00

VALOR DO ICMS

0,00

BASE DE CALCULO DO ICMS SUBST.

0,00

VALOR DO ICMS SUBST.

0,00

VALOR TOTAL DOS PRODUTOS

2193,10

VALOR DO FRETE

0,00

VALOR DO SEGURO

0,00

DESCONTO

0,00

OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS

0,00

VALOR TOTAL DO IPI

0,00

VALOR TOTAL DA NOTA

2193,10

TRANSPORTADORA/VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME RAZÃO SOCIAL

FRETE POR CONTA

9: Sem frete

CODIGO ANT

PLACA DO VEICULO

UF

CNPJ/CPF

ENDEREÇO

MUNICIPIO

UF

INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE

ESPECIE

MARCA

NUMERAÇÃO

PESO BRUTO

PESO LIQUIDO

DADOS DOS PRODUTOS/SERVIÇOS

CODIGO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UNID	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	BC.ICMS	V.ICMS	V.IPI	ALIQ.ICMS	ALIQ.IPI
1	IMPRESSORA ZEBRA GC420T TERMICA USB	84433232	0400	5102	UN	1,0000	2193,10	2193,10					

CONVENIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

4x 548127

INSCRIÇÃO MUNICIPAL	549188	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	2193,10	BASE DE CÁLCULO DO ISSQN	2193,10	VALOR DO ISSQN	219,31
---------------------	--------	--------------------------	---------	--------------------------	---------	----------------	--------

DADOS ADICIONAIS  
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES  
E-mail do destinatário: [clsato@ahbb.org.br](mailto:clsato@ahbb.org.br)  
RESERVADO AO FISCO

Ao fisco: -  
CONVENIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

04/10/2020 - BANCO DO BRASIL - 16:02:11  
306203062 0028

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL  
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.311-1

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

03399273290170000000100005001011583790000800000

BENEFICIARIO:

ECQ MANUTENCAO HOSPITALAR LTDA ME

NOME FANTASIA:

ECQ MANUTENCAO HOSPITALAR LTDA ME

CNPJ: 30.712.200/0001-38

PAGADOR:

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE D

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

NR. DOCUMENTO 91.404

DATA DE VENCIMENTO 15/09/2020

DATA DO PAGAMENTO 14/09/2020

VALOR DO DOCUMENTO 8.000,00

VALOR COBRADO 8.000,00  
-----

NR.AUTENTICACAO B.C0C.86B.44A.4DE.9B6  
-----

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 CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

*Luiz Valente*

 <b>Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto - SP</b> Secretaria Municipal da Fazenda Fone: (16) - <a href="https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/portal/">https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/portal/</a>		Série do Documento Nota Fiscal de Serviço Eletrônica - NFS-e
---	---	---

<b>Ecq Manutencao Hospitalar Ltda</b> <b>Ecq Manutencao</b> Avenida Portugal, 1740 - CONJ. B - Santa Cruz do José Jacques CEP 14020-733 - Fone 16988679644 - Ribeirão Preto - SP carlos.roque@drcontabilrp.com Inscrição Municipal 20110250 - CPF/CNPJ 30.712.200/0001-38
--

<b>Identificação da Nota Fiscal Eletrônica</b>			
Natureza da Operação <b>Tributação no município</b>	Data de Emissão da NFS-e <b>01/09/2020 16:44:34</b>	Código de Verificação de Autenticidade <b>CF E4 70</b>	Número da Nota Fiscal <b>6</b>
Número do RPS	Serie do RPS	Data de Emissão do RPS	
Consulte a autenticidade deste documento acessando o site: <a href="https://www.issnetonline.com.br/ribeiraopreto/online">https://www.issnetonline.com.br/ribeiraopreto/online</a>			

<b>Dados do Tomador de Serviços</b>			
CNPJ/CPF <b>45.349.461/0001-02</b>	Inscrição Municipal	Razão Social <b>Associação Hospitalar Beneficiante do Brasil</b>	
Endereço <b>Rua Sete de Setembro</b>	Número <b>529</b>	Complemento	Bairro <b>Centro</b>
CEP <b>16210-000</b>	Cidade / UF <b>Bilac / SP</b>	Telefone <b>(98)3532-5198</b>	e-mail

<b>Local dos Serviços</b>
Ribeirão Preto - São Paulo

<b>Descrição dos Serviços</b>
Manutenção Corretiva de Equipamentos Médicos Hospitalares - UTI DO HOSPITAL LUIZ VALENTE EM PENÁPOLIS para atendimento da demanda gerada pela pandemia da doença por coronavírus (COVID-19).  Empresa Optante Pelo Simples Nacional Alíquota de ISS igual a 2,00%  Pagamento Conforme Boleto

<b>Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza-ISSQN</b>						
Atividade do Município <b>140115 - Conserto, Restauracao de Aparelhos Odontologicos,...</b>	Alíquota <b>2,00</b>	Item da LC116/2003 <b>3101</b>	Cód. Nacional Atividade Econômica <b>3312103</b>			
<b>Valor Total dos Serviços</b> <b>R\$ 8.000,00</b>	Desconto Incondicionado <b>R\$ 0,00</b>	Deduções Base Cálculo <b>R\$ 0,00</b>	Base de Cálculo <b>R\$ 8.000,00</b>	Total do ISSQN <b>R\$ 160,00</b>	ISSQN Retido <b>Não</b>	Desconto Condicionado <b>R\$ 0,00</b>

<b>Retenções de Impostos</b>						
PIS <b>R\$ 0,00</b>	COFINS <b>R\$ 0,00</b>	INSS <b>R\$ 0,00</b>	IRRF <b>R\$ 0,00</b>	CSLL <b>R\$ 0,00</b>	Outras Retenções <b>R\$ 0,00</b>	ISSQN <b>R\$ 0,00</b>
<b>Valor Líquido da Nota Fiscal</b>					<b>R\$ 8.000,00</b>	

<b>Informações Complementares</b>
I - "DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL"; e II - "NÃO GERA DIREITO A CRÉDITO FISCAL DE IPI." .

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

04/10/2020 - BANCO DO BRASIL - 16:22:11  
306203062 0021

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL  
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.311-1

-----  
BANCO DO BRASIL  
-----

00190000090307781800705869731173883800000228638

BENEFICIARIO:  
REVAL ATACADO PAPELARIA LTDA  
NOME FANTASIA:  
REVAL ATACADO DE PAPELARIA LTDA  
CNPJ: 52.434.156/0001-84  
PAGADOR:  
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE B  
CNPJ: 45.349.461/0001-02

-----  
NR. DOCUMENTO 91.405  
NOSSO NUMERO 30778180005869731  
CONVENIO 03077818  
DATA DE VENCIMENTO 16/09/2020  
DATA DO PAGAMENTO 14/09/2020  
VALOR DO DOCUMENTO 2.286,38  
VALOR COBRADO 2.286,38  
-----

NR.AUTENTICACAO A.0E2.C6C.237.72B.FD7  
-----

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

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

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

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



Recebemos de REVAL ATACADO DE PAPELARIA LTDA, os produtos constantes da nota fiscal indicada ao lado: Data de emissão:17/08/2020,Valor Total: R \$2.286,38 Destinatário: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE BRASIL AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 - SL 03 - JARDIM ARIANO - LINS/SP

NF-e  
Nº 005.010.188  
SÉRIE: 1

DATA DE RECEBIMENTO IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR



**IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE**  
REVAL ATACADO DE PAPELARIA LTDA  
RUA SANTO ANTONIO Nr., 1699  
DISTR. INDUSTRIAL Cep: 17230-000  
ITAPUI/SP  
Fone: 1436649811

**DANFE**  
Documento Auxiliar da  
NOTA FISCAL ELETRÔNICA  
0 - ENTRADA  
1 - SAÍDA  
Nº 005.010.188  
SÉRIE: 1  
FOLHA: 1/2



CHAVE DE ACESSO  
3520 0852 4341 5600 0184 5500 1005 0101 8811 0002 0041

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO: VENDAS  
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 377.002.180.114  
INSC. EST DO SUBST. TRIBUTÁRIO: [blank]  
CNPJ: 52.434.156/0001-84  
PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO: 135200709131728 17/08/2020 21:02:39

**DESTINATÁRIO/REMETENTE**  
NOME RAZÃO SOCIAL: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE BRASIL  
CNPJ/CPF do Estrangeiro: 45.349.461/0001-02  
DATA DE EMISSÃO: 17/08/2020  
ENDEREÇO: AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 - SL 03  
BAIRRO/DISTRITO: JARDIM ARIANO  
CEP: 16400-400  
DATA DE SAÍDA/ENTRADA: 17/08/2020  
MUNICÍPIO: LINS  
FONE/FAX: (14)3532-5198  
UF: SP  
INSCRIÇÃO ESTADUAL: [blank]  
HORA DE SAÍDA: 21:00:00

**FATURA/DUPLICATA**  
001 16/09/20 R\$ 2.286,38

CÁLCULO DO IMPOSTO		BASE DE CÁLCULO DO ICMS		BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBSTITUIÇÃO		VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO		VALOR APROXIMADO DOS TRIBUTOS		VALOR TOTAL DOS PRODUTOS	
VALOR DO ICMS	2.286,38	VALOR DO ICMS	411,56	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	0,00	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	0,00	VALOR APROXIMADO DOS TRIBUTOS	623,04	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS	2.286,38
VALOR DO FRETE	0,00	VALOR DO SEGURO	0,00	DESCONTO	0,00	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	0,00	VALOR DO IPI	0,00	VALOR TOTAL DA NOTA	2.286,38



**TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS**  
RAZÃO SOCIAL: TRANSPORTADORA RISSO LTDA  
FRETE POR CONTA: 0-Emitente  
CÓDIGO ANTT: [blank]  
PLACA DO VEÍCULO: [blank]  
UF: SP  
CNPJ/CPF: 52.661.634/0020-51  
ENDEREÇO: RUA THOMAZ PETRI, 140  
MUNICÍPIO: BARRA BONITA  
UF: SP  
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 202.045.360.113  
QUANTIDADE: 11  
ESPÉCIE: VOLUME  
MARCA: [blank]  
NUMERAÇÃO: 20/0388032D  
PESO BRUTO: 136,100  
PESO LÍQUIDO: 136,110

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO														
CODIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM/SH	CST	CFOP	UNID.	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	BC ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALIQ. ICMS	ALIQ. IPI	VLR APROX. TRIBUTOS
027635	COLA ESCOLAR TENAZ 110G CX.C/12 2493647 - HENKEL	35061090	200	5102	CX	1	50,40	50,40	50,40	9,07	0,00	18	0	13,73
006346	ETIQUETA A4 A4367 100 FLS 288,5 X 200,0 MM CX.C/100 A4367 - PIMACO	48219000	000	5102	CX	5	50,00	250,00	250,00	45,00	0,00	18	0	68,13
058153	ETIQUETA PARA CÓDIGO DE BARRAS TERMICA 33X18X30MTS.3CARREIRA ROLO GR1717 - GRESPLAN	48211000	000	5102	RL	3	25,15	75,45	75,45	13,58	0,00	18	0	20,56
002228	FITA CREPE 710 MASK CREPE 18MMX50M PCT.C/06 0615000005 - ADELBRAS	48114110	500	5102	PE	1	17,68	17,68	17,68	3,18	0,00	18	0	4,82
002227	FITA CREPE 710 MASK CREPE 48MMX50M PCT.C/02 0615000009 - ADELBRAS	48114110	500	5102	PE	3	15,55	46,65	46,65	8,40	0,00	18	0	12,71
002309	GRAMPEADOR METAL EAGLE 938 P/100FLS. UNIDADE 290.5300 - SERTIC	84729040	200	5102	UN	1	80,70	80,70	80,70	14,53	0,00	18	0	21,99
002397	GRAMPO PARA GRAMPEADOR 23/13 GALVANIZADO 5000 GRAMPOS CAIXA 9.24.11.26-2 - ACC	83052000	000	5102	CX	3	17,57	52,71	52,71	9,49	0,00	18	0	14,36
025549	GRAMPO PARA GRAMPEADOR 23/8 GALVANIZADO 5000 GRAMPOS CAIXA 9.24.11.14-7 - ACC	83052000	000	5102	CX	3	14,09	42,27	42,27	7,61	0,00	18	0	11,52
002998	LIVRO ATA CAPA DURA OFICIO 100 FOLHAS VERTICAL PCT.C/05 12.059-6 - TILIBRA	48201000	000	5102	PE	1	48,99	48,99	48,99	8,82	0,00	18	0	13,35
004013	LIVRO PROTOCOLO CORRESPOND. 1/4 100 FOLHAS PCT.C/05 5887-9 - SAO DOMINGOS	48201000	000	5102	PE	1	42,42	42,42	42,42	7,64	0,00	18	0	11,56
080000	PAPEL SULFITE A4 CHAMEX 75G 10 PCTX500 FLS CAIXA CMX075CA4 - INTERNATIONAL PAPER	48025610	500	5102	CX	4	156,45	625,80	625,80	112,64	0,00	18	0	170,53
004413	PASTA POLIONDA OFICIO 35MM VERDE NOVAONDA PCT.C/10 020308 - POLIBRAS	42021210	000	5102	PE	1	23,03	23,03	23,03	4,15	0,00	18	0	6,28
026660	PASTA SUSPENSÁ DELLOPLUS HASTE PLAST	48209000	000	5102	PE	10	15,05	150,50	150,50	27,09	0,00	18	0	41,01

**CÁLCULO DO ISSQN**  
INSCRIÇÃO MUNICIPAL: [blank] VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS: [blank] BASE DE CÁLCULO DOS SERVIÇOS: [blank] VALOR DO ISSQN: [blank]

**DADOS ADICIONAIS**  
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES  
CLIENTE: [139642] - CENTRO COVID -Substituto Trib. Inc. VI do Art. 264 ref. Art. 313-U e 313-Z13 do RICSM/SP conf. Regime Especial Eletrônico 2665/2015 - Subst. Calculada Conf. Conv. ICMS 92/2015 e Nota CONFAZ 15/12/2015- -Mercadoria destinada para uso e consumo- [0,99] (5F)(6M) Valor Aproximado dos Tributos: R\$ 623,04 (27,25%). Fonte: IBPT.

RESERVADO AO FISCO  
CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 99/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPAÑA COVID-19

 <p><b>REVAL ATACADO DE PAPELARIA LTDA</b> RUA SANTO ANTONIO Nr., 1699 DISTR. INDUSTRIAL Cep: 17230-000 ITAPUI/SP Fone: 1436649811</p>		<p><b>DANFE</b> Documento Auxiliar da NOTA FISCAL ELETRÔNICA</p> <p>0 - ENTRADA 1 - SAÍDA <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">1</span></p> <p>Nº 005.010.188 SÉRIE: 1 FOLHA: 2/2</p>		 <p>CHAVE DE ACESSO 3520 0852 4341 5600 0184 5500 1005 0101 8811 0002 0041</p> <p>Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e <a href="http://www.nfe.fazenda.gov.br/portal">www.nfe.fazenda.gov.br/portal</a> ou no site da Sefaz Autorizadora</p>										
<p>NATUREZA DA OPERAÇÃO <b>VENDAS</b></p>		<p>PROTÓCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 135200709131728 17/08/2020 21:02:39</p>		<p>CNPJ 52.434.156/0001-84</p>										
<p>INSCRIÇÃO ESTADUAL 377.002.180.114</p>		<p>INSC. EST. DO SUBST. TRIBUTÁRIO</p>		<p>CNPJ</p>										
<p><b>DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO</b></p>														
CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM/SH	CST	CFOP	UNID.	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	BC ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALIQ. ICMS	ALIQ. IPI	VLR APROX. TRIBUTOS
026662	AZUL PCT.C/06 0099.C.0048.2 - DELLO PASTA SUSPENSÁ DELLOPLUS HASTE PLAST PRETA PCT.C/06 0099.P.0048.2 - DELLO	48209000	000	5102	PE	10	15,05	150,50	150,50	27,09	0,00	18	0	41,01
026663	PASTA SUSPENSÁ DELLOPLUS HASTE PLAST VERDE PCT.C/06 0099.T.0048.2 - DELLO	48209000	000	5102	PE	10	15,05	150,50	150,50	27,09	0,00	18	0	41,01
038945	PILHA ALCALINA MÉDIA-C BL.C/02 82156 - ELGIN	85061011	600	5102	BL	10	13,64	136,40	136,40	24,55	0,00	18	0	37,17
040590	PILHA ALCALINA PALITO AAA 10BLISTERSX4UNIDS. CAIXA 82155 - ELGIN	85061019	200	5102	CX	1	64,54	64,54	64,54	11,62	0,00	18	0	17,59
040588	PILHA ALCALINA PEQUENA AA 10BLISTERSX4UNIDS. CAIXA 82153 - ELGIN	85061019	200	5102	CX	2	69,59	139,18	139,18	25,05	0,00	18	0	37,93
014393	PRANCHETA PLÁSTICA OFÍCIO CRISTAL UNIDADE 930-3/CR - ACRIMET	39269090	000	5102	UN	3	13,03	39,09	39,09	7,04	0,00	18	0	10,65
048605	SACO PLÁSTICO EM BOBINA 20X30 PICOTADA 500GR. C/700UN BOBINA 149 - CENTRAL PLAST	39234000	000	5102	BO	8	11,01	88,08	88,08	15,85	0,00	18	0	24,00
056073	VISOR PARA PASTA SUSPENSÁ ETIQUETA BRANCA C/50UN. PACOTE 0121.E0020 - DELLO	48219000	000	5102	PE	3	3,83	11,49	11,49	2,07	0,00	18	0	3,13

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 93/2020  
 FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
 PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
 HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

04/10/2020 - BANCO DO BRASIL - 16:22:11  
306203062 0040

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL  
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.311-1

=====

BANCO DO BRASIL  
=====

00190000090171153600100836777177283800000320000  
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	91.406
NOSSO NUMERO	17115360000836777
CONVENIO	01711536
DATA DE VENCIMENTO	16/09/2020
DATA DO PAGAMENTO	14/09/2020
VALOR DO DOCUMENTO	3.200,00
VALOR COBRADO	3.200,00

=====

NR.AUTENTICACAO A.D2B.350.064.73F.1CA  
=====

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 CONFORME PROCESSO Nº 06/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19



COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA  
 PC: EMBILIO MARCONATO 1000 - NUCLEO RESIDENCIAL DOUTOR JOAO ALDO NASSIF -  
 JAGUARIUNA - SP  
 CEP: 13916-074 - 193525800

DOCUMENTO AUXILIAR DA  
 NOTA FISCAL ELETRONICA

0 - ENTRADA  
 1 - SAÍDA

1

Nº. 1336224 FL 1 / 1  
 SÉRIE 1



CHAVE DE ACESSO  
 3520 0867 7291 7800 0491 5500 1001 3362 2412 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  
 VENDA DENTRO ESTADO

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO  
 135200717072158 19/08/2020 14:53:57

INSCRIÇÃO ESTADUAL  
 395060142110

INSCR. EST. SUBS. TRIBUTÁRIO

CNPJ  
 67.729.178/0004-91

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		CNPJ / CPF 45.349.461/0001-02	DATA DA EMISSÃO 19/08/2020
ENDEREÇO AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303		BAIRRO / DISTRITO JARDIM ARIANO	CEP 16400-400
MUNICÍPIO LINS		FONE / FAX 1836591243	UF SP
		INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DE SAÍDA 19/08/2020

FATURA/DUPLICATA

FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR
1336224/1	16/09/2020	3.200,00						

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS 3.200,00	VALOR DO ICMS 576,00	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST 0,00	VALOR DO ICMS SUBSTITUTO 0,00	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 3.200,00
VALOR DO FRETE 0,00	VALOR DO SEGURO 0,00	VALOR DO DESCONTO 0,00	OUTRAS DESPESAS 0,00	VALOR DO IPI 0,00
				VALOR TOTAL DA NOTA 3.200,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL NIKKEY RIO PRETO LOG. E TRANSP.	FRETE POR CONTA 0 - Por conta do emitente	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ 15.066.184/0001-60
ENDEREÇO R MARIA CERON VOLPE 2260	MUNICÍPIO SAO JOSE DO RIO PRETO			UF SP	INSCRIÇÃO ESTADUAL 647598751114
QUANTIDADE 2,00	ESPÉCIE VOLUME(S)	MARCA	NUMERO 0,00055	PESO BRUTO 12,668	PESO LÍQUIDO 12,668

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / SH	CST	CFOP	UN	QUANT.	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL	B.CALC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALIQUOTAS ICMS	ALIQUOTAS IPI
001909	CEFTRIAXONA 1G IV (BIOQUÍMICO) L: 009017 Q: 400,000 O F: 30/07/20 V: 30/06/2023, nFCI: 26171385-619C-430E-88C5-5D 1500846756	30042059	500	5102	FA	400,00	8,00	3.200,00	3.200,00	576,00	0,00	18,00	0,00

CÁLCULO DO ISSQN

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

DADOS ADICIONAIS

<p>INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES          LOCAL DE ENTREGA: 46374500001328-AVENIDA EURICO GASPAR DUTRA 620 Bairro/Distrito: CENTRO Município: PROMISSAO CEP: 16370000 UF: SP País: BRASIL. PREZADO CLIENTE, FAVOR CONFERIR NO ATO DA ENTREGA - NAO ACEITAREMOS RECLAMACOES APOS 48hs DO RECEBIMENTO. DATA ENTREGA: 20/08/2020 Pedido: 1698532 Autorizacao de Compra(Pedido Cliente): 1698532 *** O pagamento devera ser realizado através do boleto anexo a nota fiscal, caso nao receba entre em contato através do e-mail boletos@rioclarense.com.br ou no telefone (19)3522-5800, Setor de Cobranca Privado. AFE: 1.04397-7 ** AE: 1.22375-2 ** ASS: 1302/16 Validade: 23/01/2021 MODAL: RODOVIARIO / TIPO ENTREGA: EXPRESSA LOCAL DE ENTREGA: Endereço: AVENIDA EURICO GASPAR DUTRA 620 Bairro/Distrito: CENTRO Município: PROMISSAO CEP: 16370000 UF: SP País: BRASIL(Código Interno Emitente: 4768 Nome Fantasia: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL) LOCAL DE ENTREGA: AVENIDA EURICO GASPAR DUTRA 620 Bairro/Distrito: CENTRO Município: PROMISSAO UF: SP País: BRASIL.</p>	<p>RESERVADO AO FISCO</p> <p>CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 05/2020          FONTE DE RECURSO MUNICIPAL          PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS          HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19</p>
---	--

04/10/2020 - BANCO DO BRASIL - 16:22:11  
306203062 0019

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL  
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.311-1

ITAU UNIBANCO S.A.

34191090080491635004650900990008983810000050100

BENEFICIARIO:

SOQUIMICA LABORAT LTDA EP

NOME FANTASIA:

SOQUIMICA LABORAT LTDA EP

CNPJ: 59.225.268/0001-74

PAGADOR:

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICE

CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO 91.407  
DATA DE VENCIMENTO 17/09/2020  
DATA DO PAGAMENTO 14/09/2020  
VALOR DO DOCUMENTO 501,00  
VALOR COBRADO 501,00

NR.AUTENTICACAO 4.D4B.8F8.426.3D9.30F

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 CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19



SOQUIMICA LABORATORIOS LTDA  
 Av. Janio Quadros, 200 - Distrito Industrial Ulisses  
 Guimarães - São José do Rio Preto - SP  
 Fone: 1721393090  
 CEP: 15.092-602

ASSOCIACAO HOSPITALAR  
 DA NOTA FISCAL  
 ELETRONICA  
 0 - ENTRADA  
 1 - SAIDA  
 N° 108845  
 SERIE: 1  
 FL 1/2



Chave de acesso

3520 0859 2252 6800 0174 5500 1000 1088 4512 5007 2958

Consulta de autenticidade no portal da NF-e  
<http://www.nfe.fazenda.gov.br/portal/>

Protocolo de autorização de uso

135200721749609 - 20/08/2020 15:21:09

NATUREZA DA OPERAÇÃO

Venda de mercadoria adquirida ou recebida de terceiros

INSCRIÇÃO ESTADUAL

647.255.349.114

IE SUBST. TRIBUTÁRIO

CNPJ

59.225.268/0001-74

DESTINATÁRIO REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL  
 ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ / CPF  
 45.349.461/0001-02

DATA DE EMISSÃO  
 20/08/2020

ENDEREÇO  
 AV JOSE ARIANO RODRIGUES,303, SALA 03

BAIRRO / DISTRITO  
 JARDIM ARIANO

CEP  
 16400-400

DATA ENTRADA/ SAÍDA

MUNICÍPIO  
 Lins

FONE / FAX  
 183659-1243

UF  
 SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL  
 Isento

HORA DA SAÍDA

FATURA

Fatura: 1 Vencimento: 17/09/2020 Valor: 501,00

CALCULO DO IMPOSTO

BASE DE CALCULO DO ICMS 501,00	VALOR DO ICMS 71,70	BC ICMS SUBSTITUIÇÃO 0,00	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO 0,00	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 501,00
VALOR DO FRETE 0,00	VALOR DO SEGURO 0,00	DESCONTO 0,00	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS 0,00	VALOR DO IPI 0,00
				VALOR TOTAL DA NOTA 501,00

TRANSPORTADOR/ VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL NIKKEY RIO PRETO LOGISTICA E TRANSPORTES LTDA ME	FRETE POR CONTA 0 - EMITENTE 1 - DESTINATÁRIO 0	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF SP	CNPJ / CPF 15.066.184/0001-60
ENDEREÇO RUA MARIA CERON VOLPE 2260 JARDIM PASCUTTI 15077020	MUNICÍPIO São José do Rio Preto			INSCRIÇÃO ESTADUAL 647598751114	
QUANTIDADE 1	ESPECIE CAIXA	MARCA SOQUIMICA	NUMERAÇÃO 0	PESO BRUTO 0,000000 Kg	PESO LÍQUIDO 0,000000 Kg

DADOS DO PRODUTO/ SERVIÇO

COD. PROD	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/ SERVIÇO	NCM	CST	CFOP	UNID	QUANT.	V. UNITARIO	V. TOTAL	BC ICMS	V ICMS	V IPI	ALIQ ICMS	ALIQ IPI
00020176	BROMOPRIDA 10mg cx 50 amp 2ml generico - WASSER FARMA PMC 0 Total aproximado de tributos R\$ 21,84  PIS e COFINS alíquota zero – monofásico, Lei nº 10.147/00  Nº Lote: WFF18070 Qtd: 4,00 Fab:01/07/2018 Val: 31/07/2022	3004.90.45	0.00	5102	UN	4,000000 200	45,500000	182,00	182,00	21,84	0,00	12,00	0,00
00016172	ONDANSETRONA 8mg cx 50 amp 4ml generico - HYPOFARMA PMC 0,00 Total aproximado de tributos R\$ 15,12  PIS e COFINS alíquota zero – monofásico, Lei nº 10.147/00  Nº Lote: 20040218 Qtd: 2,00 Fab:20/04/2020 Val: 30/04/2022	3003.90.99	0.00	5102	UN	2,000000 100	63,000000	126,00	126,00	15,12	0,00	12,00	0,00
00014265	PROMETAZOL 50mg cx 100 amp 2ml - SANVAL PMC 145,88 Total aproximado de tributos R\$ 29,34  PIS e COFINS alíquota zero – monofásico, Lei nº 10.147/00	3004.10.12	0.00	5102	UN	1,000000 100	163,000000	163,00	163,00	29,34	0,00	18,00	0,00

CÁLCULO DO ISSON

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

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

LOCAL DE ENTREGA: AV. LEANDRO RATISBONA DE MEDEIROS, 880, VILLAGE PENAPOLIS/SP. CEP: 16300-000  
 Total aproximado de tributos R\$ 71,70  
 Nº de Pedido 90391  
 Banco Itaú AG: 0045 CC: 09009-9 SoQuímica

RESERVADO AO FISCO

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
 PONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
 PREFEITURA MUNICIPAL DE PENAPOLIS  
 HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

**Identificação do emitente**

SOQUÍMICA LABORATÓRIOS LTDA  
 Avenida Janio Quadros, 200 - Distrito Industrial Ulisses  
 Guimarães - São José do Rio Preto - SP  
 Fone: 1721393090  
 CEP: 15.092-602

**DANFE**

DOCUMENTO AUXILIAR  
 DA NOTA FISCAL  
 ELETRÔNICA

0 - ENTRADA  
 1 - SAÍDA

1

Nº 108845  
 SERIE: 1  
 FL 2 / 2



Chave de acesso

3520 0859 2252 6800 0174 5500 1000 1088 4512 5007 2958

Consulta de autenticidade no portal da NF-e  
<http://www.nfe.fazenda.gov.br/portal/>

Protocolo de autorização de uso

135200721749609 - 20/08/2020 15:21:09

**NATUREZA DA OPERAÇÃO**

Venda de mercadoria adquirida ou recebida de terceiros

**INSCRIÇÃO ESTADUAL**

647.255.349.114

**IE SUBST. TRIBUTARIO****CNPJ**

59.225.268/0001-74

**FATURA**

Fatura: 1 Vencimento: 17/09/2020 Valor: 501,00

**DADOS DO PRODUTO / SERVIÇO**

COD. PROD.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM	CST	CFOP	UNID.	QUANT.	V. UNITARIO	V. TOTAL	BC ICMS	V. ICMS	V. IPI	ALIQ. ICMS	ALIQ. IPI
	Nº Lote: AX853 Qtde: 1,00 Fab: 30/01/2020 Val: 30/12/2021												
00020280	SCALP 23G com sistema de segurança tubo 15cm luer lock cx 100 un - SCALFIX Total aproximado de tributos R\$ 5,40	9018.39.29	6.00	5102	UN	2,000000	15,000000	30,00	30,00	5,40	0,00	18,00	0,00
	Nº Lote: 18138 Qtde: 2,00 Fab: 01/04/2019 Val: 30/03/2024					200							

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
 FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
 PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
 HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

04/10/2020 - BANCO DO BRASIL - 16:22:11  
306203062 0018

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL  
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.311-1

=====

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

=====

03399484570130000094851086501049183810001423910

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 91.408

DATA DE VENCIMENTO 17/09/2020

DATA DO PAGAMENTO 14/09/2020

VALOR DO DOCUMENTO 14.239,10

VALOR COBRADO 14.239,10

=====

NR.AUTENTICACAO A.504.B65.A88.938.8A7

=====

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 CONFORME PROCESSO Nº 06/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19





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

Avenida Tower Automotiva - Galpao 26,  
300 - Laranja Azeda - ARUJA, SP,  
CEP:07430350, Fone:0000-0000-0000

DOCUMENTO AUXILIAR  
DA NOTA FISCAL  
ELETRÔNICA

0-ENTRADA 1  
1-SAIDA 1

Nº 111009  
SERIE 1  
FOLHA 1/2



CHAVE DE ACESSO  
3520 0811 2060 9900 0441 5500 1000 1110 0910 0035 1306

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

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

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO  
135200722732984 20/08/2020 19:01:38

INSCRIÇÃO ESTADUAL  
188.070.970.117

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO

CNPJ  
11.206.099/0004-41

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

ENDEREÇO  
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03

BAIRRO/DISTRITO  
JARDIM ARIANO

MUNICÍPIO  
LINS

UF  
SP

CEP  
16400-400

DATA ENTRADA/SAÍDA  
20 AGO. 2020

FATURA / DUPLICATA	DATA EMISSÃO	VALOR
001	17/09/2020	14.239,10

CÁLCULO DO IMPOSTO	
BASE DE CÁLCULO DO ICMS 14.239,10	VALOR DO ICMS 1.766,19
BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO 0,00
VALOR DO ICMS 0,00	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 14.239,10
VALOR DO FRETE 0,00	VALOR DO SEGURO 0,00
DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS 0,00
	VALOR TOTAL DO IPI 0,00
	VALOR TOTAL DA NOTA 14.239,10

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL  
ATIVA DISTRIBUICAO E LOGISTICA LTDA

ENDEREÇO  
RUA SALVADOR RODRIGUES PRADO, 200

QUANTIDADE 28 ESPÉCIE CAIXA MARCA NÚMERO PESO BRUTO 187,20 PESO LÍQUIDO 187,20

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
3422	AGUA P/ INJEÇÃO 200AMP 10ML PL-EQUIPLEX LT 2031023 (10) 05/2022 (Fornecedor: 104, Lote: 2031023, Qtde: 10, Data Fab: 01/05/2020, Data Val: 31/05/2022)	30049099	000	5102	CX	2000	60,1070	601,07	601,07	108,19		18,00	
25052	CISTEIL 600MG 50ENV-GEOLAB LT 1909441 (4) 09/2021 (Fornecedor: 10112, Lote: 1909441, Qtde: 4, Data Fab: 01/09/2019, Data Val: 30/09/2021)	30049099	000	5102	CX	200	36,6975	146,79	146,79	26,42		18,00	
22043	CARVEDILOL 6,25MG 30CP GEN-EMS LT 1T7449 (2) 04/2022 (Fornecedor: 335, Lote: 1T7449, Qtde: 2, Data Fab: 30/04/2020, Data Val: 30/04/2022)	30049099	000	5102	CX	60	2,4900	4,98	4,98	0,60		12,00	
14080	CLOR.DE SODIO 0,9% 200AMP 10ML PL-FARMACE LT 20F10675D (1) 06/2022 (Fornecedor: 238-5, Lote: 20F10675D, Qtde: 1, Data Fab: 01/06/2020, Data Val: 30/06/2022)	30039099	000	5102	CX	200	69,8700	69,87	69,87	12,58		18,00	
19247	CLOREX DEGERM 2% 100ML CX C/24-VICPHARMA LT M27083 (1) 04/2023 (Fornecedor: 7744, Lote: M27083, Qtde: 1, Data Fab: 01/04/2020, Data Val: 30/04/2023)	30039099	000	5102	CX	24	47,4500	47,45	47,45	8,54		18,00	

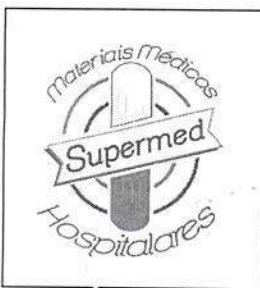
DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES  
#R1V1R2V1R6V26||COVID  
Pedido: 111218  
End. Entrega: AV GENERAL EURICO G.DUTRA,620, CENTRO - 16370-000, PROMISSAO-SP -  
Horario : COMERCIAL  
Empresa credenciada no Regime Especial de Distribuidor Hospitalar 036035/2018 nos termos da Portaria CAT 116/2017  
Setor de Cobrança: (11)4934-1669 / 4934-1673 / 4934-1671  
QUALQUER INCONFORMIDADE NA ENTREGA, ENTRE IMEDIATAMENTE EM CONTATO COM NOSSO PÓS-VENDAS NO NÚMERO (11) 4934-1703  
Rota.....: 3 Cubagem: 0,54

RESERVADO AO FISCO

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
FONTES DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

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



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

Avenida Tower Automotive - Galpao 26,  
300 - Laranja Azeda - ARUJA, SP,  
CEP:07430350, Fone:0000-0000-0000

**DANFE**

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA 1

1-SA JA

Nº 111009

SERIE 1

FOLHA 2/2



CHAVE DE ACESSO

3520 0811 2060 9900 0441 5500 1000 1110 0910 0035 1306

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

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

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO

135200722732984 20/08/2020 19:01:38

INSCRIÇÃO ESTADUAL  
188.070.970.117

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO

CNPJ

11.206.099/0004-41

**DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS**

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UND.	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL ICMS	AL IPI
23134	DERMAEX AGE 100ML C/24-NUTRIEX LT 1912241 (1) 12/2021 (Fornecedor: 2612, Lote: 1912-241, Qtde: 1 ,Data Fab: 09/12/2019, Data Val: 09/12/2021)	15121919	000	5102	CX	24	49,2500	49,25	49,25	8,86		18,00	
12157	DEXAMETASONA 4MG 100AMP 2,5ML GEN-FARMACE LT DX20D031 (5) 04/2022 (Fornecedor: 2385, Lote: DX20D031, Qtde: 5 ,Data Fab: 01/04/-2020, Data Val: 30/04/2022)	30039099	000	5102	CX	500	200,0000	1.000,00	1.000,00	120,00		12,00	
28605	HIDROCLOROTIAZIDA 25MG 30CP GEN-MEDQUIM LT 000178 (1) 02/2022 (Fornecedor: 7981, Lote: 000178, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/02/2020, Data Val: 28/02/2022)	30049079	000	5102	CX	30	0,6300	0,63	0,63	0,08		12,00	
13324	MIDAZOLAM(B1) 5MG/ML 100AMP 10ML GEN-HIPO-LABOR (PORT.344/98) LT AP-272/20 (5) 06/2-022 (Fornecedor: 1898, Lote: AP-272/20, Qtde: 5 ,Data Fab: 01/07/2020, Data Val: 30/06/2022)	30049099	000	5102	CX	500	2.131,2120	10.656,06	10.656,06	1.278,73		12,00	
24052	OMENAX 20MG 490CAPS BLISTER-GEOLAB LT 200-4727 (1) 04/2022 (Fornecedor: 10112, Lote: 2004727, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/04/2020, Data Val: 30/04/2022)	30049069	000	5102	CX	490	43,9100	43,91	43,91	7,91		18,00	
16772	SOL.CL.DE SODIO 0,9% 100ML 70FRA-EQUIPLE LT 2012773 (10) 05/2022 (Fornecedor: 104, Lote: 2012773, Qtde: 10 ,Data Fab: 01/05/-2020, Data Val: 31/05/2022)	30049099	000	5102	CX	700	136,3550	1.363,55	1.363,55	163,63		12,00	
12448	SOL.CL.DE SODIO 0,9% 40FR 250ML-SANOBIOL LT 20030687 (3) 03/2022 (Fornecedor: 2591, Lote: 20030687, Qtde: 3 ,Data Fab: 10/03/-2020, Data Val: 10/03/2022)	30049099	000	5102	CX	120	85,1800	255,54	255,54	30,65		12,00	

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 99/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

04/10/2020 - BANCO DO BRASIL - 16:22:11  
306203062 0020

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL  
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.311-1

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

03399484570130000094851088101046783810000098060

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	91.409
DATA DE VENCIMENTO	17/09/2020
DATA DO PAGAMENTO	14/09/2020
VALOR DO DOCUMENTO	980,60
VALOR COBRADO	980,60

-----  
NR.AUTENTICACAO 4.FDD.672.E81.4C4.BBD  
-----

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 CONFORME PROCESSO Nº 66/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19



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

Rua Projetada, s/n, Itaim - CÂMBUI, MG,  
CEP:37600000, Fone:0000-0000-0000

**UNFPE**  
DOCUMENTO AUXILIAR  
DA NOTA FISCAL  
ELETRÔNICA

0-ENTRADA 1  
1-SAIDA 1

Nº 462808  
SERIE 1  
FOLHA 1/1



CHAVE DE ACESSO  
3120 0811 2060 9900 0107 5500 1000 4628 0810 0036 4127

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO  
Venda a não contribuinte

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO  
131203790072028 20/08/2020 16:30:41

INSCRIÇÃO ESTADUAL  
001.771.1480296

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO  
813.020.011.119

CNPJ  
11.206.099/0001-07

DESTINATÁRIO / REMETENTE

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

CNPJ/CPF  
45.349.461/0001-02

DATA DA EMISSÃO  
20/08/2020

ENDEREÇO  
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03

BAIRRO/DISTRITO  
JARDIM ARIANO

CEP  
16400-400

DATA ENTRADA/SAIDA  
20 AGO 2020

MUNICÍPIO  
LINS

FONE/FAX  
1435325198

UF  
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAIDA

FATURA / DUPLICATA

001 17/09/2020 980,60

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
980,60	117,67	0,00	0,00	980,60
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI
0,00	0,00		0,00	0,00
				VALOR TOTAL DA NOTA
				980,60

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL ATIVA DISTRIBUICAO E LOGISTICA LTDA	FRETE POR CONTA 0 - DO EMITENTE	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEICULO	UF	CNPJ/CPF 01125797000540
ENDEREÇO AVENIDA PREFEITO OLAVO GOMES DE OLIVEIRA, 6730	MUNICÍPIO POUSO ALEGRE	UF MG	INSCRIÇÃO ESTADUAL 5250929840006		
QUANTIDADE 2	ESPÉCIE CAIXA	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
				11,89	11,89

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
12626	BICARB.SODIO 8,4% 35FR 250ML-HYPOFARMA LT 20060941 (1)06/22 (Fornecedor: 4, Lote: 20060941, Qtde: 1 ,Data Fab: 17/07/2020, Data Val: 30/06/2022)	30039099	000	6108	CX	1	950.0000	950,00	950,00	114,00		12,00	
21675	LOSARTANA POTAS.50MG 30CP REVEST.- GEN-EMS LT 177854 (4)06/22 (Forneced- dor: 335, Lote: 177854, Qtde: 4 ,Data Fab: 01/06/2020, Data Val: 30/06/2022)	30049099	500	6108	CX	4	6.0000	24,00	24,00	2,88		12,00	
28401	ACIDO ACETILS. INF 10- 0MG 30CP GEN-EMS LT 106373 (3)12/21 (Fornecedor: 335, Lote: 106373, Qtde: 3 ,Data Fab: 30/12/2019, Data Val: 30/12/20- 21)	30049024	500	6108	CX	3	2.2000	6,60	6,60	0,79		12,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

COVID# R 41/7  
Emenda Constitucional 87 de 2015:  
Valor da partilha para UF de Destino: R\$ 58,84  
Pedido: 430924  
End. Entrega: AV GENERAL EURICO G.DUTRA,620 , CENTRO - 16370-000, PROMISSAO-SP -  
Horario : COMERCIAL  
Empresa Enquadrada como Dist. Hospitalar nos termos do Inc. XVII do art. 222 do  
RICMS/MG  
Setor de Cobrança: (11)4934-1669 / 4934-1673 / 4934-1671  
QUALQUER INCONFORMIDADE NA ENTREGA, ENTRE IMEDIATAMENTE EM CONTATO COM NOSSO  
PÓS-VENDAS NO NÚMERO (11) 4934-1703  
Rota.....: 3 Cubagem: 0,03

RESERVADO AO FISCO

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

Mercaçõrias avariadas, ou faltas  
serão repostas se forem relacionadas  
no conhecimento de transportes.

04/10/2020 - BANCO DO BRASIL - 16:22:11  
306203062 0017

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL  
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.311-1

=====

BANCO DO BRASIL

00190000090171153600100837318179183810000960598

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	91.410
NOSSO NUMERO	17115360000837318
CONVENIO	01711536
DATA DE VENCIMENTO	17/09/2020
DATA DO PAGAMENTO	14/09/2020
VALOR DO DOCUMENTO	9.605,98
VALOR COBRADO	9.605,98

=====

NR.AUTENTICACAO	5.976.359.0F6.90F.5B1
-----------------	-----------------------

=====

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 CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

Identificação do emitente



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

DOCUMENTO AUXILIAR DA  
NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA 1  
1 - SAÍDA 1  
Nº. 1336860 FL 1 / 2  
SÉRIE 1



CHAVE DE ACESSO  
3520 0867 7291 7800 0491 5500 1001 3368 6011 8242 3999

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO  
VENDA DENTRO ESTADO

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO  
135200722101164 20/08/2020 16:23:13

INSCRIÇÃO ESTADUAL  
395060142110

INSCR. EST. SUBS. TRIBUTARIO

CNPJ  
67.729.178/0004-91

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL  
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL  
CNPJ / CPF  
45.349.461/0001-02  
DATA DA EMISSÃO  
20/08/2020  
ENDEREÇO  
AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303  
BAIRRO / DISTRITO  
JARDIM ARIANO  
CEP  
16400-400  
DATA DA ENTRADA/SAÍDA  
20/08/2020  
MUNICIPIO  
LINS  
FONE / FAX  
1836591243  
UF  
SP  
INSCRIÇÃO ESTADUAL  
HORA DE SAÍDA

FATURA/DUPLICATA

FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR
1336860/1	17/09/2020	9.605,98						

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUTO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS	
9.485,00	1.519,97	0,00	0,00	9.605,98	
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	VALOR DO DESCONTO	OUTRAS DESPESAS	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	9.605,98

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL  
NIKKEY RIO PRETO LOG. E TRANSP.  
FRETE POR CONTA  
0 - Por conta do emitente  
CÓDIGO ANTT  
PLACA DO VEICULO  
UF  
CNPJ  
15.066.184/0001-60  
ENDEREÇO  
R MARIA CERON VOLPE 2.250  
MUNICIPIO  
SAO JOSE DO RIO PRETO  
UF  
SP  
INSCRIÇÃO ESTADUAL  
647598751114  
QUANTIDADE  
6,00  
ESPÉCIE  
VOLUME(S)  
MARCA  
NUMERO  
0,09868  
PESO BRUTO  
49,655  
PESO LIQUIDO  
49,655

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / SH	CST	CFOP	UN	QUANT.	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL	B.CALC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALIQUOTAS ICMS	ALIQUOTAS IPI
011885	CLINDAMICINA 600MG.FOSFATO (HIPOLABOR) (ITEM GENÉRICO) L: AA-033/20 Q: 200,0000 F: 12/05/20 V: 30/04/2022. nFCI BD7A77BA-119F-4AFD-9E2E-98FD0205AF16	30032099	500	5102	AP	200,00	2,24	448,00	448,00	53,76	0,00	12,00	0,00
027951	DOBUTAMINA 250MG, CLORIDRATO (HYPOFARMA) (ITEM GENÉRICO) L: 20050875 Q: 50,0000 F: 30/06/20 V: 30/05/2022	30039099	000	5102	AP	50,00	7,0488	352,44	352,44	42,29	0,00	12,00	0,00
025527	HIDROCORTISONA 500MG.SUCCINATO SODICO (NOVAFAR /FRESEN) L: 78PD1515 Q: 100,0000 F: 23/04/20 V: 23/04/2022	30043210	000	5102	FA	100,00	5,28	528,00	528,00	95,04	0,00	18,00	0,00
030019	OMEPRAZOL 40MG F-A (UNIAO QUIMICA) L: 2024882 Q: 150,0000 F: 22/06/20 V: 30/06/2022	30049069	000	5102	FR	150,00	23,30	3.495,00	3.495,00	629,11	0,00	18,00	0,00
019304	PIPERACILINA 4,0G + TAZOBACTAM 0,5G (NOVAFAR/FRESEN) (ITEM GENÉRICO) L: 78PD1467 Q: 100,0000 F: 09/04/20 V: 09/04/2022	30041019	000	5102	FA	100,00	21,40	2.140,00	2.140,00	256,80	0,00	12,00	0,00
024724	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 250ML S.FECHADO (EUROFARMA) L: 674423 Q: 90,0000 F: 29/04/20 V: 29/04/2022	30049099	000	5102	FR	90,00	2,02	181,80	181,80	21,82	0,00	12,00	0,00
030969	FILTRO BACTERIANO VIRAL (BE CARE) L: 200318 Q: 5 0,0000 F: 18/03/20 V: 18/03/2025	90192010	200	5102	PC	50,00	8,0553	402,77	402,77	72,50	0,00	18,00	0,00

CÁLCULO DO ISSQN

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

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES  
LOCAL DE ENTREGA: 46374500001328-AVENIDA EURICO GASPAR DUTRA 620 Bairro/Distrito: CENTRO Município: PROMISSAO CEP: 16370000 UF: SP País: BRASIL. PREZADO CLIENTE, FAVOR CONFERIR NO ATO DA ENTREGA - NAO ACEITAREMOS RECLAMACOES APOS 48hs DO RECEBIMENTO DATA ENTREGA: 21/08/2020 Pedido: 1700215 Autorizacao de Compra(Pedido Cliente): 1700215 \*\*\* 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: 104397-7 \*\* 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: AVENIDA EURICO GASPAR DUTRA 620 Bairro/Distrito: CENTRO Município: PROMISSAO CEP: 16370000 UF: SP País: BRASIL(Código Interno Emitente: 4768 Nome Fantasia: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL) LOCAL DE ENTREGA: AVENIDA EURICO GASPAR DUTRA 620 Bairro/Distrito: CENTRO Município: PROMISSAO UF: SP País: BRASIL

RESERVADO AO FISCO

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

Identificação do emitente



**COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA**  
 PC: EMILIO MARCONATO 1000 - NUCLEO RESIDENCIAL DOUTOR JOAO ALDO NASSIF -  
 JARDIM ARIUNA - SP  
 CUP: 13916.074 - 1935225800

**DANFE**

DOCUMENTO AUXILIAR DA  
 NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA  
 1 - SAÍDA

1

Nº: **1336860** FL 2 / 2  
 SÉRIE 1



CHAVE DE ACESSO

**3520 0867 7291 7800 0491 5500 1001 3368 6011 8242 3999**

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

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

**135200722101164 20/08/2020 16:23:13**

NATUREZA DA OPERAÇÃO

**VENDA DENTRO ESTADO**

INSCRIÇÃO ESTADUAL

**395060142110**

INSCR. EST. SUBS. TRIBUTÁRIO

CNPJ

**67.729.178/0004-91**

**DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS**

CÓDIGO	DESCRIÇÃO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / SH	CST	CFOP	UN	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	B.CALC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTAS	
												ICMS	IPI
031538	FILTRO BACTERIANO VIRAL PARA RESPIRADOR (AMERI CAN INSTRU) L: 000109 Q: 50,0000 F: 11/05/20 V: 11/05/2022	90192010	000	5102	PC	50,00	22,9779	1.148,90	1.148,90	206,80	0,00	18,00	0,00
030404	FIXADOR DE CATETER PERIFERICO ESTERIL (3M) L: 2008 700283 Q: 100,0000 F: 20/03/20 V: 30/03/2022, nFCI: 1562D259-4CC6-4ED7-99DC-B04A78A776CA	30051090	500	5102	PC	100,00	1,3729	137,29	137,29	24,71	0,00	18,00	0,00
023163	SONDA ALIMENTACAO ENTERAL C/GUIA No12 (SOLUMED ) L: 5215 Q: 15,0000 F: 30/07/20 V: 30/07/2022 *Isenção conf: Anexo I, Art. 14, RICMS/2000-SP (Conv.01/99)	90183921	040	5102	PC	15,00	8,0652	120,98	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
000701	SONDA FOLEY 2 VIAS 30CC No 16 (LABOR IMPORT/SO) L: 09320011 Q: 20,0000 F: 30/01/20 V: 30/01/2025	90183921	700	5102	PC	20,00	3,04	60,80	60,80	10,94	0,00	18,00	0,00
030366	TIRAS REAGENTES N/INDIV (MEDLEVENSOHN) L: 1290549 Q: 1.000,0000 F: 08/01/20 V: 07/01/2022	38220090	700	5102	TI	1.000,00	0,59	590,00	590,00	106,20	0,00	18,00	0,00

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
 FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
 PREFEITURA MUNICIPAL DE PENAPOLIS  
 HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

04/10/2020 - BANCO DO BRASIL - 16:22:11  
306203062 0009

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL  
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.311-1

=====

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

=====

03399484570130000094851087301043983810000038489

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	91.411
DATA DE VENCIMENTO	17/09/2020
DATA DO PAGAMENTO	14/09/2020
VALOR DO DOCUMENTO	884,89
VALOR COBRADO	884,89

=====

NR.AUTENTICACAO F.99D.352.C12.6D1.B39

=====

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 CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19





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

Rua Projetada, s/n, Itaim - CÂMBUI, MG, CEP:37600000, Fone:0000-0000-0000

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA 1-SAIDA **1**

Nº 462807  
SERIE 1  
FOLHA 1/1



CHAVE DE ACESSO  
3120 0811 2060 9900 0107 5500 1000 4628 0710 0059 1592

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO  
Venda a nao contribuinte

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO  
13120379007201 20/08/2020 16:30:40

INSCRIÇÃO ESTADUAL  
001.771.1480296

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO  
813.020.011.119

CNPJ  
11.206.099/0001-07

DESTINATÁRIO / REMETENTE

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

CNPJ/CPF  
45.349.461/0001-02

DATA DA EMISSÃO  
20/08/2020

ENDEREÇO  
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03

BAIRRO/DISTRITO  
JARDIM ARIANO

CEP  
16400-400

DATA ENTRADA/SAIDA  
20 AGO 2020

MUNICÍPIO  
LINS

FONE/FAX  
1435325198

UF  
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAIDA

FATURA / DUPLICATA

001 17/09/2020 884,89

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
884,89	106,19	0,00	0,00	884,89
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI
0,00	0,00			0,00
				VALOR TOTAL DA NOTA
				884,89

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL  
ATIVA DISTRIBUICAO E LOGISTICA LTDA

FRETE POR CONTA  
0 - DO EMITENTE

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ/CPF  
01125797000540

ENDEREÇO  
AVENIDA PREFEITO OLAVO GOMES DE OLIVEIRA, 6730

MUNICÍPIO  
POUSO ALEGRE

UF  
MG

INSCRIÇÃO ESTADUAL  
5250929840006

QUANTIDADE  
8

ESPÉCIE  
CAIXA

MARCA

NUMERO

PESO BRUTO  
30,27

PESO LÍQUIDO  
30,27

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
26822	CAMPO OP.45X50 18GR C/CADAR.S/RX C/50 VA-LENTINNA AMERICA LT 1765 (5)02/25 (Fornecedor: 1462, Lote: 1765, Qtde: 5 ,Data Fab: 21/02/2020, Data Val: 21/02/2025)	30059090	000	6108	PCT	5	42.7420	213,71	213,71	25,65		12,00	
23207	C.G.7,5 X 7,5 11F EST.C/05 CX.400 - EURO LT 26688 (2)04/24 32406 (1)10/24 (Fornecedor: 4, Lote: 26688, Qtde: 2 ,Data Fab: 18/06/2019, Data Val: 30/04/2024 / Fornecedor: 19952, Lote: 32406, Qtde: 1 ,Data Fab: 08/10/2019, Data Val: 08/10/2024)	30059090	000	6108	CX	3	100,3333	301,00	301,00	36,12		12,00	
25489	FRALDA AD.EXTRA GDE.C/07 C/10-SLIM GERIATRIC LT 3101001 (4)01/23 (Fornecedor: 7983, Lote: 3101001, Qtde: 4 ,Data Fab: 13/01/2020, Data Val: 13/01/2023)	96190000	000	6108	FD	4	79,6700	318,68	318,68	38,24		12,00	
20421	CUR.HIDROCO.REGULAR 10X10CM C/10-CASEX REF.H110 LT C06020 (1)06/23 (Fornecedor: 1003, Lote: C06020, Qtde: 1 ,Data Fab: 25/06/2020, Data Val: 25/06/2023)	30051090	000	6108	CX	1	51,5000	51,50	51,50	6,18		12,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

COVID# R 41 5

Emenda Constitucional 87 de 2015:

Valor da partilha para UF de Destino: R\$ 53,09

Pedido: 430919

End. Entrega: AV GENERAL EURICO G.DUTRA,620 , CENTRO - 16370-000, PROMISSAO-SP -

Horario : COMERCIAL

Empresa Enquadrada como Dist. Hospitalar nos termos do Inc. XVII do art. 222 do RICMS/MG

Setor de Cobrança: (11)4934-1669 / 4934-1673 / 4934-1671

QUALQUER INCONFORMIDADE NA ENTREGA, ENTRE IMEDIATAMENTE EM CONTATO COM NOSSO PÓS-VENDAS NO NÚMERO (11) 4934-1703

Rota....: 3 Cubagem: 0,36

RESERVADO AO FISCO

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020

FONTE DE RECURSO MUNICIPAL

PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS

HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

Mercadorias avariadas, ou faltas serão repostas se forem relacionadas no conhecimento de transportes.

04/10/2020 - BANCO DO BRASIL - 16:22:41  
306203062 0021

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL  
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.211-1

=====

BANCO DO BRASIL

0019000009013048400000837271170883810000096000

BENEFICIARIO:  
COMERCIAL C RIOCLARENSE LTDA

NOME FANTASIA:

COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTD

CNPJ: 67.729.178/0002-20

PAGADOR:

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE D

CNPJ: 45.349.461/0001-02

-----

NR. DOCUMENTO 91.412

NOSSO NUMERO 13048400000837271

CONVENIO 01304840

DATA DE VENCIMENTO 17/09/2020

DATA DO PAGAMENTO 14/09/2020

VALOR DO DOCUMENTO 960,00

VALOR COBRADO 960,00

-----

NR.AUTENTICACAO 3.5B2.EAF.395.7CE.659

-----

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 CONFORME PROCESSO Nº 00/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

# Rioclareense

COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA  
RUA PAULO COSTA 140 - DISTRITO INDUSTRIAL JARDIM PIEMONT SUL - BETIM - MG  
CEP 32609-712 - 313494300

DOCUMENTO AUXILIAR DA  
NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA 1  
1 - SAÍDA 1  
Nº: 0552196 FL 1 / 1  
SÉRIE 1



CHAVE DE ACESSO

3120 0867 7291 7800 0220 5500 1000 5521 9619 4572 1522

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

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

131203789994210 20/08/2020 15:49:05

NATUREZA DA OPERAÇÃO

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

INSCRIÇÃO ESTADUAL

0629965800021

INSCR EST SUBS TRIBUTARIO

813016120116

CNPJ

67.729.178/0002-20

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ / CPF

45.349.461/0001-02

DATA DA EMISSÃO

20/08/2020

ENDEREÇO

AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303

BAIRRO / DISTRITO

JARDIM ARIANO

CEP

16400-400

DATA DA ENTRADA/SAIDA

20/08/2020

MUNICÍPIO

LINS

FONE / FAX

1836591243

UF

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DE SAIDA

FATURA/DUPLICATA

FATURA/DUPLIC

VENCIMENTO

VALOR

FATURA/DUPLIC

VENCIMENTO

VALOR

FATURA/DUPLIC

VENCIMENTO

VALOR

0552196/1

17/09/2020

960,00

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS

960,00

VALOR DO ICMS

115,20

BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST

0,00

VALOR DO ICMS SUBSTITUTO

0,00

VALOR TOTAL DOS PRODUTOS

960,00

VALOR DO FRETE

0,00

VALOR DO SEGURO

0,00

VALOR DO DESCONTO

0,00

OUTRAS DESPESAS

0,00

VALOR DO IPI

0,00

VALOR TOTAL DA NOTA

960,00

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL

ATIVA DISTR E LOGISTICA LTDA

FRETE POR CONTA

0 - Por conta do emitente

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEICULO

UF

CNPJ

01.125.797/0008-02

ENDEREÇO

AV APIO CARDOSO 3115

MUNICÍPIO

CONTAGEM

UF

MG

INSCRIÇÃO ESTADUAL

0620929840177

QUANTIDADE

1,00

ESPÉCIE

VOLUME(S)

MARCA

NUMERO

0,00000

PESO BRUTO

0,854

PESO LÍQUIDO

0,854

DADOS DOS PRODUTOS/SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / SH	CST	CFOP	UN	QUANT.	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL	B CALC ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTAS
021223	NOREPINEFRINA 8MG, HEMITARTARATO (HIPOLABOR) (1 TEM GENERICO) L. AB-066/20 Q. 100,0000 F. 30/07/20 V. 30/06/2022, nFCI: 91D0489B-DAC6-4E80-8171-5AA7E69CC121	30049099	500	6108	AP	100,00	9,60	960,00	960,00	115,20	0,00	2,00 0,00

CÁLCULO DO ISSQN

INSCRIÇÃO MUNICIPAL

1282010014

VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS

0,00

BASE DE CÁLCULO DO ISSQN

0,00

VALOR DO ISSQN

0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

LOCAL DE ENTREGA: 46374500001328-AVENIDA EURICO GASPAR DUTRA 620 Bairro/Distrito: CENTRO Município: PROMISSAO CEP: 16370000 UF: SP País: BRASIL. PREZADO CLIENTE, FAVOR CONFERIR NO ATO DA ENTREGA - NAO ACEITAMOS RECLAMACOES APOS 48hs DO RECEBIMENTO. DATA ENTREGA: 21/08/2020 Pedido: 1700233 Autorizacao de Compra(Pedido Cliente): 1700233 \*\*\* 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: 104397.7 \*\* AE: 121715.1 \*\* AAS: 0342/2019 Validade: 08/07/2020 MODAL: RODOVIARIO / TIPO ENTREGA: EXPRESSA LOCAL DE ENTREGA. Endereço: AVENIDA EURICO GASPAR DUTRA 620 Bairro/Distrito: CENTRO Município: PROMISSAO CEP: 16370000 UF: SP País: BRASIL(Código Interno Emitente: 4768 Nome Fantasia: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL) LOCAL DE ENTREGA: AVENIDA EURICO GASPAR DUTRA 620 Bairro/Distrito: CENTRO Município: PROMISSAO UF: SP País: BRASIL.

RESERVADO AO FISCO

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
FUNTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

04/10/2020 - BANCO DO BRASIL - 16:22:11  
306203062 0622

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL  
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.311-1

=====

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

=====

03399484570130000094856344601044983820001751277

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	91.413
DATA DE VENCIMENTO	18/09/2020
DATA DO PAGAMENTO	14/09/2020
VALOR DO DOCUMENTO	17.512,77
VALOR COBRADO	17.512,77

=====

NR.AUTENTICACAO 6.30F.6B1.7CC.973.713

=====

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 CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19



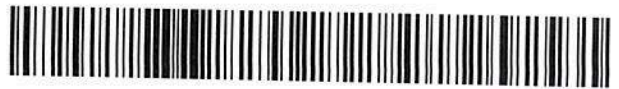
**SUPERMED COM. E IMP. DE PROD. MED. E HOSPIT. LTDA**

Avenida Tower Automotive - Galpao 26,  
300 - Laranja Azeda - ARUJA, SP,  
CEP:07430350, Fone:0000-0000-0000

DOCUMENTO AUXILIAR  
DA NOTA FISCAL  
ELETRÔNICA

0-ENTRADA 1  
1-SAIDA 1

Nº 111340  
SERIE 1  
FOLHA 1/3



CHAVE DE ACESSO  
3520 0811 2060 9900 0441 5500 1000 1113 4010 0093 0450

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

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

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO  
135200726380693 21/08/2020 15:43:37

INSCRIÇÃO ESTADUAL  
188.070.970.117

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO

CNPJ  
11.206.099/0004-41

DESTINATÁRIO / REMETENTE

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

CNPJ/CPF  
45.349.461/0001-02

DATA DA EMISSÃO  
21/08/2020

ENDEREÇO  
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03

BAIRRO/DISTRITO  
JARDIM ARIANO

CEP  
16400-400

DATA ENTRADA/SAIDA  
21 AGO 2020

MUNICÍPIO  
LINS

FONE/FAX  
1435325198

UF  
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAIDA

FATURA / DUPLICATA

001 18/09/2020 17.512,77

**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
17.371,46	3.065,52		0,00	17.512,77
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI
0,00	0,00			0,00
TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS				VALOR TOTAL DA NOTA
				17.512,77

NOME / RAZÃO SOCIAL  
ATIVA DISTRIBUICAO E LOGISTICA LTDA

FRETE POR CONTA  
0 - DO EMITENTE

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ/CPF  
01125797000701

ENDEREÇO  
RUA SALVADOR RODRIGUES PRADO, 200

MUNICÍPIO  
SAO PAULO

UF  
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL  
149529966118

QUANTIDADE

47

ESPÉCIE

CAIXA

MARCA

NÚMERO

PESO BRUTO

239,05

PESO LÍQUIDO

239,05

**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
21899	AG.DESC.40 X 12 C/100-SR LT 2689N4 (20) 06/2025 (Fornecedor: 7737, Lote: 2689N4, Qtde: 20 ,Data Fab: 01/06/2020, Data Val: 30/06/2025)	90183219	400	5102	CX	2000	6,6330	132,66	132,66	15,92		12,00	
24437	AG.DESC.30 X 08 C/100-SR LT 320N4 (5) 01/- 2025 (Fornecedor: 7737, Lote: 320N4, Qtde: 5 ,Data Fab: 23/01/2020, Data Val: 31/01/- 2025)	90183219	400	5102	CX	500	5,7100	28,55	28,55	3,43		12,00	
21897	AG.DESC.13 X 4,5 C/100-SR LT 474N4 (10) 01/2025 (Fornecedor: 7737, Lote: 474N4, Qtde: 10 ,Data Fab: 31/01/2020, Data Val: 31/01/2025)	90183219	400	5102	CX	1000	5,9130	59,13	59,13	7,10		12,00	
22991	CATETER IV 20G 1,1X32MM C/100-TKL LT 9050- 4/226 (1) 06/2024 (Fornecedor: 992, Lote: 90504/226, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/07/2019, Data Val: 30/06/2024)	90183924	200	5102	CX	100	63,6300	63,63	63,63	11,45		18,00	
13583	CATETER IV 22G C/100 S/- FILTRO-DESCARPACK LT SCTPAA021N (2) 09/20- 24 (Fornecedor: 918, Lote: SCTPAA021N, Qtde: 2 ,Data Fab: 01/10/2019, Data Val: 30/09/2024)	90183929	200	5102	CX	200	67,1000	134,20	134,20	24,16		18,00	

**DADOS ADICIONAIS**

**INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**

#R2V1R6V42R2V4||COVID  
ITEM 7 SUBST. TRIBUTARIA ITEM 69, ANEXO XI, PORTARIA CAT 68/2019  
ITEM 7 ICMS-ST retido por operação anterior base: 27,68 valor: 1,44  
Pedido: 111213  
End. Entrega: AV GENERAL EURICO G.DUTRA,620 , CENTRO - 16370-000, PROMISSAO-SP -  
Horário : COMERCIAL  
Empresa credenciada no Regime Especial de Distribuidor Hospitalar 036035/2018 nos  
termos da Portaria CAT 116/2017  
Setor de Cobrança: (11)4934-1669 / 4934-1673 / 4934-1671  
QUALQUER INCONFIRMIDADE NA ENTREGA, ENTRE IMEDIATAMENTE EM CONTATO COM NOSSO  
PÓS-VENDAS NO NÚMERO (11) 4934-1703  
Rota....: 3 Cubagem: 1,89

**RESERVADO AO FISCO**

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

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

AM



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

Avenida Tower Automotive - Galpao 26,  
300 - Laranja Azeda - ARUJA, SP,  
CEP:07430350, Fone:0000-0000-0000

**DANFE**

DOCUMENTO AUXILIAR  
DA NOTA FISCAL  
ELETRÔNICA

0-ENTRADA 1  
1-SAIDA 1

Nº 111340  
SERIE 1  
FOLHA 2/3



CHAVE DE ACESSO  
**3520 0811 2060 9900 0441 5500 1000 1113 4010 0093 0450**

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

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

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO  
**135200726380693 21/08/2020 15:43:37**

INSCRIÇÃO ESTADUAL  
188.070.970.117

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO

CNPJ  
11.206.099/0004-41

**DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS**

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UND.	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL ICMS	AL IPI
13584	CATETER IV 24G C/100 S/- FILTRO-DESCARPACK LT SCTPAA029I (1) 11/20- 24 (Fornecedor: 918, Lote: SCTPAA029I, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/12/2019, Data Val: 29/11/2024)	90183929	200	5102	CX	100	97,5000	97,50	97,50	17,55		18,00	
17200	APARELHO BARBEAR DESC.C/05-LASER LT A152 (8) 06/2023 (Fornecedor: 2353, Lote: A152, Qtde: 8 ,Data Fab: 01/06/2017, Data Val: 30/06/2023)	82121020	260	5405	PCT	40	3,9163	31,33					
27183	AT.CREPE 10X4,5(1,8)15F DZ-ORTOM LT 50/12 (13) 12/2024 (Fornecedor: 7659, Lote: 50/- 12, Qtde: 13 ,Data Fab: 09/12/2019, Data Val: 09/12/2024)	90211020	040	5102	DZ	156	4,0700	52,91					
25883	AT.CREPE 15X3,0(1,2)15F DZ-ORTOM LT 50/12 (13) 12/2024 (Fornecedor: 7659, Lote: 50/- 12, Qtde: 13 ,Data Fab: 09/12/2019, Data Val: 09/12/2024)	90211020	040	5102	DZ	156	4,3900	57,07					
27480	COL.PERF.CORT.20LT PARDO C/20-FLEXPPELL LT LC2410012C (2) 09/2024 (Fornecedor: 7822, Lote: LC2410012C, Qtde: 2 ,Data Fab: 20/0- 9/2019, Data Val: 20/09/2024)	48191000	000	5102	CX	40	88,3300	176,66	176,66	31,80		18,00	
11067	ELETRODO AD/INF.C/ESP./GEL C/50-SOLIDOR LT 38119S06AAAA (10) 08/2021 (Fornecedor: 20- 80, Lote: 38119S06AAAA, Qtde: 10 ,Data Fab: 01/09/2019, Data Val: 30/08/2021)	90181100	200	5102	PCT	500	14,0800	140,80	140,80	25,34		18,00	
28319	FILTRO BACT. VIRAL C/ TRAQ. ADULTO SCAV LT 10062 (10) 02/2023 \ LT 10254 (40) 08/2023 (Fornecedor: 2426, Lote: 10062, Qtde: 10 ,Data Fab: 01/02/2020, Data Val: 28/02/20- 23 / Fornecedor: 2426, Lote: 10254, Qtde: 40 ,Data Fab: 01/08/2020, Data Val: 31/08/ 2023)	90192010	000	5102	UND	50	6,3680	318,40	318,40	57,31		18,00	
26568	LANCETA DE SEGURANCA 28G C/100-DESCARPACK LT SLAKAA008A (10) 11/2024 (Fornece- dor: 918, Lote: SLAKAA008A, Qtde: 10 ,Data Fab: 01/12/2019, Data Val: 29/11/2024)	90183999	200	5102	CX	1000	17,8500	178,50	178,50	32,13		18,00	
16981	LUVA P/ PROCED.N.EST.G C/10-LEMGRUBER LT PR015K (3) 08/2023 (Fornecedor: 7934, Lote: PR015K, Qtde: 3 ,Data Fab: 01/08/20- 20, Data Val: 31/08/2023)	40151900	000	5102	CX	30	405,9700	1.217,91	1.217,91	219,22		18,00	
16983	LUVA P/ PROCED.N.EST.M C/10-NUGARD LT 350- 1840 (4) 05/2024 (Fornecedor: 7976, Lote: 3501840, Qtde: 4 ,Data Fab: 01/06/2019, Data Val: 31/05/2024)	40151900	200	5102	CX	40	434,1875	1.736,75	1.736,75	312,62		18,00	
16979	LUVA P/ PROCED.N.EST.P C/10-LEMGRUBER LT PR015K (4) 08/2023 (Fornecedor: 7934, Lote: PR015K, Qtde: 4 ,Data Fab: 01/08/20- 20, Data Val: 31/08/2023)	40151900	000	5102	CX	40	405,9500	1.623,80	1.623,80	292,28		18,00	
13775	SERINGA DESC.10ML SLIP C/250-SR LT H266 (8) 04/2025 (Fornecedor: 1156, Lote: H266, Qtde: 8 ,Data Fab: 01/04/2020, Data Val: 30/04/2025)	90183119	200	5102	CX	800	56,7575	454,06	454,06	54,49		12,00	
15182	SERINGA DESC.20ML SLIP BL C/250-SR LT H147 (4) 02/2025 (Fornecedor: 1156, Lote: H147, Qtde: 4 ,Data Fab: 01/02/2020, Data Val: 28/02/2025)	90183119	200	5102	CX	1000	87,0200	348,08	348,08	41,76		12,00	
15181	SERINGA DESC.01ML C/500 INSULINA-SR LT H2- 36 (2) 04/2025 (Fornecedor: 1156, Lote: H236, Qtde: 2 ,Data Fab: 01/04/2020, Data Val: 30/04/2025)	90183111	200	5102	CX	1000	58,4650	116,93	116,93	21,05		18,00	
27355	LUVA CIRURG.7,0 EST.C/200 PARES-LEMGRUBER LT LP004K (1) 03/2023 (Fornecedor: 7934, Lote: LP004K, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/03/20- 20, Data Val: 30/03/2023)	40151100	000	5102	CX	200	218,0000	218,00	218,00	39,24		18,00	

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENAPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19



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

Avenida Tower Automotive - Galpao 26,  
300 - Laranja Azeda - ARUJA, SP,  
CEP:07430350, Fone:0000-0000-0000

**DANFE**  
DOCUMENTO AUXILIAR  
DA NOTA FISCAL  
ELETRÔNICA

0-ENTRADA 1  
1-SAIDA 1

Nº 111340  
SERIE 1  
FOLHA 3/3



CHAVE DE ACESSO  
3520 0811 2060 9900 0441 5500 1000 1113 4010 0093 0450

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

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

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO  
135200726380693 21/08/2020 15:43:37

INSCRIÇÃO ESTADUAL  
188.070.970.117

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO

CNPJ  
11.206.099/0004-41

**DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS**

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UND.	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL ICMS	AL IPI
23350	LUVA CIRURG.7,5 EST.C/200 PARES-SANROLIS LT 089201 (1) 03/2023 (Fornecedor: 1842, Lote: 089201, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/03/20- 20, Data Val: 31/03/2023)	40151100	000	5102	CX	200	1	218,0000	218,00	218,00	39,24	18,00	
27606	SCALP N.25 PVC C/100-DESCARPACK LT SEIAAA- 004D (1) 08/2024 (Fornecedor: 918, Lote: SEIAAA004D, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/09/2019, Data Val: 30/08/2024)	90183929	700	5102	CX	100	1	19,0900	19,09	19,09	3,44	18,00	
21227	SONDA END.PVC N.7,0 C/CUFF C/10-VITALGOL LT N5751B270 (1) 04/2024 (Fornecedor: 138- 1, Lote: N5751B270, Qtde: 1 ,Data Fab: 30/ 04/2019, Data Val: 29/04/2024)	90183929	000	5102	CX	10	1	42,4500	42,45	42,45	7,64	18,00	
27486	TAMPA LUER MACHO/FEMEA C/100-BIOBASE LT 20191130 (2) 11/2024 (Fornecedor: 2414, Lote: 20191130, Qtde: 2 ,Data Fab: 30/11/- 2019, Data Val: 30/11/2024)	90183999	200	5102	CX	200	2	15,3200	30,64	30,64	5,52	18,00	
24902	COBERT.P/OBITO PLAST. 90X2,00 C/5-PLASTI- COS JUREM LT 0220/142 (4) 02/2025 (Forne- cedor: 1895, Lote: 0220/142, Qtde: 4 ,Data Fab: 01/02/2020, Data Val: 28/02/2025)	39232190	000	5102	PCT	20	4	28,6800	114,72	114,72	20,65	18,00	
15775	AP. PRESSAO NYL AD.VELCRO PC-PAM LT 43842 (5) 07/2025 (Fornecedor: 1128, Lote: 4384- 2, Qtde: 5 ,Data Fab: 20/07/2020, Data Val: 20/07/2025)	90189092	000	5102	PC	5	1	61,0000	305,00	305,00	54,90	18,00	
29203	AV IMPERMEAVEL 30G ML BCO C/10 POLAR FIX LT 42216 (27) 07/2025 \ LT 42249 (73) 07/- 2025 (Fornecedor: 19952, Lote: 42216, Qtde: 27 ,Data Fab: 31/07/2020, Data Val: 31/07/2025 / Fornecedor: 19952, Lote: 422- 49, Qtde: 73 ,Data Fab: 31/07/2020, Data Val: 31/07/2025)	62101000	000	5102	PCT	100	1	60,0000	6.000,00	6.000,00	1.080,00	18,00	
26642	SIST.FECHADO ASPIR.TRAQUE.N.14-BRMED LT 201055 (20) 06/2025 (Fornecedor: 1854, Lote: 201055, Qtde: 20 ,Data Fab: 18/06/2- 020, Data Val: 18/06/2025)	90183929	200	5102	UND	20	1	179,8000	3.596,00	3.596,00	647,28	18,00	

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

04/10/2020 - BANCO DO BRASIL - 16:22:11  
306203062 0008

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL  
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.311-1

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

03399484570130000094856345401048883820000353603

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	91.414
DATA DE VENCIMENTO	18/09/2020
DATA DO PAGAMENTO	14/09/2020
VALOR DO DOCUMENTO	3.536,03
VALOR COBRADO	3.536,03

-----  
NR.AUTENTICACAO E.59D.AC5.600.5CE.1AB  
-----

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 CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19





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

Rua Projetada, s/n, Itaim - CAMBUI, MG, CEP:37600000, Fone:0000-0000-0000

**DANFE**  
DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA 1  
1-SAIDA 1

Nº 463086  
SERIE 1  
FOLHA 1/1



CHAVE DE ACESSO  
3120 0811 2060 9900 0107 5500 1000 4630 8610 0084 1275

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO  
Venda a nao contribuinte

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO  
131203791083897 21/08/2020 13:04:23

INSCRIÇÃO ESTADUAL  
001.771.1480296

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO  
813.020.011.119

CNPJ  
11.206.099/0001-07

**DESTINATÁRIO / REMETENTE**

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

CNPJ/CPF  
45.349.461/0001-02

DATA DA EMISSÃO  
21/08/2020

ENDEREÇO  
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03

BAIRRO/DISTRITO  
JARDIM ARIANO

CEP  
16400-400

DATA ENTRADA/SAIDA

MUNICÍPIO  
LINS

FONE/FAX  
1435325198

UF  
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA  
21 AGO, 2020

**FATURA / DUPLICATA**

001 18/09/2020 3.536,03

**CÁLCULO DO IMPOSTO**

BASE DE CÁLCULO DO ICMS 3.536,03	VALOR DO ICMS 141,44	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST 0,00	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO 0,00	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 3.359,21
VALOR DO FRETE 176,82	VALOR DO SEGURO 0,00	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS 0,00	VALOR TOTAL DO IPI 0,00
				VALOR TOTAL DA NOTA 3.536,03

**TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS**

NOME / RAZÃO SOCIAL  
ATIVA DISTRIBUICAO E LOGISTICA LTDA

FRETE POR CONTA  
0 - DO EMITENTE

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ/CPF  
01125797000540

ENDEREÇO  
AVENIDA PREFEITO OLAVO GOMES DE OLIVEIRA, 6730

MUNICÍPIO  
POUSO ALEGRE

UF  
MG

INSCRIÇÃO ESTADUAL  
5250929840006

QUANTIDADE  
1

ESPÉCIE  
CAIXA

MARCA

NÚMERO

PESO BRUTO  
2,85

PESO LÍQUIDO

2,85

**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
13021	HEPAMAX-S 5.000UI/ML 25FAM 5ML-BLAU LT 20-060233 (6)05/22 (Fornecedor: 47, Lote: 20-060233, Qtde: 6 ,Data Fab: 01/05/2020, Data Val: 31/05/2022)	30049099	300	6108	CX	150 6	559,8683	3.359,21	3.536,03	141,44		4,00	

**DADOS ADICIONAIS**

**INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**

# R 43 B 3  
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\$ 495,04 Pedido: 431163 End. Entrega: AV GENERAL EURICO G.DUTRA,620 , CENTRO - 16370-000, PROMISSAO-SP - Horário : 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....: 3 Cubagem: 0,00

**RESERVADO AO FISCO**

LU

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

Mercedarias avariadas, ou faltas  
serão repostas se forem relacionadas  
no conhecimento de transportes.

04/10/2020 - BANCO DO BRASIL - 16:22:11  
306203062 0027

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL  
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.311-1

=====

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

=====

03399484570130000094856343801041183620000057363

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	91.415
DATA DE VENCIMENTO	18/09/2020
DATA DO PAGAMENTO	14/09/2020
VALOR DO DOCUMENTO	573,63
VALOR COBRADO	573,63

=====

NR.AUTENTICACAO E.F61.30B.66B.DB8.F85

=====

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 CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19



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

Avenida Tower Automotivo - Galpao 26,  
300 - Laranja Azeda - ARUJA, SP,  
CEP:07430350, Fone:000-0000-0000

DOCUMENTO AUXILIAR  
DA NOTA FISCAL  
ELETRÔNICA

0-ENTRADA 1  
1-SAIDA 1

Nº 111252  
SERIE 1  
FOLHA 1/1



CHAVE DE ACESSO  
3520 0811 2060 9900 0441 5500 1000 1112 5210 0088 0955

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

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

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO  
135200725758061 21/08/2020 13:44:13

INSCRIÇÃO ESTADUAL  
188.070.970.117

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO

CNPJ  
11.206.099/0004-41

**DESTINATÁRIO / REMETENTE**

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

CNPJ/CPF  
45.349.461/0001-02

DATA DA EMISSÃO  
21/08/2020

ENDEREÇO  
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03

BAIRRO/DISTRITO  
JARDIM ARIANO

CEP  
16400-400

DATA ENTRADA/SAIDA  
21 AGO 2020

MUNICÍPIO  
LINS

FONE/FAX  
1435325198

UF  
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAIDA

**FATURA / DUPLICATA**

001 18/09/2020 573,63

**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
573,63	103,25		0,00	573,63
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI
0,00	0,00		0,00	0,00
				VALOR TOTAL DA NOTA
				573,63

**TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS**

NOME / RAZÃO SOCIAL  
ATIVA DISTRIBUICAO E LOGISTICA LTDA

FRETE POR CONTA  
0 - DO EMITENTE

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEICULO

UF

CNPJ/CPF  
01125797000701

ENDEREÇO  
RUA SALVADOR RODRIGUES PRADO, 200

MUNICÍPIO  
SAO PAULO

UF  
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL  
149529966118

QUANTIDADE

ESPÉCIE

MARCA

NÚMERO

PESO BRUTO

PESO LÍQUIDO

4,00

4,00

**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
28705	FUROSEFARMA 20MG 100AMP 2ML-FARMACE LT FS20B016 (8) 02/2022 (Fornecedor: 2385, Lote: FS20B016, Qtde: 8 ,Data Fab: 16/02/- 2020, Data Val: 16/02/2022)	30039086	000	5102	CX	8	71,7038	573,63	573,63	103,25		18,00	

**DADOS ADICIONAIS**

**INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**

#R2V111

Pedido: 111539

End. Entrega: AV GENERAL EURICO G.DUTRA,620 , CENTRO - 16370-000, PROMISSAO-SP -

Horario : COMERCIAL

Empresa credenciada no Regime Especial de Distribuidor Hospitalar 036035/2018 nos termos da Portaria CAT 116/2017

Setor de Cobranca: (11)4934-1669 / 4934-1673 / 4934-1671

QUALQUER INCONFORMIDADE NA ENTREGA, ENTRE IMEDIATAMENTE EM CONTATO COM NOSSO

PÓS-VENDAS NO NÚMERO (11) 4934-1703

Rota....: 3 Cubagem: 0,01

RESERVADO AO FISCO

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 06/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

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

04/10/2020 - BANCO DO BRASIL - 16:22:11  
306203062 0021

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL  
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.311-1

=====

00190615552555723347200001526110483740000169600

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	91.601
NOSSO NUMERO	6155255572
CONVENIO	00000000
DATA DE VENCIMENTO	10/09/2020
DATA DO PAGAMENTO	16/09/2020
VALOR DO DOCUMENTO	1.696,00
JUROS/MULTA	37,30
VALOR COBRADO	1.733,30

=====

NR.AUTENTICACAO 6.25A.229.2D0.51F.9ED

=====

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

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

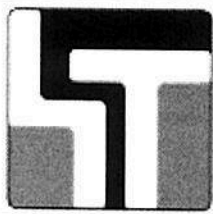
Ouvidoria  
0800 729 5678  
Reclamacoes nao solucionadas nos canais  
habituais agencia, SAC e demais canais de  
atendimento.

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

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENAPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

20

RECEBEMOS DE Samtronic Industria e Comercio Ltda OS PRODUTOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO		NF-e N. 000246168 SÉRIE 1
DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	



**Identificação do emitente**  
**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-SAÍDA   
 N. 000246168  
 SÉRIE 1  
 FOLHA 01/01



**CHAVE DE ACESSO DA NF-E**  
 3520 0858 4266 2800 0133 5500 1000 2461 6811 0018 6518

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO VENDA DE PRODUCAO DO ESTABELECIMENTO	PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 135200685175842 11/08/2020 11:43:09
--	--

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

DESTINATARIO/REMETENTE			
NOME/RAZÃO SOCIAL ASSOCIACAO BENEFICENTE DO BRASIL	CNPJ/CPF 45.349.461/0001-02	DATA DE EMISSÃO 11/08/2020	
ENDEREÇO AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303, SALA 03	BAIRRO/DISTRITO CENTRO	CEP 16400-400	DATA ENTRADA/SAIDA
MUNICIPIO LINS	FONE/FAX 1435325198	UF SP	INSCRIÇÃO ESTADUAL
FATURA	HORA ENTRADA/SAIDA		

001														
10/09/2020														
1.696,00														

CALCULO DO IMPOSTO					
BASE DE CALCULO DO ICMS 0,00	VALOR DO ICMS 0,00	BASE DE CALCULO DO ICMS SUBSTITUIÇÃO 0,00	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO 0,00	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 1.696,00	
VALOR DO FRETE 0,00	VALOR DO SEGURO 0,00	DESCONTO 0,00	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS 0,00	VALOR DO IPI 0,00	VALOR TOTAL DA NOTA 1.696,00

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS					
RAZÃO SOCIAL RODONAVES TRANSPORTES E ENCOMENDAS LTDA	FRETE POR CONTA 0-REMETENTE	CÓDIGO ANT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF 44.914.992/0013-71
ENDEREÇO RUA ALEXANDRE COLARES	MUNICIPIO SAO PAULO	UF SP	INSCRIÇÃO ESTADUAL 112782533118		
QUANTIDADE 2	ESPECIE CAIXA	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO 4,860	PESO LIQUIDO 4,250

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇO													
COD. PROD	DESCRIÇÃO DO PROD./SER.	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 5 OUN) Lote(S): JUL20902334320 00B - Validade: 31/07/2023	90189099	040	5101	UN	100,0000	16,9600	1.696,00	0,00	0,00	0,00	0,00%	0,00%
-----													

CALCULO DO ISSQN	
INSCRIÇÃO MUNICIPAL 94911827	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS BASE DE CÁLCULO DO ISSQN VALOR DO ISSQN

<b>DADOS ADICIONAIS</b> <b>INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES</b> Protocolo: 135200685175842 AV LEANDRO RATISNONA DE MEDIEROS, 880 CEP 16.303-106 CHACARA PALESTINA, PENAPOLIS /SP 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 item 54 do Convenio ICMS 01 99 PRORROGADO PELO CONVENIO 133/2019 ATÉ 31 10 2020 INCISO XLVII CLAUSULA SEGUNDA ALIQUOTA ZERO DE PIS E COFINS DE ACORDO COM DECRETO 6426/2008 LEI 10864 2004 ARTIGO 28 INCISO XXXV Endereco de entrega: . . - *** Pedido de Venda: 457721 *** Cotacao Numero: G6156 Valor Aproximado dos Tributos: R\$ 544.25 (32.09%)	<b>RESERVADO AO FISCO</b> CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 98/2020 FONTE DE RECURSU MUNICIPAL PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19 
--	--

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
04/10/2020 - AUTOATENDIMENTO - 16.22.12  
3062703062 SEGUNDA VIA 0010

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA  
COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL

AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.311-1

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA  
REMETENTE : ASSOCIACAO H B BRASIL  
BANCO: 237 - BANCO BRADESCO S.A.  
AGENCIA: 0110-4 - ARACATUBA-CTO  
CONTA: 104.246-7

FAVORECIDO: O. M. I. COMERCIO E MANUTENCAO DE E  
CPF/CNPJ: 08.517.361/0001-11

VALOR: R\$ 600,00

DEBITO EM: 16/09/2020

=====

DOCUMENTO: 091602

AUTENTICACAO SISBB: B.901.12F.BFB.4F9.AB2

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÍPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

RECEBEMOS DE O.m.i. Com.e Manut.de Equip.e Informatica Ltd OS PRODUTOS E/OU SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA INDICADA ABAIXO. EMISSÃO: 30/07/2020 VALOR TOTAL: R\$ 600,00 DESTINATÁRIO: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL - JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 - SALA 03 JARDIM ARIANO LINS-SP

NF-e

Nº. 000.003.180  
Série 001

DATA DE RECEBIMENTO

IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

O.m.i. Com.e Manut.de Equip.e Informatica Ltd

RUA Baguacu, 597  
JD. Sumare - 16015-290  
Aracatuba - SP Fone/Fax: 1836221793

**DANFE**  
Documento Auxiliar da Nota  
Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA  
1 - SAÍDA

1

Nº. 000.003.180  
Série 001  
Folha 1/1



CHAVE DE ACESSO

3520 0708 5173 6100 0111 5500 1000 0031 8010 3874 2400

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

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

135200643683130 - 30/07/2020 12:14:41

NATUREZA DA OPERAÇÃO

VENDE DE MERCADORIA ADQUIR. DE TERCEIROS

INSCRIÇÃO ESTADUAL

177253999119

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.

CNPJ

08.517.361/0001-11

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ / CPF

45.349.461/0001-02

DATA DA EMISSÃO

30/07/2020

ENDEREÇO

JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 - SALA 03

BAIRRO / DISTRITO

JARDIM ARIANO

CEP

DATA DA SAÍDA/ENTRADA

30/07/2020

MUNICÍPIO

LINS

UF

SP

FONE / FAX

18991215684

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA/ENTRADA

12:14:12

FATURA / DUPLICATA

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLC. DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLC. ICMS S.T.	VALOR DO ICMS SUBST.	V. IMP. IMPORTAÇÃO	V. ICMS UF REMET.	VALOR DO FCP	VALOR DO PIS	V. TOTAL PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	600,00
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS	VALOR TOTAL IPI	V. ICMS UF DEST.	V. TOT. TRIB.	VALOR DA COFINS	V. TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	600,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL

FRETE POR CONTA

(9) Sem Frete

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEICULO

UF

CNPJ / CPF

ENDEREÇO

MUNICÍPIO

UF

INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE

ESPÉCIE

MARCA

NUMERAÇÃO

PESO BRUTO

PESO LÍQUIDO

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	O/CSOSN	CFOP	UN	QUANT	VALOR UNIT	VALOR TOTAL	B.CÁLC ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALIQ. ICMS	ALIQ. IPI
664	TONER BROTHER TN 1060	84439933	0500	5102	UN	10,0000	60,0000	600,00	0,00	0,00		0,00	

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 56/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Inf. Contribuinte: DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL  
SETOR: HOSPITAL COVID  
ENDEREÇO: AV LEANDRO RATISBONA DE MEDEIROS, 880 - AOS CUIDADOS DO ALAN  
Email\_Destinatario: antoniomoreirano@yahoo.com

RESERVADO AO FISCO

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
04/10/2020 - AUTOATENDIMENTO - 16.22.12  
3062703062 SEGUNDA VIA 0023

COMPROVANTE DE PAGAMENTO

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL  
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.311-1

-----  
AG. ARRECADADOR  
CNC 001 - 3062 - EMPRESA SAO CARLOS SP  
CODIGO DE BARRAS 85650000048 40990064026  
21453494610 00117080244  
DATA DO PAGAMENTO 16/09/2020  
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 4.840,99  
-----


DOCUMENTO: 091603  
AUTENTICACAO SISBB: 8.D52.B6A.54C.851.08C

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 93/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENAPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19



Aprovado pela IN/RFB nº 736/07


1ª via

 <p><b>MINISTÉRIO DA FAZENDA</b> SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL</p> <p>Documento de Arrecadação de Receitas Federais</p> <p><b>DARF</b></p>	<b>02</b> PERÍODO DE APURAÇÃO	<b>31/08/2020</b>
	<b>03</b> NÚMERO DO CPF OU CNPJ	<b>45.349.461/0001-02</b>
	<b>04</b> CÓDIGO DA RECEITA	<b>1708</b>
	<b>05</b> NÚMERO DE REFERÊNCIA	
	<b>06</b> DATA DE VENCIMENTO	<b>18/09/2020</b>
	<b>07</b> VALOR PRINCIPAL	<b>4.840,99</b>
<p><b>01</b> NOME / TELEFONE ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA</p> <p><b>DARF válido para pagamento até 18/09/2020</b> Domicílio tributário informado: LINS - SP <b>NÃO RECEBER COM RASURAS</b></p> <p>SicalcWeb versão 1.7.71.6643 15/09/2020 17:32:23</p>	<b>08</b> VALOR DA MULTA	<b>0,00</b>
	<b>09</b> VALOR DOS JUROS E/OU ENCARGOS DL - 1025/69	<b>0,00</b>
	<b>10</b> VALOR TOTAL	<b>4.840,99</b>
	<b>11</b> AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1ª e 2ª vias)	
	85650000048-9 40990064026-2 21453494610-5 00117080244-9	



Aprovado pela IN/RFB nº 736/07

2ª via

 <p><b>MINISTÉRIO DA FAZENDA</b> SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL</p> <p>Documento de Arrecadação de Receitas Federais</p> <p><b>DARF</b></p>	<b>02</b> PERÍODO DE APURAÇÃO	<b>31/08/2020</b>
	<b>03</b> NÚMERO DO CPF OU CNPJ	<b>45.349.461/0001-02</b>
	<b>04</b> CÓDIGO DA RECEITA	<b>1708</b>
	<b>05</b> NÚMERO DE REFERÊNCIA	
	<b>06</b> DATA DE VENCIMENTO	<b>18/09/2020</b>
	<b>07</b> VALOR PRINCIPAL	<b>4.840,99</b>
<p><b>01</b> NOME / TELEFONE ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA</p> <p><b>DARF válido para pagamento até 18/09/2020</b> Domicílio tributário informado: LINS - SP <b>NÃO RECEBER COM RASURAS</b></p> <p>SicalcWeb versão 1.7.71.6643 15/09/2020 17:32:23</p>	<b>08</b> VALOR DA MULTA	<b>0,00</b>
	<b>09</b> VALOR DOS JUROS E/OU ENCARGOS DL - 1025/69	<b>0,00</b>
	<b>10</b> VALOR TOTAL	<b>4.840,99</b>
	<b>11</b> AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1ª e 2ª vias)	
	85650000048-9 40990064026-2 21453494610-5 00117080244-9	



CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
 FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
 PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
 HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

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

16/09/20  
 LV

DATA DO DOCUMENTO	Nº DOC	CREDOR	IRRF	ISS	IRRF	PCC		TOTAL IMP.	TOT. LIQUIDO
03/08/2020	5591	Ultra Mag Diagnostico por Imagem Ltda EPP	R\$ 25.100,00	R\$ -	R\$ 376,50	R\$ 1.167,15		R\$ 1.543,65	R\$ 23.556,35
05/08/2020	14197	Epimed Solutions Tecnologia de Informações Medicas Ltda	R\$ 1.022,80	R\$ -	R\$ 15,34	R\$ 47,56		R\$ 62,90	R\$ 959,90
06/08/2020	92	Clinica de Nefrologia Isabela Moreira Ltda	R\$ 15.000,00	R\$ -	R\$ 225,00	R\$ 697,50		R\$ 922,50	R\$ 14.077,50
21/08/2020	328	Winter - Gestão e Consultoria Medica Ltda	R\$ 281.610,00	R\$ -	R\$ 4.224,15	R\$ 13.094,87		R\$ 17.319,02	R\$ 264.290,99
		Clinica de Nefrologia Isabela Moreira Ltda	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -		R\$ -	R\$ -
<b>TOTAL</b>			<b>R\$ 322.732,80</b>	<b>R\$ -</b>	<b>R\$ 4.840,99</b>	<b>R\$ 15.007,08</b>	<b>R\$ -</b>	<b>R\$ 19.848,07</b>	<b>R\$ 302.884,73</b>

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
 FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
 PREFEITURA MUNICIPAL DE PENAPOLIS  
 HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
04/10/2020 - AUTOATENDIMENTO - 16.22.12  
3062703062 SEGUNDA VIA 0018

COMPROVANTE DE PAGAMENTO

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL  
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.311-1

=====

AG. ARRECADADOR	
CNC 001 - 3062 - EMPRESA	SAO CARLOS SP
CODIGO DE BARRAS	85600000150 07080064026 21453494610 00159520244
DATA DO PAGAMENTO	16/09/2020
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	15.007,98


-----

DOCUMENTO: 091604  
AUTENTICACAO SISBB: 1.501.6BC.7C5.C4B.CE2

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENAPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

Aprovado pela IN/RFB nº 736/07

1ª via


 <p><b>MINISTÉRIO DA FAZENDA</b> SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL</p> <p>Documento de Arrecadação de Receitas Federais</p> <p><b>DARF</b></p>	<b>02</b> PERÍODO DE APURAÇÃO	<b>31/08/2020</b>
	<b>03</b> NÚMERO DO CPF OU CNPJ	<b>45.349.461/0001-02</b>
	<b>04</b> CÓDIGO DA RECEITA	<b>5952</b>
	<b>05</b> NÚMERO DE REFERÊNCIA	
	<b>06</b> DATA DE VENCIMENTO	<b>18/09/2020</b>
	<b>07</b> VALOR PRINCIPAL	<b>15.007,08</b>
<b>01</b> NOME / TELEFONE ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA	<b>08</b> VALOR DA MULTA	<b>0,00</b>
	<b>09</b> VALOR DOS JUROS E/OU ENCARGOS DL - 1025/69	<b>0,00</b>
<b>DARF válido para pagamento até 18/09/2020</b> Domicílio tributário informado: LINS - SP <b>NÃO RECEBER COM RASURAS</b>	<b>10</b> VALOR TOTAL	<b>15.007,08</b>
	<b>11</b> AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1ª e 2ª vias)	
	SicalcWeb versão 1.7.71.6643 15/09/2020 17:56:14	

85600000150-8 07080064026-3 21453494610-5 00159520244-9



Aprovado pela IN/RFB nº 736/07

2ª via

 <p><b>MINISTÉRIO DA FAZENDA</b> SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL</p> <p>Documento de Arrecadação de Receitas Federais</p> <p><b>DARF</b></p>	<b>02</b> PERÍODO DE APURAÇÃO	<b>31/08/2020</b>
	<b>03</b> NÚMERO DO CPF OU CNPJ	<b>45.349.461/0001-02</b>
	<b>04</b> CÓDIGO DA RECEITA	<b>5952</b>
	<b>05</b> NÚMERO DE REFERÊNCIA	
	<b>06</b> DATA DE VENCIMENTO	<b>18/09/2020</b>
	<b>07</b> VALOR PRINCIPAL	<b>15.007,08</b>
<b>01</b> NOME / TELEFONE ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA	<b>08</b> VALOR DA MULTA	<b>0,00</b>
	<b>09</b> VALOR DOS JUROS E/OU ENCARGOS DL - 1025/69	<b>0,00</b>
<b>DARF válido para pagamento até 18/09/2020</b> Domicílio tributário informado: LINS - SP <b>NÃO RECEBER COM RASURAS</b>	<b>10</b> VALOR TOTAL	<b>15.007,08</b>
	<b>11</b> AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1ª e 2ª vias)	
	SicalcWeb versão 1.7.71.6643 15/09/2020 17:56:14	

85600000150-8 07080064026-3 21453494610-5 00159520244-9



CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
 FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
 PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
 HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

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

16/09/2020  
 LV

DATA DO DOCUMENTO	Nº DOC	CREDOR	IRRF	ISS	IRRF	PCC		TOTAL IMP.	TOT. LIQUIDO
03/08/2020	5591	Ultra Mag Diagnostico por Imagem Ltda EPP	R\$ 25.100,00	R\$ -	R\$ 376,50	R\$ 1.167,15		R\$ 1.543,65	R\$ 23.556,35
05/08/2020	14197	Epimed Solutions Tecnologia de Informações Medicas Ltda	R\$ 1.022,80	R\$ -	R\$ 15,34	R\$ 47,56		R\$ 62,90	R\$ 959,90
06/08/2020	92	Clinica de Nefrologia Isabela Moreira Ltda	R\$ 15.000,00	R\$ -	R\$ 225,00	R\$ 697,50		R\$ 922,50	R\$ 14.077,50
21/08/2020	328	Winter - Gestão e Consultoria Medica Ltda	R\$ 281.610,00	R\$ -	R\$ 4.224,15	R\$ 13.094,87		R\$ 17.319,02	R\$ 264.290,99
		Clinica de Nefrologia Isabela Moreira Ltda	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -		R\$ -	R\$ -
<b>TOTAL</b>			<b>R\$ 322.732,80</b>	<b>R\$ -</b>	<b>R\$ 4.840,99</b>	<b>R\$ 15.007,08</b>	<b>R\$ -</b>	<b>R\$ 19.848,07</b>	<b>R\$ 302.884,73</b>

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
 FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
 PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
 HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
04/10/2020 - AUTOATENDIMENTO - 16.22.12  
3062703062 SEGUNDA VIA 0016


COMPROVANTE DE PAGAMENTO

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL  
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.311-1

-----  
AG. ARRECADADOR  
CNC 001 - 3062 - EMPRESA SAO CARLOS SP  
CODIGO DE BARRAS 85620000016 92830064026  
21453494610 00105610244  
DATA DO PAGAMENTO 16/09/2020  
PERIODO DE APURACAO -----  
NUMERO DO CPF -----  
CODIGO DA RECEITA -----  
NUMERO DE REFERENCIA -----  
DATA DO VENCIMENTO -----  
RECEITA BRUTA ACUMULADA -----  
PERCENTUAL -----  
VALOR DO PRINCIPAL -----  
VALOR DA MULTA -----  
VALOR DOS JUROS -----  
VALOR TOTAL 1.692,83  
-----

DOCUMENTO: 091605  
AUTENTICACAO SISBB: C.C76.836.D91.13F.ABF


CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

 <b>MINISTÉRIO DA FAZENDA</b> SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL Documento de Arrecadação de Receitas Federais <b>DARF</b>	<b>02</b> PERÍODO DE APURAÇÃO	31/08/2020
	<b>03</b> NÚMERO DO CPF OU CNPJ	45.349.461/0001-02
	<b>04</b> CÓDIGO DA RECEITA	0561
	<b>05</b> NÚMERO DE REFERÊNCIA	
	<b>06</b> DATA DE VENCIMENTO	18/09/2020
<b>01</b> NOME / TELEFONE ASSOC HOSP BENEF DO BRASIL 16 3374-8438	<b>07</b> VALOR DO PRINCIPAL	1.692,83
DARF IRRF 08 2020 AHBB PE NAPOLIS	<b>08</b> VALOR DA MULTA	0,00
<b>DARF válido para pagamento até 18/09/2020</b> Domicílio tributário do contribuinte: LINS	<b>09</b> VALOR DOS JUROS E / OU ENCARGOS DL - 1.025/69	0,00
<b>NÃO RECEBER COM RASURAS</b> Auto Atendimento Versão 5.57.69.6643 - opção 1 - DLL versão 1.4	<b>10</b> VALOR TOTAL	1.692,83

85620000016-9 92830064026-7 21453494610-5 00105610244-3

**11** AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1ª e 2ª vias)

cortar nesta linha

 <b>MINISTÉRIO DA FAZENDA</b> SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL Documento de Arrecadação de Receitas Federais <b>DARF</b>	<b>02</b> PERÍODO DE APURAÇÃO	31/08/2020
	<b>03</b> NÚMERO DO CPF OU CNPJ	45.349.461/0001-02
	<b>04</b> CÓDIGO DA RECEITA	0561
	<b>05</b> NÚMERO DE REFERÊNCIA	
	<b>06</b> DATA DE VENCIMENTO	18/09/2020
<b>01</b> NOME / TELEFONE ASSOC HOSP BENEF DO BRASIL 16 3374-8438	<b>07</b> VALOR DO PRINCIPAL	1.692,83
DARF IRRF 08 2020 AHBB PE NAPOLIS	<b>08</b> VALOR DA MULTA	0,00
<b>DARF válido para pagamento até 18/09/2020</b> Domicílio tributário do contribuinte: LINS	<b>09</b> VALOR DOS JUROS E / OU ENCARGOS DL - 1.025/69	0,00
<b>NÃO RECEBER COM RASURAS</b> Auto Atendimento Versão 5.57.69.6643 - opção 1 - DLL versão 1.4	<b>10</b> VALOR TOTAL	1.692,83

85620000016-9 92830064026-7 21453494610-5 00105610244-3

**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 CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
 FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
 PREFEITURA MUNICIPAL DE PENAPOLIS  
 HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

16/09/20

LV

RELAÇÃO DAS BASES DO IRRF

Código	Nome do empregado	Tipo	Base cálculo	Abatimentos	Dependentes	ND	Taxa	Dedução	Valor IRRF
Período: 01/08/2020 a 31/08/2020									
EMPREGADOS									
3532	ADRIANA APARECIDA CANATTO AUGUSTI	Mensal 07/20	2.073,16	170,90	0,00	0	0,00	0,00	0,00
3492	ADRIANA CORREIA DE SOUZA	Mensal 07/20	2.170,30	182,06	0,00	0	7,50	142,80	0,00
3487	ALAN LUCIUS FIRMINO LOZANO	Mensal 07/20	1.913,53	156,53	0,00	0	0,00	0,00	0,00
3486	ALESSANDRA ALVES DA SILVA	Mensal 07/20	2.189,43	184,35	0,00	0	7,50	142,80	0,00
3455	ALEXANDRE DUMAS DE OLIVEIRA DA SIL	Mensal 07/20	1.878,86	153,41	0,00	0	0,00	0,00	0,00
3493	ALEXANDRE TEIXEIRA DA SILVA	Mensal 07/20	1.878,86	153,41	379,18	2	0,00	0,00	0,00
3483	AMANDA CRISTINA DA SILVA GOVEA	Mensal 07/20	2.113,53	175,25	189,59	1	0,00	0,00	0,00
3481	ANA PAULA FERREIRA	Mensal 07/20	1.878,86	153,41	0,00	0	0,00	0,00	0,00
3477	ANDERSON CARRIJO DA COSTA	Mensal 07/20	3.057,29	288,50	0,00	0	7,50	142,80	64,86
3490	BEATRIZ SANTOS RAMOS	Mensal 07/20	2.139,94	178,42	0,00	0	7,50	142,80	0,00
3490	BEATRIZ SANTOS RAMOS	Rescisão	1.109,43	84,16	0,00	0	15,00	354,80	93,22
3490	BEATRIZ SANTOS RAMOS	13o Resc.	550,17	41,26	0,00	0	0,00	0,00	0,00
3534	BIANCA KLEM MARQUES	Mensal 07/20	1.921,37	157,24	0,00	0	0,00	0,00	0,00
3482	DANIELA PEREIRA BRANDAO	Mensal 07/20	3.261,76	315,58	0,00	0	15,00	354,80	87,13
3494	DANIELE LEITE GREMES DUMAS	Mensal 07/20	1.878,86	153,41	0,00	0	0,00	0,00	0,00
3507	DANIELE PAOLA PIRES DOS SANTOS	Mensal 07/20	2.194,61	184,98	379,18	2	0,00	0,00	0,00
3538	DANILO AUGUSTO DAVID ZANETTE	Mensal 07/20	4.263,38	455,80	0,00	0	22,50	636,13	220,58
3469	DEBORA MATEUS CAETANO	Mensal 07/20	1.761,62	142,86	189,59	1	0,00	0,00	0,00
2425	DELMA APARECIDA DA SILVA SPONTON	Mensal 07/20	2.929,39	273,15	0,00	0	7,50	142,80	56,42
3458	DEYSE D' ARC BEZERRA PIRES	Mensal 07/20	1.878,85	153,41	0,00	0	0,00	0,00	0,00
3462	DIEGO APARECIDO DE OLIVEIRA	Mensal 07/20	2.170,31	182,06	0,00	0	7,50	142,80	0,00
3465	DIEGO CORASSA PASSARINE	Mensal 07/20	1.704,54	137,72	0,00	0	0,00	0,00	0,00
3506	EDUARDA CARDOSO DA SILVA	Mensal 07/20	1.878,85	153,41	0,00	0	0,00	0,00	0,00
3459	ELAINE BATISTA PEREIRA	Mensal 07/20	1.878,85	153,41	0,00	0	0,00	0,00	0,00
3517	ELAINE JAQUELINE GOMES DE LIMA	Mensal 07/20	3.126,93	296,85	0,00	0	15,00	354,80	69,71
3480	ELIANA PEREIRA GOMES	Mensal 07/20	1.878,85	153,41	379,18	2	0,00	0,00	0,00
3518	EVA OLIVEIRA DE MENEZES	Mensal 07/20	2.073,16	170,90	0,00	0	0,00	0,00	0,00
3468	EVELYN ROSANE PEREIRA NOVAIS	Mensal 07/20	2.030,83	167,09	189,59	1	0,00	0,00	0,00
3510	FERNANDA DE PAULA PERES	Mensal 07/20	1.878,84	153,41	379,18	2	0,00	0,00	0,00
3491	FERNANDA FACHINI MIOTO MATOS	Mensal 07/20	1.704,53	137,72	189,59	1	0,00	0,00	0,00
3466	FERNANDA SANCHEZ ROBERTO DAS NEVI	Mensal 07/20	1.951,61	159,96	379,18	2	0,00	0,00	0,00
3472	FERNANDO ROGERIO LIMA RIBEIRO	Mensal 07/20	1.971,01	161,71	0,00	0	0,00	0,00	0,00
3473	HEIDY CAROLINE PEREIRA DA SILVA	Mensal 07/20	1.704,53	137,72	189,59	1	0,00	0,00	0,00
3528	ISADORA MARIA BESERRA MALHEIRO	Mensal 07/20	3.001,70	281,83	0,00	0	7,50	142,80	61,19
3531	IVANI APARECIDA DA SILVA LOPES	Mensal 07/20	1.966,90	161,34	0,00	0	0,00	0,00	0,00
3531	IVANI APARECIDA DA SILVA LOPES	Rescisão	1.317,46	102,89	0,00	0	15,00	354,80	98,22
3531	IVANI APARECIDA DA SILVA LOPES	13o Resc.	496,66	37,24	0,00	0	0,00	0,00	0,00
3505	JEANE MARIA DOS REIS	Mensal 07/20	3.396,58	334,45	0,00	0	15,00	354,80	104,52
3500	JOAO DARCI LINO	Mensal 07/20	2.857,29	264,50	0,00	0	7,50	142,80	51,66
3530	JULIA DA SILVA PAULA	Mensal 07/20	1.972,97	161,88	0,00	0	0,00	0,00	0,00
3503	KEROLAYNE POLIANA TAKAMATSU SANT	Mensal 07/20	1.878,84	153,41	0,00	0	0,00	0,00	0,00
3508	KESSIA DA SILVA CALDEIRA	Mensal 07/20	2.194,59	184,97	379,18	2	0,00	0,00	0,00
3479	LEIDIANE LIMA DA SILVA	Mensal 07/20	1.878,84	153,41	189,59	1	0,00	0,00	0,00
3489	LEILA MARIA BRUNETO IZABEL DE OLIVEI	Mensal 07/20	2.143,91	178,89	0,00	0	7,50	142,80	0,00
3470	LEIZE GEDO BIUDES CLABUCHAR	Mensal 07/20	1.704,53	137,72	379,18	2	0,00	0,00	0,00
3509	LETICIA DA SILVA FABIANO	Mensal 07/20	2.039,87	167,90	189,59	1	0,00	0,00	0,00
3643	LETICIA FERNANDES DE SOUZA	Mensal 07/20	1.074,93	81,06	0,00	0	0,00	0,00	0,00
3496	LIANE CRISTINA DE SOUZA	Mensal 07/20	2.180,17	183,24	0,00	0	7,50	142,80	0,00
3496	LIANE CRISTINA DE SOUZA	Rescisão	1.196,35	91,99	0,00	0	15,00	354,80	110,39
3496	LIANE CRISTINA DE SOUZA	13o Resc.	555,96	41,69	0,00	0	0,00	0,00	0,00
3513	LUCIMARA CONTEL EVANGELISTA	Mensal 07/20	2.657,29	240,50	0,00	0	7,50	142,80	38,46
3471	MANOEL ALEXANDRE DA SILVA	Mensal 07/20	1.704,53	137,72	0,00	0	0,00	0,00	0,00
3498	MANOEL OLIVEIRA DE SOUZA	Mensal 07/20	2.165,75	181,51	0,00	0	7,50	142,80	0,00
3498	MANOEL OLIVEIRA DE SOUZA	Rescisão	1.012,29	75,92	0,00	0	15,00	354,80	83,29
3498	MANOEL OLIVEIRA DE SOUZA	13o Resc.	554,15	41,56	0,00	0	0,00	0,00	0,00
3586	MARCELO DA ROCHA SOARES GALVÃO	Mensal 07/20	1.753,58	142,14	0,00	0	0,00	0,00	0,00
3586	MARCELO DA ROCHA SOARES GALVÃO	Rescisão	250,52	18,78	0,00	0	0,00	0,00	0,00
3586	MARCELO DA ROCHA SOARES GALVÃO	13o Resc.	156,57	11,74	0,00	0	0,00	0,00	0,00
3516	MARCIA DOURADO MEIRA	Mensal 07/20	1.878,85	153,41	0,00	0	0,00	0,00	0,00
3511	MARCIO ROBERTO GOMES	Mensal 07/20	2.218,89	187,89	0,00	0	7,50	142,80	0,00
3511	MARCIO ROBERTO GOMES	Rescisão	1.269,24	98,55	0,00	0	15,00	354,80	125,45
3511	MARCIO ROBERTO GOMES	13o Resc.	558,14	41,86	0,00	0	0,00	0,00	0,00
3475	MARIA CRISTINA DE AGUIAR	Mensal 07/20	1.971,01	161,71	0,00	0	0,00	0,00	0,00
3690	MARIA GABRIELA CAMAÇARI RIBEIRO	Mensal 07/20	187,88	14,09	0,00	0	0,00	0,00	0,00
3474	MARIA SIMON VILANOVA GIANOTTI	Mensal 07/20	2.857,28	264,50	0,00	0	7,50	142,80	51,66
3488	MILENA MARIA PENCO CAPUA	Mensal 07/20	1.913,53	156,53	0,00	0	0,00	0,00	0,00
3502	MIRIAN APARECIDA MADUREIRA DOS REI	Mensal 07/20	1.878,85	153,41	0,00	0	0,00	0,00	0,00
3669	MIRIAN JULIANE DA SILVA	Mensal 07/20	1.975,77	162,13	0,00	0	0,00	0,00	0,00
3587	NATALIA APARECIDA TOMAZ TRAFICANTI	Mensal 07/20	1.889,09	154,33	0,00	0	0,00	0,00	0,00
3587	NATALIA APARECIDA TOMAZ TRAFICANTI	Rescisão	1.109,44	84,16	0,00	0	7,50	142,80	64,20

CONVENIO CONFIRME PROCESSO Nº 561.219  
 FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
 PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
 HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19



RELAÇÃO DAS BASES DO IRRF

Código	Nome do empregado	Tipo	Base cálculo	Abatimentos	Dependentes	ND	Taxa	Dedução	Valor IRRF
3587	NATALIA APARECIDA TOMAZ TRAFICANTI	13o Resc.	325,29	24,39	0,00	0	0,00	0,00	0,00
3646	OLAIR AMORIM CLEMENTE	Mensal 07/20	771,66	57,87	0,00	0	0,00	0,00	0,00
3515	PATRICIA ANTIQUEIRA DOS SANTOS	Mensal 07/20	3.276,62	317,66	0,00	0	15,00	354,80	89,04
3478	PAULO HENRIQUE GONÇALVES	Mensal 07/20	1.903,14	155,60	0,00	0	0,00	0,00	0,00
3520	PENHA CRISTINA DANTAS RIBAS	Mensal 07/20	2.243,18	190,80	0,00	0	7,50	142,80	11,13
3467	RAFAELA CRISTINA GONCALVES MACHAD	Mensal 07/20	1.704,53	137,72	0,00	0	0,00	0,00	0,00
3588	ROSELI PEREIRA	Mensal 07/20	1.347,14	105,56	0,00	0	0,00	0,00	0,00
3457	ROSIANE DE SOUZA SOARES	Mensal 07/20	1.878,85	153,41	0,00	0	0,00	0,00	0,00
3454	ROZINEI MECHON NUNES	Mensal 07/20	1.878,85	153,41	0,00	0	0,00	0,00	0,00
3453	SANDRA MIOTTI FAUSTINO	Mensal 07/20	2.857,28	264,50	0,00	0	7,50	142,80	51,66
3485	SILENE DE OLIVEIRA RODRIGUES DE LAR	Mensal 07/20	2.192,17	184,68	0,00	0	7,50	142,80	0,00
3495	SILVIA ANDREA RODRIGUES DE LIMA	Mensal 07/20	1.878,85	153,41	0,00	0	0,00	0,00	0,00
3519	SILVIA APARECIDA DE OLIVEIRA	Mensal 07/20	3.396,57	334,45	0,00	0	15,00	354,80	104,52
3514	SIMONE ROCHA CARIS DE OLIVEIRA	Mensal 07/20	1.878,86	153,41	189,59	1	0,00	0,00	0,00
3504	STEFANY CORREIA MARTINS	Mensal 07/20	2.085,30	171,99	0,00	0	7,50	142,80	0,00
3561	TATIANA SOARES	Mensal 07/20	2.194,60	184,98	0,00	0	7,50	142,80	0,00
3512	THAWANY YURI KAWAMURA	Mensal 07/20	2.170,31	182,06	0,00	0	7,50	142,80	0,00
3476	YASMIN MARISSOL ZANON	Mensal 07/20	1.748,04	141,64	0,00	0	0,00	0,00	0,00
3476	YASMIN MARISSOL ZANON	Rescisão	1.123,33	85,41	0,00	0	7,50	142,80	55,52
3476	YASMIN MARISSOL ZANON	13o Resc.	594,47	44,58	0,00	0	0,00	0,00	0,00
Total:			168.265,28	14.321,84					1.692,83

Empregados: 90 Estagiários: 0 Contribuintes: 0 Total: 168.265,28 14.321,84 4.170,98 1.692,83

Total Geral:

Empregados: 74 Estagiários: 0 Contribuintes: 0 Total: 168.265,28 14.321,84 4.170,98 1.692,83

Resumo Geral IRRF

Cód. de Recolhimento	Periodicidade	Valores Acum. Comp. Ant.	Valor a Recolher	Valor a Compensar	Valor a Pagar	Valor a Acumular
Todos	07/2020	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0561	Mensal 07/2020	0,00	37.476,90	0,00	37.476,90	0,00
0588	Mensal 07/2020	0,00	465,16	0,00	465,16	0,00
Totalizador			37.942,06	0,00	37.942,06	0,00

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 06/2020  
 FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
 PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
 HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
04/10/2020 - AUTOATENDIMENTO - 16.22.12  
3062703062 SEGUNDA VIA 0026  
COMPROVANTE DE PAGAMENTO

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

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL  
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.311-1

=====

CODIGO DO PAGAMENTO	2305
COMPETENCIA	08/2020
IDENTIFICADOR	45349461001508
DATA DO PAGAMENTO	16/09/2020
VALOR DO INSS	14.055,44
VALOR OUTRAS ENTIDADES	0,00
VALOR ATM/JUROS/MULTA	0,00
VALOR TOTAL	14.055,44

=====

DOCUMENTO: 091606  
AUTENTICACAO SISBB: 6.BDA.017.9CA.114.1CF

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

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
04/10/2020 - AUTOATENDIMENTO - 16.22.12  
3062703062 SEGUNDA VIA 0026  
COMPROVANTE DE PAGAMENTO

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

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL

=====


CODIGO DO PAGAMENTO	2305
COMPETENCIA	08/2020
IDENTIFICADOR	45349461001508
DATA DO PAGAMENTO	16/09/2020
VALOR DO INSS	14.055,44
VALOR OUTRAS ENTIDADES	0,00
VALOR ATM/JUROS/MULTA	0,00
VALOR TOTAL	14.055,44

=====

DOCUMENTO: 091606  
AUTENTICACAO SISBB: 6.BDA.017.9CA.114.1CF


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

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19


**MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - MPS**  
**INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS**  
**SECRETARIA DA RECEITA PREVIDENCIÁRIA - SRP**  
**GUIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - GPS**

3 - CÓDIGO DE PAGAMENTO		2305
4 - COMPETÊNCIA		08/2020
5 - IDENTIFICADOR		45.349.461/0015-08
1 - NOME OU RAZÃO SOCIAL / FONE / ENDEREÇO CNPJ 45.349.461/0015-08 ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL AV LEANDRO RATISBONA DE MEDEIROS 880 SALA 01 JARDIM PENAPOLIS SP CEP 16303-046		6 - VALOR DO INSS 14.055,44
2 - VENCIMENTO (Uso exclusivo INSS)		18/09/2020
9 - VALOR OUTRAS ENTIDADES		0,00
10 - ATM/MULTA E JUROS		0,00
11 - TOTAL		14.055,44
AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA		

1ª Via - INSS - 2ª Via CONTRIBUINTE


**MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - MPS**  
**INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS**  
**SECRETARIA DA RECEITA PREVIDENCIÁRIA - SRP**  
**GUIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - GPS**

3 - CÓDIGO DE PAGAMENTO		2305
4 - COMPETÊNCIA		08/2020
5 - IDENTIFICADOR		45.349.461/0015-08
1 - NOME OU RAZÃO SOCIAL / FONE / ENDEREÇO CNPJ 45.349.461/0015-08 ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL AV LEANDRO RATISBONA DE MEDEIROS 880 SALA 01 JARDIM PENAPOLIS SP CEP 16303-046		6 - VALOR DO INSS 14.055,44
2 - VENCIMENTO (Uso exclusivo INSS)		18/09/2020
9 - VALOR OUTRAS ENTIDADES		0,00
10 - ATM/MULTA E JUROS		0,00
11 - TOTAL		14.055,44
AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA		

1ª Via - INSS - 2ª Via CONTRIBUINTE

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
 FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
 PREFEITURA MUNICIPAL DE PENAPOLIS  
 HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

16/09/20  
 LV

**RELAÇÃO DE BASES DO INSS**

Código	Nome do empregado	Base cálculo	Excedente	Ded.sal.mat.13	Deduções	Taxa	Valor
EMPREGADOS							
3532	ADRIANA APARECIDA CANATTO AUGUSTO	2.438,99	0,00	0,00	0,00	8,79	214,30
3492	ADRIANA CORREIA DE SOUZA	2.073,16	0,00	0,00	0,00	8,24	170,90
3487	ALAN LUCIUS FIRMINO LOZANO	1.704,53	0,00	0,00	0,00	8,08	137,72
3486	ALESSANDRA ALVES DA SILVA	2.113,54	0,00	0,00	0,00	8,29	175,25
3718	ALESSANDRA SOARES LOPES	313,14	0,00	0,00	0,00	7,50	23,48
3455	ALEXANDRE DUMAS DE OLIVEIRA DA SILVA	1.924,38	0,00	0,00	0,00	8,18	157,51
3493	ALEXANDRE TEIXEIRA DA SILVA	1.878,85	0,00	0,00	0,00	8,17	153,41
3483	AMANDA CRISTINA DA SILVA GOVEA	2.252,59	0,00	0,00	0,00	8,52	191,93
3481	ANA PAULA FERREIRA	1.878,85	0,00	0,00	0,00	8,17	153,41
3477	ANDERSON CARRIJO DA COSTA	3.057,29	0,00	0,00	0,00	9,44	288,50
3713	ANDRE LUIZ MARTINS DE BARROS	626,29	0,00	0,00	0,00	7,50	46,97
3490	BEATRIZ SANTOS RAMOS	1.659,60	0,00	0,00	0,00	7,59	125,42
3534	BIANCA KLEM MARQUES	1.903,14	0,00	0,00	0,00	8,18	155,60
3482	DANIELA PEREIRA BRANDAO	3.899,66	0,00	0,00	0,00	10,38	404,88
3494	DANIELE LEITE GREMES DUMAS	1.878,85	0,00	0,00	0,00	8,17	153,41
3507	DANIELE PAOLA PIRES DOS SANTOS	2.073,16	0,00	0,00	0,00	8,24	170,90
3538	DANILO AUGUSTO DAVID ZANETTE	4.263,38	0,00	0,00	0,00	10,69	455,80
3469	DEBORA MATEUS CAETANO	1.837,77	0,00	0,00	0,00	8,15	149,71
2425	DELMA APARECIDA DA SILVA SPONTON	2.929,39	0,00	0,00	0,00	9,32	273,15
3458	DEYSE D' ARC BEZERRA PIRES	1.878,85	0,00	0,00	0,00	8,17	153,41
3462	DIEGO APARECIDO DE OLIVEIRA	2.243,18	0,00	0,00	0,00	8,51	190,80
3465	DIEGO CORASSA PASSARINE	1.704,53	0,00	0,00	0,00	8,08	137,72
3506	EDUARDA CARDOSO DA SILVA	1.878,85	0,00	0,00	0,00	8,17	153,41
3459	ELAINE BATISTA PEREIRA	1.878,85	0,00	0,00	0,00	8,17	153,41
3517	ELAINE JAQUELINE GOMES DE LIMA	3.242,50	0,00	0,00	0,00	9,65	312,88
3480	ELIANA PEREIRA GOMES	1.878,86	0,00	0,00	0,00	8,17	153,41
3518	EVA OLIVEIRA DE MENEZES	2.293,26	0,00	0,00	0,00	8,58	196,81
3468	EVELYN ROSANE PEREIRA NOVAIS	1.900,30	0,00	0,00	0,00	8,17	155,34
3510	FERNANDA DE PAULA PERES	1.878,85	0,00	0,00	0,00	8,17	153,41
3491	FERNANDA FACHINI MIOTO MATOS	1.704,52	0,00	0,00	0,00	8,08	137,72
3466	FERNANDA SANCHEZ ROBERTO DAS NEVES	1.971,88	0,00	0,00	0,00	8,20	161,78
3472	FERNANDO ROGERIO LIMA RIBEIRO	2.030,83	0,00	0,00	0,00	8,23	167,09
3473	HEIDY CAROLINE PEREIRA DA SILVA	1.704,53	0,00	0,00	0,00	8,08	137,72
3528	ISADORA MARIA BESERRA MALHEIRO	3.600,53	0,00	0,00	0,00	10,08	363,00
3531	IVANI APARECIDA DA SILVA LOPES	1.814,12	0,00	0,00	0,00	7,81	140,13
3505	JEANE MARIA DOS REIS	3.358,06	0,00	0,00	0,00	9,80	329,06
3710	JESSICA PENTEADO SOARES	681,81	0,00	0,00	0,00	7,50	51,13
3500	JOAO DARC LINO	2.857,29	0,00	0,00	0,00	9,26	264,50
3530	JULIA DA SILVA PAULA	2.003,33	0,00	0,00	0,00	8,22	164,61
3503	KEROLAYNE POLIANA TAKAMATSU SANTANA	1.878,85	0,00	0,00	0,00	8,17	153,41
3508	KESSIA DA SILVA CALDEIRA	2.073,15	0,00	0,00	0,00	8,24	170,90
3479	LEIDIANE LIMA DA SILVA	1.878,86	0,00	0,00	0,00	8,17	153,41
3489	LEILA MARIA BRUNETO IZABEL DE OLIVEIRA	2.121,74	0,00	0,00	0,00	8,31	176,23
3470	LEIZE GEDO BIUDES CLABUCHAR	1.705,75	0,00	0,00	0,00	8,08	137,83
3509	LETICIA DA SILVA FABIANO	2.144,01	0,00	0,00	0,00	8,34	178,90
3643	LETICIA FERNANDES DE SOUZA	2.095,93	0,00	0,00	0,00	8,26	173,13
3496	LIANE CRISTINA DE SOUZA	1.752,31	0,00	0,00	0,00	7,69	133,68
3513	LUCIMARA CONTEL EVANGELISTA	2.657,29	0,00	0,00	0,00	9,05	240,50
3471	MANOEL ALEXANDRE DA SILVA	1.878,56	0,00	0,00	0,00	8,17	153,39
3498	MANOEL OLIVEIRA DE SOUZA	1.566,44	0,00	0,00	0,00	7,50	117,48
3586	MARCELO DA ROCHA SOARES GALVÃO	407,09	0,00	0,00	0,00	7,50	30,52
3516	MARCIA DOURADO MEIRA	1.878,85	0,00	0,00	0,00	8,17	153,41
3511	MARCIO ROBERTO GOMES	1.827,38	0,00	0,00	0,00	7,76	140,41
3475	MARIA CRISTINA DE AGUIAR	1.780,67	0,00	0,00	0,00	8,12	144,58
3690	MARIA GABRIELA CAMAÇARI RIBEIRO	2.316,05	0,00	0,00	0,00	8,62	199,55
3474	MARIA SIMON VILANOVA GIANOTTI	3.631,71	0,00	0,00	0,00	9,31	325,28
3717	MICHELE PEREIRA DA SILVA	313,14	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
3488	MILENA MARIA PENCO CAPUA	1.705,41	0,00	0,00	0,00	8,08	137,80
3502	MIRIAN APARECIDA MADUREIRA DOS REIS CALLES	1.878,86	0,00	0,00	0,00	8,17	153,41
3669	MIRIAN JULIANE DA SILVA	2.122,79	0,00	0,00	0,00	8,31	176,36
3587	NATALIA APARECIDA TOMAZ TRAFICANTE	1.434,73	0,00	0,00	0,00	7,59	108,55
3646	OLAIR AMORIM CLEMENTE	2.104,53	0,00	0,00	0,00	8,28	174,17
3515	PATRICIA ANTIQUEIRA DOS SANTOS	3.235,46	0,00	0,00	0,00	9,64	311,89
3478	PAULO HENRIQUE GONÇALVES	1.878,85	0,00	0,00	0,00	8,17	153,41
3520	PENHA CRISTINA DANTAS RIBAS	2.243,18	0,00	0,00	0,00	8,51	190,80
3467	RAFAELA CRISTINA GONCALVES MACHADO	1.704,53	0,00	0,00	0,00	8,08	137,72
3588	ROSELI PEREIRA	2.071,02	0,00	0,00	0,00	8,24	170,71
3457	ROSIANE DE SOUZA SOARES	1.878,86	0,00	0,00	0,00	8,17	153,41

CONVÊNIO CONFIRMAÇÃO PROCESSO Nº 06/2020  
 FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
 PREFEITURA MUNICIPAL DE PENAPOLIS  
 HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

**RELAÇÃO DE BASES DO INSS**

Código	Nome do empregado	Base cálculo	Excedente	Ded.sal.mat.13	Deduções	Taxa	Valor
EMPREGADOS							
3454	ROZINEI MECHON NUNES	1.878,85	0,00	0,00	0,00	8,17	153,41
3453	SANDRA MIOTTI FAUSTINO	2.857,29	0,00	0,00	0,00	9,26	264,50
3485	SILENE DE OLIVEIRA RODRIGUES DE LARA	2.189,14	0,00	0,00	0,00	8,42	184,32
3495	SILVIA ANDREA RODRIGUES DE LIMA	1.816,22	0,00	0,00	0,00	8,14	147,77
3519	SILVIA APARECIDA DE OLIVEIRA	3.165,45	0,00	0,00	0,00	9,54	302,09
3514	SIMONE ROCHA CARIS DE OLIVEIRA	1.903,14	0,00	0,00	0,00	8,18	155,60
3504	STEFANY CORREIA MARTINS	2.976,33	0,00	0,00	0,00	9,37	278,78
3561	TATIANA SOARES	3.435,05	0,00	0,00	0,00	9,89	339,84
3512	THAWANY YURI KAWAMURA	2.048,88	0,00	0,00	0,00	8,23	168,71
3476	YASMIN MARISSOL ZANON	1.717,80	0,00	0,00	0,00	7,60	129,99
	Empregados:	78	Total:	163.365,64	0,00	0,00	14.055,44
	Contribuintes:	0	Total:	0,00	0,00	0,00	0,00
	Total:	78	Total:	163.365,64	0,00	0,00	14.055,44

**Resumo Geral das bases de INSS**

	Base cálculo	Excedente	Segurados	Contribuintes	RAT	Empresa	Deduções	Terceiros	Total
<b>Total</b>	163.365,64	0,00	14.055,44	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	14.055,44

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 90/2020  
 FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
 PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
 HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

18/09/2020 - BANCO DO BRASIL - 13:02:33  
306203062 SEGUNDA VIA 0030  
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA  
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL  
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.311-1

=====

DATA DA TRANSFERENCIA	18/09/2020
NR. DOCUMENTO	550.347.000.000.331
VALOR TOTAL	139,80

\*\*\*\*\* TRANSFERIDO PARA:  
CLIENTE: COMERCIAL DE P SAO G L ME  
AGENCIA: 0347-6 CONTA: 331-X  
NR. DOCUMENTO 553.062.000.036.311  
=====

NR. AUTENTICACAO	9.FBC.26E.B88.D32.CEE
------------------	-----------------------

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

Recebemos de **COMERCIAL DE PAPEIS SAO GABRIEL LTDA ME** os produtos e/ou serviços constantes da Nota Fiscal Eletrônica indicada abaixo. Emissão: 17/09/2020 - Dest/Rem: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL - Valor: R\$ 139,80

DATA DO RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	NF-e 000005120 SÉRIE 001
---------------------	---	-----------------------------

<b>COMERCIAL DE PAPEIS SAO GABRIEL LTDA ME</b> AVENIDA DR. MARIO SABINO, 368 CENTRO CEP: 16300000 - PENAPOLIS/SP	<b>DANFE</b> Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica	
	0 - ENTRADA 1 - SAÍDA	CHAVE DE ACESSO <b>35200959300046000179550010000051201000051213</b>
NATUREZA DA OPERAÇÃO <b>VENDAS A VISTA</b>		PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO <b>135200824047893 17/09/2020 13:55:54</b>
INSCRIÇÃO ESTADUAL <b>521002762117</b>	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBSTITUTO TRIBUTÁRIO	CNPJ/CPF <b>59300046000179</b>

<b>DESTINATÁRIO/REMETENTE</b> NOME/RAZÃO SOCIAL <b>ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL</b>				CNPJ/CPF <b>45349461000102</b>	INSCRIÇÃO ESTADUAL	DATA DA EMISSÃO <b>17/09/2020</b>
ENDEREÇO <b>AVENIDA JOSE ARIANO RODRIGUES, 303</b>				BAIRRO/DISTRITO <b>JARDIM ARIANO</b>	DATA DA SAÍDA <b>17/09/2020</b>	
CEP <b>16400400</b>	MUNICÍPIO/UF <b>LINS/SP</b>	TELEFONE/FAX <b>1435325198</b>		HORA DA SAÍDA <b>13:55:00</b>		

<b>CÁLCULO DO IMPOSTO</b>						
BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLC. DO ICMS SUBST.	VALOR DO ICMS SUBST.	VALOR APROX. DOS TRIBUTOS	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS	
0,00	0,00	0,00	0,00	54,86	139,80	
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	139,80	

<b>FATURA</b>				
DADOS DA FATURA	Número: 5120	Valor original: R\$ 139,80	Valor desconto: 0,00	Valor líquido: 139,80

<b>DUPLICATAS</b>		
Número	Vencimento	Valor
001	17/09/2020	139,80

<b>TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS</b>			
NOME/RAZÃO SOCIAL			FRETE POR CONTA
			<b>3 - TRANSPORTE PRÓPRIO POR CONTA DO REMETENTE</b>
ENDEREÇO			CNPJ/CPF
MUNICÍPIO			INSCRIÇÃO ESTADUAL
QUANTIDADE	ESPECIE	MARCA	NUMERAÇÃO
0			
		PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO

<b>DADOS DOS PRODUTOS/SERVIÇOS</b>														
CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM/SH	CST	CFOP	UNID	QTDE	VALOR UNITÁRIO	VALOR DESC.	VALOR LÍQUIDO	BC ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALIQ ICMS	ALIQ IPI
000000451	LIVRO DE PSCOTROPICOS GENERICO(A)	48201000	0500	5405	UN	3,0000	46,6000	0,00	139,8000	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

*Luiz Valente*

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
 FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
 PREFEITURA MUNICIPAL DE PENAPOLIS  
 HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

<b>DADOS ADICIONAIS</b> INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES Valor aproximado tributos: Municipal: 0,00 Estadual: 25,16 Federal: 29,69 - Fonte IBPT.	RESERVADO AO FISCO
--	--------------------

04/10/2020 - BANCO DO BRASIL - 16:22:12  
306203062 0012

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL  
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.311-1

=====

BANCO COOPERATIVO DO BRASIL S.

75691318860119224830800023710015683820000008100

BENEFICIARIO:

MARCIO CARAZI SOARES

CPF: 274.667.148-46

PAGADOR:

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE D

CNPJ: 45.349.461/0001-02

-----

NR. DOCUMENTO	91.801
DATA DE VENCIMENTO	18/09/2020
DATA DO PAGAMENTO	18/09/2020
VALOR DO DOCUMENTO	81,00
VALOR COBRADO	81,00

-----

NR.AUTENTICACAO 7.4AA.FE1.1FA.766.0DE

-----

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 CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19





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

Número da Nota  
360

Data de Emissão  
17/09/2020

Data e Hora da  
Competência  
17/09/2020 às 06:50:04

Código de Verificação  
1324-0233-5233

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**



DESTA EM SAÚDE E MEDICINA DO TRABALHO

Situação Optante do Simples Nacional  
Telefones  
E-Mail's

CNPJ 29.519.746/0001-98 Cód. Mobiliário 105362 Insc. Mun. 105362  
Nome MARCIO CARAZI SOARES ME IE ISENTO  
Logradouro RUA-RUBENS JESUS MAGALHAES Número 31  
Bairro JARDIM MORUMBI CEP 16400-619  
Município LINS UF SP

Autenticação



**TOMADOR DE SERVIÇOS**

CPF/CNPJ 45.349.461/0001-02 IE ISENTO  
Inscrição Mun. 104244 Cód. Mobiliário 104244  
Nome ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL  
E-mail jvalentim@ahbb.org.br; Telefone contabilidade@ahbb.org.br  
Inf. Comp.  
Logradouro AVENIDA-JOSE ARIANO RODRIGUES Número 303  
Bairro JARDIM ARIANO CEP 16400-400  
Município LINS UF SP  
Complemento SALA 03 País BRASIL

**DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

Serviço	Descrição	Vlr. Unitário	Qtde	Desconto	Aliq. Tributo (IBPT)	Total
1	SERVIÇOS PRESTADOS	81,0000	1,00	0,00	0,00	81,00

Valor Total dos Serviços - R\$81,00

**INFORMAÇÕES REFERENTES A DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

ELABORAÇÃO DE DOCUMENTAÇÃO OCUPACIONAL.

**TRIBUTOS**

PIS (R\$) COFINS (R\$) INSS (R\$) IR (R\$) CSLL (R\$) Outras Retenções (R\$) Outros Tributos (R\$)  
CIDE (R\$) IOF (R\$) IPI (R\$) ICMS (R\$)

**VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 81,00**

**Atividade**

8219999-Preparação de documentos e serviços especializados de apoio administrativo não especificados anterior

**Operação**

Sem Lançamentos de Materiais/Equipamentos

Dedução de Materiais/Equipamentos

Não

Responsável pelo imposto

Prestador dos Serviços

Situação da Nota Fiscal

Simples Nacional

Local do Serviço

Dentro do Município

Aliquota (%)

Base de Cálc. (R\$)

Vlr. Total das Deduções (R\$)

Vlr. Total Retido (R\$)

Vlr. do ISS (R\$)

2,0100

81,00

0,00

0,00

1,63

**VALOR LÍQUIDO DA NOTA = R\$ 81,00**

**OUTRAS INFORMAÇÕES (RESERVADO AO FISCO)**

A situação 'ISENTA/IMUNE' se refere à condição da empresa emitente da NFS-e perante o município de Lins-SP, município onde está estabelecida. Aplicam-se as regras de incidência do ISSQN relativas ao município onde o imposto municipal é devido, nos casos em que seja devido no local da prestação, conforme dispõe a Lei Complementar Federal n.º 116/2003 e as normas municipais respectivas. A autenticidade deste documento poderá ser verificada no endereço [www.lins.sp.gov.br](http://www.lins.sp.gov.br)

Recebi(emos) do Prestador: MARCIO CARAZI SOARES ME CNPJ: 29.519.746/0001-98

Os serviços constantes da Nota Fiscal de Serviços Eletrônica n.º 360 emitida em 17/09/2020 às 06:50:04 - Cód Verif 1324-0233-5233

Condições de Pagamento: Vencimento: 18/09/2020 Valor Total R\$ 81,00 Valor Líquido R\$ 81,00

Ass: \_\_\_\_\_ em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Assinatura do Destinatário/Tomador do(s) Serviço(s) Data da Assinatura

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
04/10/2020 - AUTOATENDIMENTO - 16.22.12  
3062703062 SEGUNDA VIA 0010

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL

AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.311-1

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA

REMETENTE : ASSOCIACAO H B 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\$ 177,66

DEBITO EM: 18/09/2020

=====

DOCUMENTO: 091802

AUTENTICACAO SISBB: 0.3A8.07A.410.673.D7C

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19



**PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA**

**NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFS-e**  
 RPS Nº 713352282737 Série A, emitido em 01/09/2020

Número da Nota  
**00023617**  
 Data e Hora de Emissão  
**01/09/2020 09:21:07**  
 Código de Verificação  
**KCBE-WDVT**

20201014u20617386000192

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

CPF/CNPJ: 20.617.386/0001-92

Inscrição Municipal: 5.046.020-0

Nome/Razão Social: **AUTOMATIZAÇÕES SEculo XXI TRATAMENTO DE DADOS LTDA - EPP**  
 Endereço: **R Martins Fontes 230, 7º e 9º ANDAR - Centro - CEP: 01050-000**  
 Município: **São Paulo**

UF: SP

**TOMADOR DE SERVIÇOS**Nome/Razão Social: **ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL**

Inscrição Municipal: ----

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02

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				
<b>02800 - Licenciamento ou cessão de direito de uso de programas de computação, inclusive distribuição.</b>				
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 713352282737 Série A, emitido em 01/09/2020; (3) Data de vencimento do ISS desta NFS-e: 10/10/2020;

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
 FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
 PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
 HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

04/10/2020 - BANCO DO BRASIL - 16:22:12  
306203062 0016

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL  
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.311-1

ITAU UNIBANCO S.A.

34191090080716169271512711770003583830000727908

BENEFICIARIO:  
BELIVE COM DE PROD HOSP LTDA  
NOME FANTASIA:  
BELIVE COM DE PROD HOSP LTDA  
CNPJ: 14.335.544/0001-19  
PAGADOR:  
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICE  
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO 92.101  
DATA DE VENCIMENTO 19/09/2020  
DATA DO PAGAMENTO 21/09/2020  
VALOR DO DOCUMENTO 7.279,08  
VALOR COBRADO 7.279,08

NR. AUTENTICACAO 7.F07.1FB.624.BAF.BAA

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 CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENAPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

 <p><b>BELIVE COMERCIO DE PRODUTOS HOSPITALARES LTDA</b> RUA LAURO VANNUCCI, 330 Baírr: FAZ. STA CANDIDA 13087-548 Campinas - SP Fone: (19)3256-0500 Fax: (19)3256-0500</p>	<p><b>DANFE</b> DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA</p> <p>0 - ENTRADA 1 - SAÍDA</p> <p>Nº 66.356 SÉRIE: 0 FOLHA: 1/1</p>	<p>CONTROLE FISCO</p>  <p>CHAVE DE ACESSO 3520.0814.3355.4400.0119.5500.0000.0663.5610.1181.8707</p> <p>Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora</p> <p>DADOS DA NF-e 135200666608077 - 05/08/2020 17:38:14</p>
	<p>NATUREZA DA OPERAÇÃO 5102 VENDA DE MER ADQ REC D TERC</p>	
	<p>INSCRIÇÃO ESTADUAL 795.194.063.113</p> <p>INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO</p> <p>CNPJ 14.335.544/0001-19</p>	
	<p>DESTINATÁRIO / REMETENTE</p> <p>NOME / RAZÃO SOCIAL ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL</p> <p>CNPJ 45.349.461/0001-02</p> <p>DATA EMISSÃO 05/08/2020</p> <p>ENDEREÇO AVENIDA JOSE ARIANO RODRIGUES, 620 SL 03</p> <p>BAIRRO/DISTRITO CENTRO</p> <p>CEP 16370-000</p> <p>DATA DA SAÍDA 05/08/2020</p> <p>MUNICÍPIO Lins</p> <p>FONE / FAX (014)3541-1544</p> <p>UF SP</p> <p>INSCRIÇÃO ESTADUAL</p> <p>HORA DA SAÍDA 17:38:09</p>	

<p>FATURA/DUPLICATAS</p> <p>66356/1 - 19/09/20 - 7279,08</p>																																					
<p>CÁLCULO DO IMPOSTO</p> <table border="1"> <tr> <td>BASE DE CÁLCULO DO ICMS</td> <td>VALOR DO ICMS</td> <td>BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST</td> <td>VALOR DO ICMS ST</td> <td>VALOR TOTAL DOS PRODUTOS</td> </tr> <tr> <td>7.279,08</td> <td>873,49</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>7.279,08</td> </tr> <tr> <td>VALOR DO FRETE</td> <td>VALOR DO SEGURO</td> <td>DESCONTO</td> <td>OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS</td> <td>VALOR DO IPI</td> </tr> <tr> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> </tr> <tr> <td colspan="4"></td> <td>VALOR TOTAL DA NOTA</td> </tr> <tr> <td colspan="4"></td> <td>7.279,08</td> </tr> </table>		BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS ST	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS	7.279,08	873,49	0,00	0,00	7.279,08	VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00					VALOR TOTAL DA NOTA					7.279,08						
BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS ST	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS																																	
7.279,08	873,49	0,00	0,00	7.279,08																																	
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI																																	
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00																																	
				VALOR TOTAL DA NOTA																																	
				7.279,08																																	
<p>TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS</p> <table border="1"> <tr> <td>RAZÃO SOCIAL</td> <td>FRETE POR CONTA 0-EMITENTE 1-DESTINATÁRIO</td> <td>CODIGO ANNT</td> <td>PLACA DO VEICULO</td> <td>UF</td> <td>CNPJ/CPF</td> </tr> <tr> <td></td> <td>0</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>ENDEREÇO</td> <td>MUNICÍPIO</td> <td>UF</td> <td colspan="3">INSCRIÇÃO ESTADUAL</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>QUANTIDADE</td> <td>ESPECIE</td> <td>MARCA</td> <td>NUMERAÇÃO</td> <td>PESO BRUTO</td> <td>PESO LIQUIDO</td> </tr> <tr> <td>38</td> <td>CAIXAS</td> <td></td> <td></td> <td>539,2000</td> <td>539,2000</td> </tr> </table>		RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA 0-EMITENTE 1-DESTINATÁRIO	CODIGO ANNT	PLACA DO VEICULO	UF	CNPJ/CPF		0					ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL									QUANTIDADE	ESPECIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LIQUIDO	38	CAIXAS			539,2000	539,2000
RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA 0-EMITENTE 1-DESTINATÁRIO	CODIGO ANNT	PLACA DO VEICULO	UF	CNPJ/CPF																																
	0																																				
ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL																																		
QUANTIDADE	ESPECIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LIQUIDO																																
38	CAIXAS			539,2000	539,2000																																

CODIGO PRODUTO NCMS	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	CST CFOP	UNID	QTDE	VALOR UNITARIO	VLR. DESC. UNIT. /PERC.	VALOR TOTAL	BASE CÁLC. ICMS	VALOR ICMS/ST. Cobrável	VALOR IPI	ALIQ. ICMS	ALIQ. IPI
2603 30049099	FLUCONAZOL 2MG/ML 6 BOLSAS X 100ML IV CRISTALIA gen Lote: 20030583 - 05/03/2022 Qtd: 7.00	000 5102	CX	7,0000	70,8000	0,0000 0,0000%	495,60	495,60	59,47 0,00	0,00	12,00	0,00
2648 30042099	MEROPENEM 1G CX 25 FA BIOQUIMICO gen Lote: 098886 - 31/01/2022 Qtd: 6.00 Número da FCI: D1538FAF-856B-4FBB-ACC9-59FF5BBC9EAA	000 5102	CX	6,0000	500,0000	0,0000 0,0000%	3.000,00	3.000,00	360,00 0,00	0,00	12,00	0,00
2319 30049099	FISIOLÓGICO 0,9% 100ML AZB1307B CX84BOLS BAXTER Lote: PR308L3 - 03/11/2021 Qtd: 11.00 Número da FCI: B603C4DE-D20F-4DA6-A9AC-AFD9C9452D2A	500 5102	CX	11,0000	148,6800	0,0000 0,0000%	1.635,48	1.635,48	196,26 0,00	0,00	12,00	0,00
675 30049099	FISIOLÓGICO 0,9% 250ML AZB1322C CX50BOLS BAXTER Lote: PR308X3 - 13/05/2022 Qtd: 8.00 Número da FCI: D5653472-98CB-446A-822A-53B11B48BC24	500 5102	CX	8,0000	106,5000	0,0000 0,0000%	852,00	852,00	102,24 0,00	0,00	12,00	0,00
692 30049099	FISIOLÓGICO 0,9% 500ML AZB1323 CX30BOLS BAXTER Lote: PR308R5 - 08/05/2022 Qtd: 8.00 Número da FCI: EB8C6B3F-ED1C-493F-A639-F9F845E6D08D	500 5102	CX	8,0000	72,0000	0,0000 0,0000%	576,00	576,00	69,12 0,00	0,00	12,00	0,00
1094 30049099	RINGER LACTATO 500ML AZB2323 CX30BOLS BAXTER Lote: PR308H1 - 30/10/2021 Qtd: 10.00 Número da FCI: AA5692F7-D4D6-40A4-B51D-E357868BA856	500 5102	CX	10,0000	72,0000	0,0000 0,0000%	720,00	720,00	86,40 0,00	0,00	12,00	0,00

<p>CÁLCULO DO ISSQN</p>			
INSCRIÇÃO MUNICIPAL	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	BASE DE CÁLCULO DO ISSQN	VALOR DO ISSQN

<p>DADOS ADICIONAIS</p> <p>INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES</p> <p>ENTREGAR ATÉ 07/08 / PRODUTO GENCERICO ALIQUOTA 12% CONFORME DECRETO 61840 / "REGIME ESPECIAL 136/2012 - DISTRIBUIDORA HOSPITALAR PROCESSO - UA 31820-378893/2012" /</p>		<p>RESERVADO AO FISCO</p> <div style="border: 2px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> <p><b>BOLETO ANEXO</b></p> <p><i>Luiz</i></p> </div>
---	--	--

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
04/10/2020 - AUTOATENDIMENTO - 16.22.12  
3062703062 SEGUNDA VIA 0021

COMPROVANTE DE PAGAMENTO

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL  
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.311-1

-----  
Convenio CPFL CIA PAULISTA DE FORC  
Codigo de Barras 83610000073-3 42980040316-5  
23414483703-1 10001833614-7  
Data do pagamento 21/09/2020  
Valor em Dinheiro 7.342,98  
Valor em Cheque 0,00  
Valor Total 7.342,98  
-----

DOCUMENTO: 092102  
AUTENTICACAO SISBB: 9.290.005.ABD.395.B65

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 06/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

*Luiz Valente*

CLINICA DR LUIZ VALENTE SC LTD  
AV LEANDRO RATISBONA DE MEDEIROS 880  
RES VILLAGE  
16300-000 PENAPOLIS SP

Nota Fiscal  
Conta de Energia Elétrica  
Nº. 147870117 série C Pág. 1 de 1  
Data de Emissão 11/09/2020  
Data de Apresentação 14/09/2020  
Conta Contrato No 310001833614

<b>Lote</b>	<b>Roteiro de leitura</b>	<b>Medidor</b>	<b>Cliente</b>	<b>Reservado ao fisco</b>
07	PENBU028-00000358	400999803	0701884021	582D.6A4C.9CF2.49FF.47F8.8315.7E31.DEE9

PREZADO (A) CLIENTE  
Seu cadastro está atualizado? Acesse [www.cpf.com.br/cadastro](http://www.cpf.com.br/cadastro), confira os dados, também seu CNPJ e se sua instalação está na classe correta. Comercial, para não ter problemas com a cobrança da tarifa.

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA  
**CLINICA DR LUIZ VALENTE SC LTD**  
AV LEANDRO RATISBONA DE MEDEIROS, 880  
RES VILLAGE PENAPOLIS - SP

INSC. EST: ISENTO  
CNPJ: 51.102.697/0001-42  
Convencional B3 Comercial Outros Serviços Atividades - Trifásico 220 / 127 V

<b>ATENDIMENTO</b>	<b>PN</b>	<b>SEU CÓDIGO</b>	<b>CONTA/MÊS</b>	<b>VENCIMENTO</b>	<b>TOTAL A PAGAR (R\$)</b>
0800 010 1010 <a href="http://www.cpf.com.br">www.cpf.com.br</a>	0701884021	23067470	SET/2020	21/09/2020	7.342,98

DISCRIMINAÇÃO DA OPERAÇÃO - RESERVADO AO FISCO													
Cod	Descrição da Operação	Mês	Quant.	Unid.	Tarifa com	Valor Total da	Base Cálculo	Aliq.	ICMS	Base Cálculo	PIS	COFINS	Bandeiras
115	Nº 905053023042	Ref.	Faturada	Med.	Tributos	Operação	ICMS	ICMS	PIS/COFINS	PIS/COFINS	0,81%	3,79%	Tarifárias
0605	Consumo Uso Sistema [KWh]-TUSD	SET/20	10.320,000	kWh	0,34738954	3.585,06	3.585,06	18,00	645,31	3.585,06	29,04	135,87	Verde
0601	Consumo - TE	SET/20	10.320,000	kWh	0,36346221	3.750,93	3.750,93	18,00	675,17	3.750,93	30,38	142,16	Verde
	Total Distribuidora					7.335,99							Verde
	<b>DÉBITOS DE OUTROS SERVIÇOS</b>												Verde
0807	Contrib. Custeio IP-CIP Municipal	SET/20				6,99							11 Dias
<b>TOTAL CONSOLIDADO</b>							<b>7.342,98</b>	<b>7.335,99</b>	<b>1.320,48</b>	<b>7.335,99</b>	<b>59,42</b>	<b>278,03</b>	

HISTÓRICO DE CONSUMO			TARIFA ANEEL			EQUIPAMENTOS DE MEDIÇÃO / DATAS DE LEITURA							
Mês	kWh	Dias	Consumo	TUSD	TE	Nº	Energia	Leitura	Leitura	Fator	Consumo	Taxa de Perda	Leitura
			Consumo kWh	0,26888000	0,28132000			11/09/2020	11/08/2020	Multipl.	[kWh]	[%]	Próximo Mês
2020 SET	10320	31				400999803	ATIVA	35890	35632	40,00	10.320		13/10/2020
AGO	11080	32											
JUL	15720	31											
JUN	5920	27											
MAI	520	30											
ABR	800	32											
MAR	0	30											
FEV	0	28											
JAN	0	32											
2019 DEZ	0	31											
NOV	0	32											
OUT	0	31											
SET	0	29											

INDICADORES DE CONTINUIDADE DE FORNECIMENTO DE ENERGIA  
Para consulta dos indicadores acesse nosso site [www.cpf.com.br](http://www.cpf.com.br)

INFORMAÇÕES SOBRE A FATURA

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENAPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

AVISO IMPORTANTE

Nota Fiscal  
Conta de Energia Elétrica  
147870117 Série C

CódDébAut-Banco Total a Pagar (R\$) Data de Vencimento  
310001833614 7.342,98 21/09/2020

Essa conta poderá ser paga no credenciado mais perto de você. Confira a lista completa no site [www.cpf.com.br](http://www.cpf.com.br)  
ELETROPEN  
MERCADINHO DO MINEIRO  
CIRANDINHA

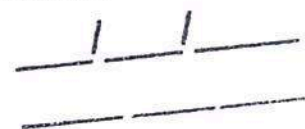
AV RUI BARBOSA 683 - CENTRO  
RUA IRMAOS CRISOSTOMO DE OLIVEIRA 209 - VL FATIMA  
AV MANOEL BENTO DA CRUZ 770 - CENTRO



836100000733 429800403165 234144837031 100018336147



Autenticação Mecânica



04/10/2020 - BANCO DO BRASIL - 16:22:12  
306203062 0027

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL  
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.311-1

=====

BANCO DO BRASIL

=====

00190000090171153600100832486179783850001451128  
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	92.103
NOSSO NUMERO	17115360000832486
CONVENIO	01711536
DATA DE VENCIMENTO	21/09/2020
DATA DO PAGAMENTO	21/09/2020
VALOR DO DOCUMENTO	14.511,28
VALOR COBRADO	14.511,28

=====

NR.AUTENTICACAO E.FA9.F0B.78D.5C8.C49

=====

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.

CONVENIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19



Identificação do emitente:  
  
**COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA**  
 PC EMILIO MARCONATO 1000 - NUCLEO RESIDENCIAL DOCTOR JOAO ALDO NASSIE - JAGUARIUNA - SP  
 CEP 13216-074 - 193522800

**DNFE**  
 DOCUMENTO AUXILIAR DA  
 NOTA FISCAL ELETRONICA  
 0 - ENTRADA 1  
 1 - SAIDA  
 Nº. 1330776 FL 1/1  
 SÉRIE 1

  
 CHAVE DE ACESSO  
**3520 0867 7291 7800 0491 5500 1001 3307 7612 5467 6127**  
 Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e  
 www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora  
 PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO  
**135200667294114 05/08/2020 21:43:19**

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

**DESTINATÁRIO/REMETENTE**  
 NOME / RAZÃO SOCIAL **ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL** CNPJ / CPF **45.349.461/0001-02** DATA DA EMISSÃO **05/08/2020**  
 ENDEREÇO **AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303** BAIRRO / DISTRITO **JARDIM ARIANO** CEP **16400-400** DATA DA ENTRADA/SAÍDA **05/08/2020**  
 MUNICÍPIO **LINS** FONE / FAX **1836591243** UF **SP** INSCRIÇÃO ESTADUAL HORA DE SAÍDA

FATURA/DUPLIC	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC	VENCIMENTO	VALOR
1330776/1	21/09/2020	14.511,28						

BASE DE CALCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CALCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUTO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS	
14.511,28	2.161,25	0,00	0,00	14.511,28	
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	14.511,28

**TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS**  
 NOME / RAZÃO SOCIAL **NIKKEY RIO PRETO LOG. E TRANSP.** FRETE POR CONTA **0 - Por conta do emitente** CÓDIGO ANTT PLACA DO VEICULO UF CNPJ **15.066.184/0001-60**  
 ENDEREÇO **R MARIA CERON VOLPE 2260** MUNICÍPIO **SÃO JOSE DO RIO PRETO** UF **SP** INSCRIÇÃO ESTADUAL **647598751114**  
 QUANTIDADE **5,00** ESPÉCIE **VOLUME(S)** MARCA NUMERO **0,00113** PESO BRUTO **29,432** PESO LÍQUIDO **29,432**

CÓDIGO	DESCRIÇÃO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / SH	CST	CFOP	UN	QUANT.	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL	B.CALC ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALIQUOTAS ICMS	ALIQUOTAS IPI
601909	CEFTRIAXONA 1G IV (BIOQUIMICO) L. 009003 Q. 400,000 0 F. 30/06/20 V. 30/05/2023, nFCI: 26171385-619C-430E-88C5-5D 1500846756	30042059	500	5102	FA	400,00	8,00	3.200,00	3.200,00	576,00	0,00	18,00	0,00
030080	CLOPIDOGREL 75MG,BISSULFATO (DR. REDDYS) (ITEM G.ENERICO) L. C000817G Q. 28,0000 F. 30/03/20 V. 28/02/2022	30049079	000	5102	CP	28,00	0,3071	8,60	8,60	1,03	0,00	12,00	0,00
022656	HEPARINA SODICA 5.000UI/0,25ML. SUBCUTANE (CRISTALI A) L. 20070071 Q. 800,0000 F. 30/07/20 V. 30/07/2022	30049099	000	5102	AP	800,00	4,478	3.582,40	3.582,40	644,83	0,00	18,00	0,00
022767	INSULINA HUM. NPH-N-U100 (ASPEN/CELLOF) L. BF190067 37 Q. 2,0000 F. 28/02/20 V. 30/01/2022, nFCI: 57B0E180-1C32 -428B-A237-92DC9A733899	30043100	300	5102	FR	2,00	19,8528	39,71	39,71	7,15	0,00	18,00	0,00
019304	PIPERACILINA 4,0G + TAZOBACTAM 0,5G (NOVAFAR/FRES EN) (ITEM GENERICO) L. 78PD1466 Q. 25,0000 F. 09/04/20 V. 09/04/2022 L. 78PD1467 Q. 275,0000 F. 09/04/20 V. 09/04/20 22	30041019	000	5102	FA	300,00	25,0145	7.504,35	7.504,35	900,52	0,00	12,00	0,00
022086	PROMETAZINA 50MG/2ML,CLORIDRATO (SANVAL) L. AY 442 Q. 100,0000 F. 30/05/20 V. 30/04/2022	30049075	000	5102	AP	100,00	1,7622	176,22	176,22	31,72	0,00	18,00	0,00

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

**DADOS ADICIONAIS**  
**INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**  
 LOCAL DE ENTREGA: 46374500001328-AVENIDA EURICO GASPAR DUTRA 620 Bairro/Distrito: CENTRO Município: PROMISSAO CEP: 16370000 UF: SP País: BRASIL. PREZADO CLIENTE, FAVOR CONFERIR NO ATO DA ENTREGA - NAO ACEITAREMOS RECLAMACOES APOS 48hs DO RECEBIMENTO DATA ENTREGA 06/08/2020 Pedido 1686862 Autorizacao de Compra(Pedido Cliente): 1686862 \*\*\* O pagamento devera ser realizado atraves do boleto anexo a nota fiscal, caso nao receba entre em contato atraves do e-mail boletos@rioclarensense.com.br ou no telefone (19)3522-5800, Setor de Cobranca Privado AFE 1.04397-7 \*\* AE 1.22375-2 \*\* ASS 1302/16 Validade 23/01/2021 MODAL: RODOVIARIO / TIPO ENTREGA: EXPRESSA LOCAL DE ENTREGA Endereço AVENIDA EURICO GASPAR DUTRA 620 Bairro/Distrito: CENTRO Município: PROMISSAO CEP: 16370000 UF: SP País: BRASIL(Código Interno Emitente: 4768 Nome Fantasia: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL) LOCAL DE ENTREGA: AVENIDA EURICO GASPAR DUTRA 620 Bairro/Distrito: CENTRO Município: PROMISSAO UF: SP País: BRASIL

RESERVADO AO FISCO

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
 FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
 PREFEITURA MUNICIPAL DE PENAPOLIS  
 HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

*lv*

04/10/2020 - BANCO DO BRASIL - 16:22:12  
306203062 0018

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL  
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.311-1

=====

BANCO DO BRASIL

00190000090171153600100832297170183850000198340

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 92.104

NOSSO NUMERO 17115360000832297

CONVENIO 01711536

DATA DE VENCIMENTO 21/09/2020

DATA DO PAGAMENTO 21/09/2020

VALOR DO DOCUMENTO 1.983,40

VALOR COBRADO 1.983,40

=====

NR.AUTENTICACAO 1.3D8.535.19C.D75.743

=====

Central de Atendimento BB

4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas

0800 729 0001 Demais localidades.

Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB

0800 729 0722

Informacoes, reclamacoes, cancelamento de

produtos e servicos.

Ouvidoria

0800 729 5678

Reclamacoes nao solucionadas nos canais

habituais agencia, SAC e demais canais de

atendimento.

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala

0800 729 0088

Informacoes, reclamacoes, cancelamento de cartao,

outros produtos e servicos de Ouvidoria.

**Identificação do emitente**




**COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA**  
 PC 1.MELO MARCONATO 1000 - NUCLEO RESIDENCIAL DOCTOR JOAO AL DO NASSIF - JACUARIUNA - SP  
 CEP 13216-074 - 1935225800

**DANTE**  
 DOCUMENTO AUXILIAR DA  
 NOTA FISCAL ELETRONICA

0 - ENTRADA 1 - SAIDA **1**

Nº. 1330535 FL 1 / 1  
**SÉRIE 1**



CHAVE DE ACESSO  
**3520 0867 7291 7800 0491 5500 1001 3305 3515 2675 4439**

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

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO  
**135200666176425 05/08/2020 16:16:22**

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

**DESTINATÁRIO/REMETENTE**

NOME / RAZÃO SOCIAL **ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL** CNPJ / CPF **45.349.461/0001-02** DATA DA EMISSÃO **05/08/2020**

ENDEREÇO **AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303** BAIRRO / DISTRITO **JARDIM ARIANO** CEP **16400-400** DATA DA ENTRADA/SAIDA **05/08/2020**

MUNICIPIO **LINS** FONE / FAX **1836591243** UF **SP** INSCRIÇÃO ESTADUAL **395060142110** HORA DE SAIDA

**FATURA/DUPLICATA**

FATURA/DUPLIC	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC	VENCIMENTO	VALOR
1330535/1	21/09/2020	1.983,40						

**CALCULO DO IMPOSTO**

BASE DE CALCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CALCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUTO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS	
1.983,40	357,01	0,00	0,00	1.983,40	
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	1.983,40

**TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS**

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

ENDEREÇO **R MARIA CERON VOLPE 2260** MUNICIPIO **SAO JOSE DO RIO PRETO** UF **SP** INSCRIÇÃO ESTADUAL **647598751114**

QUANTIDADE **10,00** ESPÉCIE **VOLUME(S)** MARCA  NUMERO **0,14210** PESO BRUTO **71,920** PESO LÍQUIDO **71,920**

**DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS**

CODIGO	DESCRIÇÃO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / SH	CST	CFOP	UN	QUANT	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL	B.CALC ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTAS ICMS	IPI
031281	ALCOOL 70% 1000ML (CALLAMARYS) L. A7N101605/D Q: 72,0000 F: 01/05/20 V: 30/05/2022	38089429	000	5102	L	72,00	4,123	296,86	296,86	53,43	0,00	18,00	0,00
029884	CATETER ANGIOCATH 20G (BD) L. 9269944 Q 200,0000 F 30/09/19 V 30/08/2024	90183929	500	5102	PC	200,00	1,43	286,00	286,00	51,48	0,00	18,00	0,00
029885	CATETER ANGIOCATH 22G (BD) L. 0115014 Q 200,0000 F 30/05/20 V 30/04/2025	90183929	500	5102	PC	200,00	1,43	286,00	286,00	51,48	0,00	18,00	0,00
029886	CATETER ANGIOCATH 24G (BD) L: 0132722 Q 200,0000 F 30/05/20 V 30/04/2025, nFCI: 59503167-90E6-4D89-B95E-EFCF 813FCC8E	90183929	500	5102	PC	200,00	1,43	286,00	286,00	51,48	0,00	18,00	0,00
030366	TIRAS REAGENTES N/INDIV (MEDLEVENSOHN) L. 1290549 Q 1.000,0000 F 08/01/20 V 07/01/2022	38220090	700	5102	TI	1.000,00	0,59	590,00	590,00	106,20	0,00	18,00	0,00
030494	FIXADOR DE CATETER PERIFERICO ESTERIL (3M) L: 2005 100855 Q 200,0000 F: 30/03/20 V: 28/02/2022, nFCI: 1562D259-4CC6-4ED7-99DC-B04A78A776CA	30051090	500	5102	PC	200,00	1,1489	229,78	229,78	41,36	0,00	18,00	0,00
027467	SONDA NASOGASTRICA LONGA N 16 (MARKMED) L. 1536 9 Q 10,0000 F: 30/06/20 V: 30/06/2024	90183929	000	5102	PC	10,00	0,876	8,76	8,76	1,58	0,00	18,00	0,00

**CALCULO DO ISSQN**

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

**DADOS ADICIONAIS**

**INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**  
 LOCAL DE ENTREGA 46374500001328-AVENIDA EURICO GASPAS DUTRA 620 Bairro/Distrito CENTRO Municipio PROMISSAO CEP 16370000 UF SP Pais BRASIL. PREZADO CLIENTE, FAVOR CONFERIR NO ATO DA ENTREGA - NAO ACEITAREMOS RECLAMACOES APOS 48hs DO RECEBIMENTO DATA ENTREGA 06/08/2020 Pedido 1686816 Autorizacao de Compra(Pedido Cliente) 1686816 \*\*\* O pagamento devera ser realizado atraves do boleto anexo a nota fiscal, caso nao receba entre em contato atraves do e-mail boletos@rioclarense.com.br ou no telefone (19)3522-5800, Setor de Cobranca Privado AFE 1.04397-7 \*\* AE 1.22375-2 \*\* ASS 1302/16 Validade 23/01/2021 MODAL RODOVIARIO / TIPO ENTREGA EXPRESSA LOCAL DE ENTREGA Endereço: AVENIDA EURICO GASPAS DUTRA 620 Bairro/Distrito: CENTRO Municipio PROMISSAO CEP 16370000 UF SP Pais BRASIL/Código Interno Emitente: 4768 Nome Fantasia: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL/ LOCAL DE ENTREGA: AVENIDA EURICO GASPAS DUTRA 620 Bairro/Distrito: CENTRO Municipio PROMISSAO UF SP Pais BRASIL.

RESERVADO AO FISCO

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
 FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
 PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
 HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

*Luiz Valente*

04/10/2020 - BANCO DO BRASIL - 16:22:12  
306203062 0025

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL  
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.311-1

=====

BANCO BRADESCO S.A.

23790026099023900020233039379202683850000302750

BENEFICIARIO:  
WHITE MARTINS GASES INDUSTRIAIS LTD  
NOME FANTASIA:  
WHITE MARTINS  
CNPJ: 35.820.448/0001-36  
PAGADOR:  
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE D  
CNPJ: 45.349.461/0001-02

=====

NR. DOCUMENTO	92.105
DATA DE VENCIMENTO	21/09/2020
DATA DO PAGAMENTO	21/09/2020
VALOR DO DOCUMENTO	3.027,50
VALOR COBRADO	3.027,50

=====

NR.AUTENTICACAO 7.916.6F1.750.47D.ADI

=====

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

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

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

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

DATA RECEBIMENTO

IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

Nº 22852

SÉRIE 118



White Martins Gases Industriais Ltda  
RUA JOAO COSTA MARTIN  
DISTRITO INDUSTRIAL BAURURU  
CEP: 17034-480

DANFE  
Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica  
0 - ENTRADA  
1 - SAIDA  
1  
Nº 22852  
SÉRIE 118  
FOLHA 1 / 1



CHAVE DE ACESSO  
3520 0835 8204 4800 9516 5511 8000 0228 5218 0281 5191  
Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e  
www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora

INSCRIÇÃO ESTADUAL 209072186110  
INSCRIÇÃO ESTADUAL 1581731731731  
INSCRIÇÃO ESTADUAL 35.820.448/0095-16  
PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO  
135200734260045 24/08/2020 17:50:44-03:00  
CNPJ 35.820.448/0095-16

DESTINATÁRIO REMETENTE  
NOME/RAZÃO SOCIAL ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA  
ENDEREÇO AVENIDA LEANDRO RATSBONA DE MEDEIROS  
CNPJ 45.349.461/0001-02  
Nº 880  
COMPLEMENTO  
TELEFONE 1433325198  
INSCRIÇÃO ESTADUAL  
CNPJ 43.954.460/0001-61  
INSCRIÇÃO ESTADUAL 181009982111  
RESPOSTA 181009982111

FATURA DUPLICATA  
Nº 22852  
VENCIAMENTO 21/09/2020  
VALOR 3027,50  
VALOR DO BILHETE 3027,50  
Nº 001  
VALOR 3027,50

CÁLCULO IMPOSTO  
BASE DE CÁLCULO DO ICMS 3.027,50  
VALOR DO ICMS 0,00  
VALOR DO IPI 0,00  
BASE DE CÁLCULO DO IPI 0,00  
VALOR DO IPI 0,00  
VALOR DO PIS/PASEP 0,00  
VALOR DO COFINS 0,00  
VALOR DO PIS/PASEP 0,00  
VALOR DO COFINS 0,00  
VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 3.027,50  
VALOR TOTAL DA NOTA 3.027,50

TRANSPORTADOR VOLUMES TRANSPORTADOS  
RAZÃO SOCIAL Rodoviário Morada do Sol Ltda  
ENDEREÇO AV MARGINAL ENG CAMILO DINICCI 2885  
CNPJ 865  
INSCRIÇÃO ESTADUAL 865  
RESPOSTA 865  
MARCA GRANDEL  
Nº 0 - Remetente  
ABARAQUARA  
Nº 0 - Remetente  
ABARAQUARA  
Nº 0 - Remetente  
ABARAQUARA

CD PROD	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS	NCM/SII	C.S.T.	CHOP	UN	QTD	V. UNTE	V. TOTAL	BC ICMS	BC ICMS ST	V ICMS ST	V ICMS	V IPI	ALÍQUOTAS
40018291	Oxigenio Líquido Caminh Tanque	28044000	000	5104	M3	865,00000	3,5000	3027,50	3,027,50	3,027,50	544,95	544,95	18,00	0,00
VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS														
VALOR TOTAL DO IPI														
VALOR DO IPI														
VALOR DO PIS/PASEP														
VALOR DO COFINS														
VALOR TOTAL DA NOTA													1.141,800	

DADOS ADICIONAIS  
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES  
CONDICIONADO: 280 CR 28 DDL 21/09/2020 NUM PARC.: 1 ENTRADA: 000 FILIAL/FABRICA: RB4460 COD DOG: SO VT VEICULO: 9008 ROTA: 9008 VIAGEM: 1160 Venda de merc. fora do estab.  
conf. Nº de Remessa nº \_\_\_\_\_ Serie \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ nos termos do Art. 434, Dec. 45.490/2000 RICMS/SP Emissão Autorizada pela Portaria CAT nº 32/96, art. 34 Item: 40018291 Lote: 1146020234003 160  
pod final 120 pol

CONVÊNIO COLÉGIO PROCESSO nº 9812020  
FORTE DE FORTES MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENAPOLIS  
HOSPITAL DE CARANHAIA COVID-19

04/10/2020 - BANCO DO BRASIL - 16:22:12  
306203062 0028

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL  
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.311-1

=====

BANCO DO BRASIL

00190000090295603700200205850175100000000070500

BENEFICIARIO:  
S.E. C P QUIMICOS BAURU EIRELI  
NOME FANTASIA:  
S.E. COMERCIO DE PRODUTOS QUIMICOS  
CNPJ: 59.863.977/0001-85  
PAGADOR:  
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE D  
CNPJ: 45.349.461/0001-02

=====

NR. DOCUMENTO	92.106
NOSSO NUMERO	29560370000205850
CONVENIO	02956037
DATA DE VENCIMENTO	21/09/2020
DATA DO PAGAMENTO	21/09/2020
VALOR DO DOCUMENTO	705,00
VALOR COBRADO	705,00

=====

NR.AUTENTICACAO	A.9BD.3E7.D99.044.857
-----------------	-----------------------

=====

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 CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE FENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

DATA DE RECEBIMENTO IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

**S.E. COMERCIO DE PRODUTOS QUIMICOS DE BAURU EIRELI**

Rua Rubens Garcia, 2-119 - Loteamento Mario Luis Rodrigue  
- CEP:17023-874 - Bauru - SP  
TEL: (14)3227-9227  
www.tamani.com.br  
sac@tamani.com.br

**DANFE**

DOCUMENTO AUXILIAR DA  
NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA  
1 - SAÍDA

Nº 000042348 fl. 1 / 1  
SÉRIE 001



CHAVE DE ACESSO

3520 0859 8639 7700 0185 5500 1000 0423 4810 0338 2014

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

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

135200720197047 20/08/2020 10:10:31

NATUREZA DE OPERAÇÃO

VENDA DE MERC. ADQ OU REC TERC EM OP COM MERC. SUJ A REG

INSCRIÇÃO ESTADUAL

209263984111

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIB.

CNPJ / CPF

59.863.977/0001-85

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ / CPF

45.349.461/0001-02

DATA DA EMISSÃO

20/08/2020

ENDEREÇO

AVENIDA JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03

BAIRRO / DISTRITO

JD ARIANO

CEP

16400-400

DATA SAÍDA / ENTRADA

20/08/2020

MUNICÍPIO

LINS

FONE / FAX

UF

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA

DUPLICATAS

Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR	Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR	Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR	Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR
001	21/09/2020	705,00									

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE CÁLC. ICMS SUBST.	VALOR DO ICMS SUBST.	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	705,00
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESP. ACESS.	VALOR DO IPI
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
				VALOR TOTAL DA NOTA
				705,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ / CPF
	0 - REMETENTE				
ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL		
QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
102	CX PCT		2	72,210	71,710

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇOS

CÓDIGO DO PROD. / SERV.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / SH	CSOSN	CFOP	UNID.	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	VALOR DESCONTO	BASE CALC. ICMS	VALOR I.C.M.S.	VALOR I.P.I.	ALÍQUOTAS ICMS	ALÍQUOTAS IPI
DESC00057	CRISTALCOPO - COPO 180ML CX 2.500 UNI	39241000	0102	5405	CX	2,00	57,50	115,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
DESC00056	P. INTERFOLHA 2D FOLHA SIMPLES - AP	48182000	0102	5405	PCT	100,00	5,90	590,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

ADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES  
Declaramos que os produtos estão adequadamente embalados para carreg., transp. e descarreg. cfe regulamento em vigor Empresa optante pelo SIMPLES NACIONAL  
IMPOSTO RECOLHIDO POR SUBSTITUIÇÃO TRIBUTÁRIA - ART. 313 K DO RICMS / 00.  
Pedido Núm.:0 BOLETO 30 DIAS  
Total BC.ICMS 0,00- VI.Tot.Icms: 0,00- Aliquota :0,00

RESERVADO AO FISCO

04/10/2020 - BANCO DO BRASIL - 16:22:12  
306203062 0012

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL  
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.311-1

=====

00190000090171153600100838658177483860000132531

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	92.107
NOSSO NUMERO	17115360000838658
CONVENIO	01711536
DATA DE VENCIMENTO	22/09/2020
DATA DO PAGAMENTO	21/09/2020
VALOR DO DOCUMENTO	1.325,31
VALOR COBRADO	1.325,31

-----

NR.AUTENTICACAO	E.B34.51D.CBF.391.037
-----------------	-----------------------

-----

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.

CONVENIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19





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

DOCUMENTO AUXILIAR DA  
 NOTA FISCAL ELETRONICA

0 - ENTRADA  
 1 - SAIDA  
 Nº. 1338594 FL 1 / 1  
 SÉRIE 1

CHAVE DE ACESSO  
 3520 0867 7291 7800 0491 5500 1001 3385 9410 0893 6170

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

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO  
 135200739436390 25/08/2020 19:48:27

NATUREZA DA OPERAÇÃO  
**VENDA DENTRO ESTADO**

INSCRIÇÃO ESTADUAL  
 395060142110

INSCR. EST. SUBS. TRIBUTARIO

CNPJ  
 67.729.178/0004-91

**DESTINATÁRIO/REMETENTE**

NOME / RAZÃO SOCIAL <b>ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL</b>		CNPJ / CPF 45.349.461/0001-02	DATA DA EMISSÃO 25/08/2020
ENDEREÇO <b>AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303</b>		BAIRRO / DISTRITO <b>JARDIM ARIANO</b>	CEP 16400-400
MUNICÍPIO <b>LINS</b>		FONE / FAX 1836591243	UF SP
		INSCRIÇÃO ESTADUAL	DATA DA ENTRADA/SAÍDA 25/08/2020
			HORA DE SAÍDA

**FATURA/DUPLICATA**

FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR
1338594/1	22/09/2020	1.325,31						

**CÁLCULO DO IMPOSTO**

BASE DE CÁLCULO DO ICMS 1.325,31	VALOR DO ICMS 174,36	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST 0,00	VALOR DO ICMS SUBSTITUTO 0,00	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 1.325,31
VALOR DO FRETE 0,00	VALOR DO SEGURO 0,00	VALOR DO DESCONTO 0,00	OUTRAS DESPESAS 0,00	VALOR DO IPI 0,00
				VALOR TOTAL DA NOTA 1.325,31

**TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS**

NOME / RAZÃO SOCIAL <b>NIKKEY RIO PRETO LOG. E TRANSP.</b>		FRETE POR CONTA 0 - Por conta do emitente	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEICULO	UF	CNPJ 15.066.184/0001-60
ENDEREÇO <b>R MARIA CERON VOLPE 2260</b>		MUNICÍPIO <b>SAO JOSE DO RIO PRETO</b>		UF SP	INSCRIÇÃO ESTADUAL 647598751114	
QUANTIDADE 1,00	ESPÉCIE <b>VOLUME(S)</b>	MARCA	NUMERO 0,00006	PESO BRUTO 2,921	PESO LÍQUIDO 2,921	

**DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS**

CODIGO	DESCRIÇÃO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / SH	CST	CFOP	UN	QUANT.	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL	B.CALC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALIQUOTAS ICMS	IPI
019304	PIPERACILINA 4,0G + TAZOACTAM 0,5G (NOVAFAR/FRES EN) (ITEM GENERICO) L. 78PD1467 Q. 50,0000 F. 09/04/20 V. 09/04/2022	30041019	000	5102	FA	50,00	21,40	1.070,00	1.070,00	128,40	0,00	12,00	0,00
031803	OXIMETRO DE DEDO (BE CARE) L. 200728011401 Q. 4,0 000 F. 05/08/20 V. 30/08/2025	90181980	200	5102	PC	4,00	63,8275	255,31	255,31	45,96	0,00	18,00	0,00

**CÁLCULO DO ISSQN**

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

**DADOS ADICIONAIS**

<p><b>INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES</b>          LOCAL DE ENTREGA: 46374500001328-AVENIDA EURICO GASPAR DUTRA 620 Bairro/Distrito: CENTRO Município: PROMISSAO CEP: 16370000 UF: SP País: BRASIL. PREZADO CLIENTE, FAVOR CONFERIR NO ATO DA ENTREGA - NAO ACEITAREMOS RECLAMACOES APOS 48hs DO RECEBIMENTO CENTRO DE TRATAMENTO COVID UNIDADE PENAPOLIS DATA ENTREGA: 26/08/2020 Pedido: 1703918 Autorizacao de Compra(Pedido Cliente): 1703918 *** O pagamento devera ser realizado atraves do boleto anexo a nota fiscal, caso nao receba entre em contato atraves do e-mail boletos@rioclarense.com.br ou no telefone (19)3522-5800, Setor de Cobranca Privado: AFE: 1.04397-7 ** AE: 1.22375-2 ** ASS: 1302/16 Validade: 23/01/2021 MODAL: RODOVIARIO / TIPO ENTREGA: EXPRESSA LOCAL DE ENTREGA. Endereço: AVENIDA EURICO GASPAR DUTRA 620 Bairro/Distrito: CENTRO Município: PROMISSAO CEP: 16370000 UF: SP País: BRASIL(Código Interno Emitente: 4768 Nome Fantasia: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL) LOCAL DE ENTREGA: AVENIDA EURICO GASPAR DUTRA 620 Bairro/Distrito: CENTRO Município: PROMISSAO UF: SP País: BRASIL</p>	<p>RESERVADO AO FISCO</p> <p><i>hw</i></p> <p>CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020          FONTE DE RECURSO MUNICIPAL          PREFEITURA MUNICIPAL DE PENAPOLIS          HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19</p>
---	---

04/10/2020 - BANCO DO BRASIL - 16:22:12  
306203062 0023

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL  
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.311-1

ITAU UNIBANCO S.A.

34191090080207600020341808710002183880000095990

BENEFICIARIO:

EPIMED SOLUT TECNO I M LTDA ME

NOME FANTASIA:

EPIMED SOLUT TECNO I M LTDA ME

CNPJ: 10.542.126/0001-41

PAGADOR:

ASSOC HOSPITALAR BENEF BRA

CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO 92.108

DATA DE VENCIMENTO 24/09/2020

DATA DO PAGAMENTO 21/09/2020

VALOR DO DOCUMENTO 959,90

VALOR COBRADO 959,90

NR.AUTENTICACAO B.F8B.979.B11.D4B.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 CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

# Nota Fiscal Eletrônica de Serviços - NFS-e

*Luiz Valente*

<b>EPIMED SOLUTIONS TECNOLOGIA DE INFORMACOES MEDICAS LTDA ME</b> Rua DR LUIS JANUARIO, 406 - SALA 303 CEP: 28990-000 - Bairro: CENTRO Município: Saquarema - RJ E-mail: financeiro@epimedolutions.com Fone: (21) 2550-5100		Número da NFS-e <h2 style="text-align: center;">20200000014500</h2>
CNPJ / CPF 10.542.126/0002-22	Inscrição Estadual ****	Inscrição Municipal 1255280
		Data do Serviço <h3 style="text-align: center;">03/09/2020</h3>
		Código Verificador <h3 style="text-align: center;">49b6d486b</h3>

 <b>PREFEITURA MUNICIPAL DE SAQUAREMA/RJ</b> Secretaria Municipal de Adm., Receita e Tributação Fone: (22) 2651-2254 - sistemas.saquarema.rj.gov.br/nfse.portal	Dt. de Emissão 03/09/2020	Exigibilidade ISS Exigível	Tributado no Município Saquarema/RJ
---	------------------------------	-------------------------------	--

TOMADOR DO SERVIÇO				Município de Prestação do Serviço			
Nome / Razão Social <b>ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL</b>				<b>Saquarema/RJ</b>			
Endereço <b>AV JOSE ARIANO RODRIGUES,303</b>							
Cidade <b>Lins</b>	UF <b>SP</b>	Fone <b>(14) 3532-5198</b>	CEP <b>16400-400</b>				
Bairro <b>JARDIM ARIANO</b>							
CNPJ / CPF <b>45.349.461/0001-02</b>		Inscrição Municipal					
E-mail *****							

INTERMEDIÁRIO DO SERVIÇO			
Nome / Razão Social *****		CNPJ / CPF *****	
E-mail		Inscrição Municipal *****	
Fone		Cidade *****	

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	VALOR TOTAL	ALIQ.	VALOR IMPOSTO	RETIDO
Licença de uso de software Epimed Monitor - UTI	1.022,80	2,00	20,46	Não

Código do Serviço 01.05 - Licenciamento ou cessão de direito de uso de programas de computação.	Código NBS *****
--	---------------------

CIDE 0,00	COFINS 30,68	COFINS Importação 0,00	ICMS 0,00	IOF 0,00	IPI 0,00	PIS/PASEP 6,65	PIS/PASEP Importação 0,00
Base Cálculo ISSQN Próprio 1.022,80	Valor do ISSQN Próprio 20,46	Base Cálculo ISSQN Retido 0,00	Valor do ISSQN Retido 0,00	Valor Total do ISSQN 20,46	Valor Dedução/Descontos 0,00		
<b>Valor Total da NFS-e</b> 1.022,80		<b>Valor Líquido da NFS-e</b> 959,90					

Informações Adicionais Lei 12741/2012: Mun: R\$20,46; Est: R\$0,00; Fed: R\$37,33; Total Aprox: R\$57,79. IR Retido: R\$15,34 Retenções: COFINS R\$ 30,68; PIS R\$ 6,65; CSLL R\$ 10,23;	CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020 FONTE DE RECURSO MUNICIPAL PREFEITURA MUNICIPAL DE FENÁPOLIS HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19
---	---



Consulta realizada em 03/09/2020 às 11:51:50.  
 Para consultar a autenticidade acesse: [sistemas.saquarema.rj.gov.br/nfse.portal](http://sistemas.saquarema.rj.gov.br/nfse.portal)



Recebi(emos) de <b>EPIMED SOLUTIONS TECNOLOGIA DE INFORMACOES MEDICAS LTDA ME</b> os serviços constantes da Nota Fiscal Eletrônica indicada ao lado.	20200000014500 Número da NFS-e 03/09/2020 Competência NFS-e 49b6d486b	Número de Controle do Município
--	--	---------------------------------

Consulta realizada em 03/09/2020 às 11:51:50.  
 Para consultar a autenticidade acesse: [sistemas.saquarema.rj.gov.br/nfse.portal](http://sistemas.saquarema.rj.gov.br/nfse.portal)

04/10/2020 - BANCO DO BRASIL - 16:22:12  
306203062 0023

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL  
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.311-1

ITAU UNIBANCO S.A.

34191570070002957451463380110005683890000115000

BENEFICIARIO:

EDR COM EQUIPTOS MEDICO HOSPIT

NOME FANTASIA:

EDR COM EQUIPTOS MEDICO HOSPIT

CNPJ: 16.671.989/0001-03

PAGADOR:

ASSOC. HOSPITALAR BENE BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO 92.109  
DATA DE VENCIMENTO 25/09/2020  
DATA DO PAGAMENTO 21/09/2020  
VALOR DO DOCUMENTO 1.150,00  
VALOR COBRADO 1.150,00

NR.AUTENTICACAO 8.FD4.730.C7B.5F1.A33



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 CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

 <b>Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto - SP</b> Secretaria Municipal da Fazenda Fone: (16) - <a href="https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/portal/">https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/portal/</a>				Série do Documento Nota Fiscal de Serviço Eletrônica - NFS-e		
<b>Edr Comercio de Equipamentos Medico - Hospitalares Ltda - ME</b> <b>Regal Hospitalar</b> Rua Galileu Galilei, 1800 - Condomínio Itamaraty CEP 14024-193 - Fone (16) 3627-1316 - Ribeirão Preto - SP ativa@ativaassessoriacontabil.com.br Inscrição Municipal 20007988 - CPF/CNPJ 16.671.989/0001-03						
<b>Identificação da Nota Fiscal Eletrônica</b>						
Natureza da Operação <b>Tributação no município</b>		Data de Emissão da NFS-e <b>18/08/2020 16:09:17</b>		Código de Verificação de Autenticidade <b>D7 6E 55</b>		
Número do RPS Série do RPS		Data de Emissão do RPS		Número da Nota Fiscal <b>19</b>		
Consulte a autenticidade deste documento acessando o site: <a href="https://www.issnetonline.com.br/ribeiraopreto/online">https://www.issnetonline.com.br/ribeiraopreto/online</a>						
<b>Dados do Tomador de Serviços</b>						
CNPJ/CPF <b>45.349.461/0001-02</b>		Inscrição Municipal		Razão Social <b>Associação Hospitalar Beneficiente do Brasil</b>		
Endereço <b>Avenida José Ariano Rodrigues</b>		Número <b>303</b>		Complemento		
CEP <b>16400-400</b>		Cidade / UF <b>Lins / SP</b>		Bairro <b>Jardim Ariano</b>		
Telefone		e-mail				
<b>Local dos Serviços</b> Ribeirão Preto - São Paulo						
<b>Descrição dos Serviços</b> Locação VPAP III STA 20110053868 serie 6049311 - Período: de 26/08/2020 à 25/09/2020.  Valor: R\$ 1.150,00  Pagamento: Boleto bancário  Valor aproximado dos tributos: R\$ 124,89 (10,86%)						
<b>Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza-ISSQN</b>						
Atividade do Município <b>140115 - Conserto, Restauracao de Aparelhos Odontologicos,...</b>			Aliquota <b>3,53</b>	Item da LC116/2003 <b>1401</b>	Cód. Nacional Atividade Econômica <b>3312103</b>	
<b>Valor Total dos Serviços</b> <b>R\$ 1.150,00</b>		Desconto Incondicionado <b>R\$ 0,00</b>	Deduções Base Cálculo <b>R\$ 0,00</b>	Base de Cálculo <b>R\$ 1.150,00</b>	Total do ISSQN <b>R\$ 40,60</b>	ISSQN Retido <b>Não</b>
Desconto Condicionado <b>R\$ 0,00</b>						
<b>Retenções de Impostos</b>						
PIS <b>R\$ 0,00</b>	COFINS <b>R\$ 0,00</b>	INSS <b>R\$ 0,00</b>	IRRF <b>R\$ 0,00</b>	CSLL <b>R\$ 0,00</b>	Outras Retenções <b>R\$ 0,00</b>	ISSQN <b>R\$ 0,00</b>
<b>Valor Líquido da Nota Fiscal</b>					<b>R\$ 1.150,00</b>	
<b>Informações Complementares</b> I - "DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL"; e II - "NÃO GERA DIREITO A CRÉDITO FISCAL DE IPI."						

04/10/2020 - BANCO DO BRASIL - 16:22:12  
306203062 0022

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL  
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.311-1

=====

BANCO BRADESCO S.A.

=====

23790026099021600000180039379203483890000804104

BENEFICIARIO:

WHITE MARTINS GASES INDUSTRIAIS LTD

NOME FANTASIA:

WHITE MARTINS

CNPJ: 35.820.448/0001-36

PAGADOR:

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE D

CNPJ: 45.349.461/0001-02

=====

NR. DOCUMENTO 92.110

DATA DE VENCIMENTO 25/09/2020

DATA DO PAGAMENTO 21/09/2020

VALOR DO DOCUMENTO 8.041,04

DESCONTO/ABATIMENTO 2,50

VALOR COBRADO 8.038,54

=====

NR.AUTENTICACAO 1.9B7.8B3.FBF.C6C.E6B

=====

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.



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

**Nota Fiscal Eletrônica de Serviços**

Número da Nota: 000000007828-1			Data de Emissão: 31/07/2020	
<b>PRESTADOR DE SERVIÇOS</b>				
Nome/Razão Social: WHITE MARTINS GASES INDUSTRIAIS LTDA				
CPF/CNPJ: 35.820.448/0095-16		Inscrição Municipal: 19138		
CEP: 17034-480	Endereço: RUA JOAO COSTA MARTINS, 01-65		Cidade: BAURU/SP	
Fone: (21) 3279-9321	E-Mail: csc_fat_servicos@praxair.com			
<b>TOMADOR DE SERVIÇOS</b>				
Nome/Razão Social: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL				
CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02		CEP: 16303-106	Cidade: PENAPOLIS/SP	
Endereço: AVENIDA LEANDRO RATISBONA DE MEDEIROS., 880				
E-Mail: jaopinotti@gmail.com				
<b>DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS</b>				
REQ.: 3613657 RBA.: 460 JDE.: 59391391 ITEM.: 40148326 INSTALAÇÃO CENTRALIZADA COND PGTO.: 124 REF.: JULHO/2020				
<i>CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020 FONTE DE RECURSO MUNICIPAL PREFEITURA MUNICIPAL DE PENAPOLIS HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19</i>				
<b>Atividade:</b> CONCERTO, MANUTENCAO, CONSERVACAO E REPARACAO DE MAQUINAS E EQUIPAMENTOS				
<b>Código do Serviço:</b> 14 01 - LUBRIFICAÇÃO, LIMPEZA, LUSTRAÇÃO, REVISÃO, CARGA E RECARGA, CONCERTO, RESTAURAÇÃO, BLINDAGEM, MANUTENÇÃO E CONSERVAÇÃO DE MÁQUINAS, VEÍCULOS, APARELHOS, EQUIPAMENTOS, MOTORES, ELEVADORES OU DE QUALQUER OBJETO				
<b>Local da Prestação:</b> FORA DO MUNICÍPIO - PENAPOLIS/SP			<b>Situação de Tributação:</b> Tributada no Prestador	
<b>I.N.S.S. (R\$)</b> 5.305,33	<b>I.R. (R\$)</b> 0,00	<b>PIS (R\$)</b> 0,00	<b>COFINS (R\$)</b> 0,00	<b>C.S.L.L. (R\$)</b> 0,00
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				<b>Valor Aprox. Tributos</b> 0,00
<b>Deduções de Materiais</b> 0,00	<b>Base de Cálculo (R\$)</b> 48.230,24	<b>Alíquota (%)</b> 2,00	<b>Valor do ISS (R\$)</b> 964,60	<b>Valor Total da Nota (R\$)</b> 48.230,24
Consulte a autenticidade desta Nota Fiscal através do site oficial da Prefeitura Municipal de Bauru.			<b>Valor líquido da nota (R\$)</b> 42.924,91	

Chave de autenticação: 6458949D340357A07172940F138E2C5C

*CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENAPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19*

04/10/2020 - BANCO DO BRASIL - 16:22:12  
306203062 0021

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL  
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.311-1

=====

00190000090171153600100834282170283890000094748

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	92.111
NOSSO NUMERO	17115360000834282
CONVENIO	01711536
DATA DE VENCIMENTO	25/09/2020
DATA DO PAGAMENTO	21/09/2020
VALOR DO DOCUMENTO	947,48
VALOR COBRADO	947,48

-----

NR.AUTENTICACAO B.830.6B3.0C5.B88.BBC

-----

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 CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19



Identificação do emittente  
**Rioclarensense**  
 COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA  
 PC EMILIO MARCONATO 1600 - NUCLEO RESIDENCIAL DOUTOR JOAO ALDO NASSIF -  
 JAGUARUNA - SP  
 CEP 13191-074 - 1935225800

**DANFE**  
 DOCUMENTO AUXILIAR DA  
 NOTA FISCAL ELETRONICA

0 - ENTRADA 1  
 1 - SAÍDA  
 Nº. 1333328 FL 1 / 1  
 SÉRIE 1

CHAVE DE ACESSO  
 3520 0867 7291 7800 0491 5500 1001 3333 2811 3913 1142  
 Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e  
 www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora  
 PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO  
 135200687380461 11/08/2020 19:07:46

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

DESTINATÁRIO/REMETENTE  
 NOME / RAZÃO SOCIAL ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL  
 ENDEREÇO AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303  
 MUNICIPIO LINS FONE / FAX 1836591243 UF SP INSCRIÇÃO ESTADUAL CNPJ / CPF 45.349.461/0001-02 DATA DA EMISSÃO 11/08/2020  
 BAIRRO / DISTRITO JARDIM ARIANO CEP 16400-400 DATA DA ENTRADA/SAÍDA 11/08/2020  
 HORA DE SAÍDA

FATURA/DUPLICATA	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC	VENCIMENTO	VALOR
1333328/1	25/09/2020	947,48						

CÁLCULO DO IMPOSTO		VALOR DO ICMS		BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST		VALOR DO ICMS SUBSTITUTO		VALOR TOTAL DOS PRODUTOS	
BASE DE CÁLCULO DO ICMS	947,48	VALOR DO ICMS	153,98	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	0,00	VALOR DO ICMS SUBSTITUTO	0,00	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS	947,48
VALOR DO FRETE	0,00	VALOR DO SEGURO	0,00	VALOR DO DESCONTO	0,00	OUTRAS DESPESAS	0,00	VALOR DO IPI	0,00
								VALOR TOTAL DA NOTA	947,48

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS  
 NOME / RAZÃO SOCIAL NIKKEY RIO PRETO LOG. E TRANSP.  
 ENDEREÇO R MARIA CERON VOLPE 2260  
 QUANTIDADE 1,00 ESPECIE VOLUME(S) MARCA NUMERO 0,00002 PESO BRUTO 5,818 PESO LIQUIDO 5,818  
 FRETE POR CONTA 0 - Por conta do emittente CÓDIGO ANTT PLACA DO VEÍCULO UF SP CNPJ 15.066.184/0001-60  
 INSCRIÇÃO ESTADUAL 647598751114

CÓDIGO	DESCRIÇÃO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / SH	CST	CFOP	UN	QUANT	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL	B CALC ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTAS ICMS	ALÍQUOTAS IPI
023638	VASOPRESSINA SINTETICA 20U (BIOLAB SANUS) L 10507 33 Q 30,0000 F 30/04/20 V 30/04/2022, nFCI 4AF75F3D-2D0 5-48D6-916D-4E799F5C5A8A	30043999	500	5102	AP	30,00	22,38	671,40	671,40	120,85	0,00	18,00	0,00
017210	LIDOCAINA 2% S/V 20ML, CLORIDRATO (HIPOLABOR) (IT EM GENERICO) L LI-035/20 Q 100,0000 F 28/04/20 V 31/03/2022, nFCI B0956116-F4D1-465F-ACF1-1A03C7142E17	30039053	500	5102	FA	100,00	2,7608	276,08	276,08	33,13	0,00	12,00	0,00

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

DADOS ADICIONAIS  
 INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES LOCAL DE ENTREGA 46374500001328-AVENIDA EURICO GASPAR DUTRA 620 Bairro/Distrito CENTRO Municipio PROMISSAO CEP 16370000 UF SP País BRASIL PREZADO CLIENTE, FAVOR CONFERIR NO ATO DA ENTREGA - NAO ACEITAREMOS RECLAMACOES APOS 48hs DO RECEBIMENTO UTI PARANAIBA DATA ENTREGA 12/08/2020 Pedido 1692221 Autorizacao de Compra(Pedido Cliente) 1692221 \*\*\* O pagamento devera ser realizado atraves do boleto anexo a nota fiscal, caso nao receba entre em contato atraves do e-mail boletos@rioclarensense.com.br ou no telefone (19)3522-5800, Setor de Cobranca Privado AFE 104397-7 \*\* AE 122375-2 \*\* ASS 1302/16 Validade 23/01/2021 MODAL RODOVIARIO / TIPO ENTREGA EXPRESSA LOCAL DE ENTREGA Endereço AVENIDA EURICO GASPAR DUTRA 620 Bairro/Distrito CENTRO Municipio PROMISSAO CEP 16370000 UF SP País BRASIL(Código Interno Emittente 4768 Nome Fantasia ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL) LOCAL DE ENTREGA AVENIDA EURICO GASPAR DUTRA 620 Bairro/Distrito CENTRO Municipio PROMISSAO UF SP País BRASIL  
 RESERVADO AO FISCO  
 CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
 FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
 PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
 HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

04/10/2020 - BANCO DO BRASIL - 16:22:12  
306203062 0019

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL  
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.311-1

=====

23790026099025400245558039379209383930000393400

BENEFICIARIO:  
WHITE MARTINS GASES INDUSTRIAIS LTD  
NOME FANTASIA:  
WHITE MARTINS  
CNPJ: 35.820.448/0001-36  
PAGADOR:  
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE D  
CNPJ: 45.349.461/0001-02

-----

NR. DOCUMENTO	92.112
DATA DE VENCIMENTO	29/09/2020
DATA DO PAGAMENTO	21/09/2020
VALOR DO DOCUMENTO	3.934,00
VALOR COBRADO	3.934,00

=====

NR.AUTENTICACAO D.EE5.F71.E60.6D8.30F

-----

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.

NF-E

Nº 22883

SERIE 118

RECEBEMOS DE White Martins Gases Industriais Ltda

OS PRODUTOS E/OU SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA ELETRÔNICA INDICADA AO LADO

DATA RECEBIMENTO

IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

Handwritten mark

White Martins Gases Industriais Ltda

WHITE MARTINS RUA JOAO COSTA MARTIN

DISTRITO INDUSTRIAL BAURURU

CEP: 17034-480

UF: SP

Nº 22883

SERIE 118

FOHJA 1 / 1

DANFE Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA 1 - SAIDA 1

CHAVE DE ACESSO

3520 0935 8204 4800 9516 5511 8000 0228 8318 0386 7705

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



NOME/RAZÃO SOCIAL

VENDA

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA

INSCRIÇÃO ESTADUAL

INSCRIÇÃO ESTADUAL

135200765818120 01/09/2020 18:35:16-03:00

35.820.448/0095-16

PROTÓCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA

AVENIDA LEANDRO RATISHONA DE MEDEIROS

PENAPOLIS

Nº 880

45.349.461/0001-02

1435325198

16303-106

CHACARA PALESTINA

CHACARA PALESTINA

18:34:54

DATA DE EMISSÃO 01/09/2020

HORA DE SAÍDA 18:34:54

BASE DE CÁLCULO DO ICMS 3.934,00

VALOR DO ICMS 0,00

VALOR DO IPI 708,12

BASE DE CÁLCULO DO IPI 0,00

VALOR DO IPI 0,00

VALOR DO PIS 0,00

VALOR DO COFINS 0,00

VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 3.934,00

VALOR TOTAL DA NOTA 3.934,00

TRANSPORTADOR VOLUMES TRANSPORTADOS RAZÃO SOCIAL Rodoviário Morada do Sol Ltda

ENDERÇO AV MARGINAL ENG CAMILO DINUCCI 2885

QUANTIDADE 1124

ESPECIE GRANEL

MARCA ARARAQUARA

0 - Remetente

0 - Remetente

43.954.460/0001-61

181009982111

COD PROD 40018291

DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS Oxigenio Liquidado Caminh Tanque

NCM/SII C.S.T. 28044000 000

CI GP UN. 5104 M3

QTD 1124,0000

V. UNIT 3,5000

V. TOTAL 3.934,00

BC ICMS 3.934,00

BC ICMS SI 1.483,680

RESERVA DO ICMS

VALOR DO ICMS 708,12

VALOR DO IPI 0,00

VALOR DO PIS 0,00

VALOR DO COFINS 0,00

VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 3.934,00

VALOR TOTAL DA NOTA 3.934,00

VALOR DO ICMS 708,12

VALOR DO IPI 0,00

VALOR DO PIS 0,00

CONVENIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020

FONTE DE RECURSO MUNICIPAL

PREFEITURA MUNICIPAL DE PENAPOLIS

HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

CALC ISSQN 19138

INSCRIÇÃO AN NCI/VAL

VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS

BASE DE CÁLCULO DO ISSQN

VALOR DO ISSQN

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES: CONDIÇÃO DE PAGAMENTO: 280 DDI 29/09/2020 NÚM. PARC.: 1 ENTRADA: 0,00 FILIAL/FABRICA: RBA4460 COD. DOC: SOVT VEICULO: 9008 ROTA: 9008 VIAGEM: 8299 Venda de merc. fora do estabelecimento. conf. NF de Remessa nº. / de / nos termos do Art. 434, Dec. 45.490/2000-RICMS/SP Emitido Autorizada pela Portaria CAT nº. 32/96, art. 34. Item: 40018291 Lote: 1146020244002

RESERVA DO ICMS

04/10/2020 - BANCO DO BRASIL - 16:22:12  
306203062 0024

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL  
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.311-1

=====

03399273290170000000100005501010683930001310000

BENEFICIARIO:  
ECQ MANUTENCAO HOSPITALAR LTDA ME

NOME FANTASIA:  
ECQ MANUTENCAO HOSPITALAR LTDA ME

CNPJ: 30.712.200/0001-38

PAGADOR:  
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE D  
CNPJ: 45.349.461/0001-02

-----

NR. DOCUMENTO	92.113
DATA DE VENCIMENTO	29/09/2020
DATA DO PAGAMENTO	21/09/2020
VALOR DO DOCUMENTO	13.100,00
VALOR COBRADO	13.100,00

=====

NR.AUTENTICACAO A.FC7.8C3.EEC.421.2D9

-----

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 CONFORME PROCESSO Nº 06/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

duy Valente



ECQ MANUTENÇÃO HOSPITALAR LTDA

ECQ MANUTENÇÃO HOSPITALAR LTDA	FATURA DE LOCAÇÃO
AV. PORTUGAL 1740 - SALA 63	Nº: 04
CNPJ: 30.712.200/0001-38 TELEFONE: (16) 3515-1091	Emissão: 11/09/2020

DESTINATÁRIO: ASSOCIAÇÃO HOPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL

Razão Social: ASSOCIAÇÃO HOPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL CNPJ: 45.349.461/0001-02

Endereço: RUA SETE DE SETEMBRO - 529 Bairro: CENTRO CEP: 16210-000 UF: SP

Cidade: BILAC Inscrição Estadual: ISENTO Telefone: (14) 3535-51-98

CONTRATO Nº 004/2020

PAGAMENTO Forma de Pagamento: BOLETO BANCARIO

OBSERVAÇÃO: Referente ao período 20/08/2020 A 20/09/2020

DADOS DA LOCAÇÃO

Código	Descrição / Configuração	Quantidade	Valor Unitário	Valor Total
2	CARDIOVERSOR MARCA NIHON KOHDEN - MODELO TEC 5601 Nº SERIE 00551 E 00552	2	R\$ 1.400,00	R\$ 2.800,00
1	ELETRCARDIOGRAFO CARDIOFAX C BIVOLT - MARCA NIHON KOHDEN Nº SERIE 40663	1	R\$ 800,00	R\$ 800,00
2	VENTILADOR PULMONAR MARCA TAKAOKA - MODELO MONTE REY Nº SERIE 001 E 002	2	R\$ 2.000,00	R\$ 4.000,00
1	VENTILADOR DE TRANSPORTE - MARCA VENT LOGOS - MODELO VLP-4000P Nº SERIE 20823	1	R\$ 1.500,00	R\$ 1.500,00
1	VENTILADOR PULMONAR - MARCA INTERMED - MODELO INTER PLUS Nº SERIE IPS-2010-02-04381	1	R\$ 2.000,00	R\$ 2.000,00
1	MONITOR MULTIPARAMETRICO MARCA COMEN - MODELO STAR8000D Nº SERIE D7121005036L	1	R\$ 1.000,00	R\$ 1.000,00
1	MONITOR MULTIPARAMETRICO UNMAX 12 - MARCA INSTRAMED	1	R\$ 1.000,00	R\$ 1.000,00
<b>Valor Total da Fatura:</b>				<b>R\$ 13.100,00</b>

ECB(EMOS) DE EMPRESA - AS LOCAÇÕES CONSTANTES NESTA FATURA INDICADA AO LADO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	FATURA DE LOCAÇÃO Nº: 04
ATA DO RECEBIMENTO		

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
 FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
 PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
 HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
04/10/2020 - AUTOATENDIMENTO - 16.22.13  
3062703062 SEGUNDA VIA 0016

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL

AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.311-1

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA

REMETENTE : ASSOCIACAO H B BRASIL

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

AGENCIA: 3188-7 - CREDICITRUS

CONTA: 93.691-0

FAVORECIDO: CLINICA DE NEFROLOGIA ISABELA MOREI

CPF/CNPJ: 27.907.670/0001-42

VALOR: R\$ 14.077,50

DEBITO EM: 21/09/2020

=====

DOCUMENTO: 092114

AUTENTICACAO SISBB: C.B0A.80F.53F.8DD.C30

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19



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



**Número da NFS-e**  
**98**  
**Código de Verificação de Autenticidade**  
**VEHBRH2QT**  
**Data e Hora de Emissão da NFS-e**  
**01/09/2020 às 15:54:59**  
**Chave de Acesso**  
**643274RIV1P0BH2LG21DUEGDx9GODPZQ**

**Informações Fiscais**

Exigibilidade do ISS <b>Exigível</b>	Número do Processo	Município de Incidência do ISS <b>PROMISSAO-SP</b>	Local da Prestação <b>PROMISSAO - SP</b>
Número do RPS	Série do RPS	Tipo do RPS	Data do RPS
			<b>31/08/2020</b>
Optante Simples Nacional <b>2 - Não</b>	Incentivo Fiscal <b>2 - Não</b>	Regime Especial Tributação <b>Não Possui</b>	Tipo ISS <b>04 - Fixo</b>

Para certificação da autenticidade acesse  
<http://kaingang.comunicapromissao.com.br>  
 :5661/issweb, menu consultas e informe os  
 dados desta NFS-e.

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

CPF/CNPJ <b>27.907.670/0001-42</b>	RG/Inscrição Estadual <b>35601820206</b>	Inscrição Municipal <b>00006969</b>	Cadastro <b>00038860</b>	Nome/Razão Social <b>CLINICA DE NEFROLOGIA ISABELA MOREIRA LTDA</b>
Logradouro <b>RUA CONS ANTONIO PRADO, 228</b>	Complemento		Bairro <b>CENTRO</b>	
CEP <b>16370-000</b>	Cidade <b>PROMISSÃO-SP</b>	Telefone <b>(18)3652-1269</b>	E-mail	

**TOMADOR DE SERVIÇOS**

CPF/CNPJ/Documento <b>45.349.461/0001-02</b>	RG/Inscrição Estadual	Inscrição Municipal	Nome/Razão Social <b>Associação Hospitalar Beneficente do Brasil</b>
Logradouro <b>AV. JOSE ARIANO RODRIGUES, 303</b>	Complemento		Bairro <b>Jardim Ariano</b>
CEP/Cod.Postal <b>16400-400</b>	Cidade/Pais <b>LINS - SP</b>	Telefone <b>14 35325198</b>	E-mail <b>ebatista@ahbb.org.br; clsato@ahbb.org.br;</b>

**Discriminação dos Serviços**

Qtde.	Un. Medida	Descrição	Vir. Unitário	Total
1,00	UN	Serviços prestados no Hospital de Campanha Luis-Valente, conforme contrato para atendimento da demanda gerada pela pandemia da doença por coronavírus (COVID-19).  Competência: Agosto/20  CONTA PARA DEPOSITO: BANCO: 756 AG. 3188 - C/C 93691-0	15.000,00	R\$ 15.000,00

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
 FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
 PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
 HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

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

LC 116/2003: <b>04.03</b>	Alíquota	Atividade Município	Código CNAE	<b>Construção Civil</b>	
Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, am...	<b>0.00%</b>	<b>0000040000003</b>	<b>8640203</b>	Código da Obra	Código ART
Valor Total dos Serviços	Desconto Incondicionado	Deduções Base Cálculo	Base de Cálculo	Total do ISS	ISS Retido
<b>R\$ 15.000,00</b>	<b>R\$ 0,00</b>	<b>R\$ 0,00</b>	<b>R\$ 15.000,00</b>	<b>R\$ 0,00</b>	<b>2 - Não</b>
				Desconto Condicionado	<b>R\$ 0,00</b>

**Retenções de Impostos**

PIS (15.000,00 x 0,65%)	COFINS (15.000,00 x 3,00%)	INSS	IRRF (15.000,00 x 1,50%)	CSLL (15.000,00 x 1,00%)	Outras Retenções
<b>R\$ 97,50</b>	<b>R\$ 450,00</b>	<b>R\$ 0,00</b>	<b>R\$ 225,00</b>	<b>R\$ 150,00</b>	<b>R\$ 0,00</b>

Valor Líquido da NFS-e: **R\$ 14.077,50**

Val. Aprox. Tributos:

**Informações Complementares**RECEBI(EMOS) DE **CLINICA DE NEFROLOGIA ISABELA MOREIRA LTDA** O SERVIÇO CONSTANTE DA NFS-e DE NÚMERO **98** E CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO **VEHBRH2QT**.

Data

CPF/RG

Assinatura

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
04/10/2020 - AUTOATENDIMENTO - 16.22.13  
3062703062 SEGUNDA VIA 0011

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA  
COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL

AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.311-1

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA  
REMETENTE : ASSOCIACAO H B 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\$ 264.290,99  
DEBITO EM: 21/09/2020

=====

DOCUMENTO: 092115  
AUTENTICACAO SISBB: 8.60F.672.B6A.F5D.C3F

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 66/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19





PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO CARLOS  
SECRETARIA MUNICIPAL DE FAZENDA  
NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇO - NFS-e

Número da  
NFS-e  
337



Data e Hora da Emissão	21/09/2020 09:49:44	Competência	21/9/2020	Código de Verificação	ZGXENVS12
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 IPÉS, 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 MEDICO PRESTADO na Santa Casa de Misericórdia de Penápolis conforme contrato para atendimento da demanda gerada pela pandemia da doença por coronavirus (COVID-19)

Quantidade de plantões: 124

COMPETÊNCIA: 08/2020

**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\$)	1.830,46	COFINS (R\$)	8.448,30	IR (R\$)	4.224,15	INSS (R\$)		CSLL (R\$)	2.816,10
-----------	----------	--------------	----------	----------	----------	------------	--	------------	----------

Detalhamento de Valores - Prestador do Serviço		Outras Informações		Cálculo do ISSQN devido no Município	
Valor do Serviço R\$	281.610,00	Natureza Operação	Valor do Serviço R\$	281.610,00	
(-) 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	17.319,01	0-Nenhum	Base de Cálculo	281.610,00	
(-) 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\$	264.290,99	Incentivador Cultural	(=) Valor do ISSQN R\$	5.632,20	
		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 CONFORME PROCESSO Nº 90/2020

FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

04/10/2020 - BANCO DO BRASIL - 16:22:13  
306203062 0020

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL  
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.311-1

=====

BANCO BRADESCO S.A.

=====

23790601029024100000036000107700183870000136000

BENEFICIARIO:

BIOMEDICAL

NOME FANTASIA:

BIOMEDICAL

CNPJ: 51.943.645/0001-07

PAGADOR:

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEF DO BRAS

CNPJ: 45.349.461/0001-02

=====

NR. DOCUMENTO 92.116

DATA DE VENCIMENTO 23/09/2020

DATA DO PAGAMENTO 21/09/2020

VALOR DO DOCUMENTO 1.360,00

VALOR COBRADO 1.360,00

=====

NR.AUTENTICACAO 2.C11.11E.835.63D.D24

=====

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 CONFORME PROCESSO Nº 0012023  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPAÑA COVID-19

RECEBEMOS DE BIOMEDICAL EQUIPAMENTOS PRODUTOS MEDICO-CIRURGICOS LTDA OS PRODUTOS/SERVIÇOS CONSTANTES NA NOTA FISCAL		VALOR NOTA RS 1.360,00	NF-e Nº: 000.125.040 SÉRIE : 1
DATA DE RECEBIMENTO / /	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	DESTINATÁRIO ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEF DO BRASIL	

 <b>BIOMEDICAL EQUIPAMENTOS E PRODUTOS MEDICO-CIRURGICOS LTDA</b> Av. Amador Aguiar, 1500 - City Jaraguá - São Paulo - SP CEP: 02998-020 Tel. (011) 3944-5555 <a href="http://www.biomedical.ind.br">www.biomedical.ind.br</a> <a href="http://www.cateter.com.br">www.cateter.com.br</a>	<b>DANFE</b> <b>DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA</b> 0 - Entrada 1 - Saída <b>1</b> Nº <b>000.125.040</b> SÉRIE : <b>1</b> FOLHA: <b>1 de 1</b>	 CHAVE DE ACESSO <b>3520 0851 9436 4500 0107 5500 1000 1250 4010 0464 0327</b> <small>Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e  <a href="http://www.nfe.fazenda.gov.br/portal">www.nfe.fazenda.gov.br/portal</a>          ou no site da Sefaz Autorizadora</small>
--	---	---

NATUREZA DA OPERAÇÃO <b>VENDA PRODUCAO PROPRIA</b>	PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO <b>135200733057693 - 24/08/2020 14:24:42</b>
INSCRIÇÃO ESTADUAL <b>110883564111</b>	INSCRIÇÃO ESTADUAL SUB. TRIBUTARIA CNPJ <b>51.943.645/0001-07</b>

**DESTINATÁRIO/REMETENTE**

NOME/RAZÃO SOCIAL <b>ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEF DO BRASIL</b>		CNPJ/CPF <b>45.349.461/0001-02</b>	DATA DA EMISSÃO <b>24/08/2020</b>
ENDEREÇO <b>AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303</b>	BAIRRO/DISTRITO <b>JARDIM ARIANO</b>	CEP <b>16400-400</b>	DATA DE SAÍDA/ENTRADA <b>24/08/2020</b>
MUNICÍPIO <b>LINS</b>	FONE/FAX <b>(14) 3541-1544</b>	UF <b>SP</b>	INSCRIÇÃO ESTADUAL <b>14:25:24</b>

**FATURA**

<b>Número</b>	<b>Data Veto</b>	<b>Valor</b>
001	23/09/2020	1.360,00

**CÁLCULO DO IMPOSTO**

BASE DE CÁLCULO DE ICMS <b>0,00</b>	VALOR DO ICMS <b>0,00</b>	BASE DE CÁLCULO ICMS ST <b>0,00</b>	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO <b>0,00</b>	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS <b>1.360,00</b>
VALOR DO FRETE <b>0,00</b>	VALOR DO SEGURO <b>0,00</b>	DESCONTO <b>0,00</b>	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS <b>0,00</b>	VALOR DO IPI <b>0,00</b>
			VALOR APROX. DOS TRIBUTOS <b>220,32</b>	VALOR TOTAL DA NOTA <b>1.360,00</b>

**TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS**

RAZÃO SOCIAL <b>PERI SERVICOS DE COMUNICACAO LTDA.</b>	FRETE POR CONTA <b>0 - Rem.</b>	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF <b>57.185.621/0001-04</b>
ENDEREÇO <b>AV. PERI RONCHETTI, 765</b>	MUNICÍPIO <b>SAO PAULO</b>	UF <b>SP</b>	INSCRIÇÃO ESTADUAL <b>ISENTO</b>		
QUANTIDADE <b>1</b>	ESPECIE <b>VOLUME</b>	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO <b>1,960</b>	PESO LÍQUIDO <b>1,400</b>

**DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO**

COD PROD	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM SH	CST	CFOP	UNID.	QUANT.	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL	B.CALC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTAS		VALOR APROX DOS TRIBUTOS
												ICMS	IPI	
C7D20BNW	Cateter para Subclavia D.I. CVC, 7Fr x 20cm com acessórios BNW R O P M: 0702040150 L: 35915 QT: 20 RESOLUCAO DO SENADO FEDERAL 13/12, No FCL9F30 847B-54BC-457D-A322-DA2812385F55	90183929	5 40	5101	UN	20	68,000000	1.360,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	220,32

*Luiz Valente*

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 06/2020  
 FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
 PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
 HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

**CÁLCULO DO ISSQN**

INSCRIÇÃO MUNICIPAL <b>85215163</b>	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS <b>0,00</b>	BASE DE CÁLCULO DO ISSQN <b>0,00</b>	VALOR DO ISSQN <b>0,00</b>
--	---	---	-------------------------------

**DADOS ADICIONAIS**

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES NOSSO PEDIDO: 100018 - P. PEDIDO DO CLIENTE: EMAIL. Valor aproximado dos tributos conf. Lei 12.741/2012. Federal: R\$ 57,12 (4,20%) Estadual: R\$ 163,20 (12,00%) Fonte: IBPT. ISENTO DO ICMS CONFORME ARTIGO OITAVO DO RICMS/00 ANEXO I ARTIGO 14 CONVENIO ICMS 1/99 PRORROGADO P ELO CONVENIO ICMS No 133 de 05/07/19.	RESERVADO AO FISCO
--	--------------------

04/10/2020 - BANCO DO BRASIL - 16:22:13  
306203062 0031

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL  
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.311-1

=====

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

=====

0339991390605000000900681901013183840000249000

BENEFICIARIO:

SINCONECTA - TECNOLOGIA DE INFORMAC

NOME FANTASIA:

SINCONECTA - TECNOLOGIA DE INFORMAC

CNPJ: 10.710.409/0001-55

PAGADOR:

ASSOC HOSP BENEF DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

=====

NR. DOCUMENTO	92.201
DATA DE VENCIMENTO	22/09/2020
DATA DO PAGAMENTO	22/09/2020
VALOR DO DOCUMENTO	2.490,00
VALOR COBRADO	2.490,00

=====

NR.AUTENTICACAO 0.E1A.156.43A.1EB.PD4

=====

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 CONFORME PROCESSO Nº 05/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19



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

*Luiz Valente*

**Nota Fiscal Eletrônica de Serviços**

Número da Nota: 000000006387-1		Data de Emissão: 18/09/2020		
<b>PRESTADOR DE SERVIÇOS</b>				
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 911 9 AND			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.				
<b>TOMADOR DE SERVIÇOS</b>				
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				
<b>DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS</b>				
REFERENTE AO USO DO SOFTWARE SINCONECTA SAUDE- PROD 01/08/2020 - 31/08/2020 - PROH. HOSP COVID PENAPOLIS				
TRIB APROX R\$: 334,91 FEDERAL E 97,36 MUNICIPAL FONTE: IBPT 18.1.A				
TRIB APROX R\$: 334,91 FEDERAL E 97,36 MUNICIPAL FONTE: IBPT 18.1.A				
<b>Atividade:</b> Não informada				
<b>Código do Serviço:</b> 1.06 - ASSESSORIA E CONSULTORIA EM INFORMÁTICA				
<b>Local da Prestação:</b> BAURU			<b>Situação de Tributação:</b> Tributada no Prestador	
<b>I.N.S.S. (R\$)</b> 0,00	<b>I.R. (R\$)</b> 0,00	<b>PIS (R\$)</b> 0,00	<b>COFINS (R\$)</b> 0,00	<b>C.S.L.L. (R\$)</b> 0,00
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				<b>Valor Aprox. Tributos</b> 0,00
<b>Deduções de Materiais</b> 0,00	<b>Base de Cálculo (R\$)</b> 2.490,00	<b>Alíquota (%)</b> 2,00	<b>Valor do ISS (R\$)</b> 49,80	<b>Valor Total da Nota (R\$)</b> 2.490,00
Consulte a autenticidade desta Nota Fiscal através do site oficial da Prefeitura Municipal de Bauru.			<b>Valor líquido da nota (R\$)</b> 2.490,00	

Chave de autenticação: 67CF4F4F39E2D405DDC865400AC980EA

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020

FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENAPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

23/09/2020 - BANCO DO BRASIL - 16:47:35  
306203062 SEGUNDA VIA 0024  
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA  
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL  
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.311-1

=====

DATA DA TRANSFERENCIA	23/09/2020
NR. DOCUMENTO	553.062.007.004.231
VALOR TOTAL	282.110,57

\*\*\*\*\* TRANSFERIDO PARA:  
CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL  
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 7.004.231-4  
NR. DOCUMENTO 553.062.000.036.311  
=====

NR.AUTENTICACAO	F.0A0.68C.6D5.280.AE4
-----------------	-----------------------

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 99/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19



## Aviso de lanÃ§amento

G3351108570038471  
11/10/2020 15:21:53

AgÃªncia 3062-7  
Conta corrente 36311-1 ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

---

Data 24/09/2020 Valor RS 2.033,14 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 158, lanÃ§ado a dÃ©bito\* em sua conta corrente 36311-1, agÃªncia 3062-7, na data acima.

Pagamento efetuado a DANIELE LEITE GREMES DUMA, na conta 90.397, agÃªncia 0295 do banco 001.

(Dois mil e trinta e trÃªs reais e catorze centavos)

---

\* Este aviso de lanÃ§amento nÃ£o Ã© vÃ¡lido como comprovante da operaÃ§Ã£o e demonstra apenas que houve um lanÃ§amento em conta c o r r e n t e .

\* O valor constante deste aviso de lanÃ§amento corresponde ao valor individual pago ao favorecido informado neste documento. O total debitado em conta corrente corresponde Ã soma de todos os pagamentos processados pela remessa indicada.

Documento emitido por: JOAO P M P AFFONSO em 11/10/2020 15:21:53

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 00/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

# TERMO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

## IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR

01 CNPJ/CEI 45.349.461/0015-08		02 Razão Social/Nome ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL			
03 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) Avenida AV LEANDRO RATISBONA DE MEDEIROS, 880, SALA 01			04 Bairro CHACARA PALESTINA		
05 Município PENAPOLIS	06 UF SP	07 CEP 16.303-046	08 CNAE 8660-7/00	09 CNPJ/CEI Tomador/Obra	

## IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR

10 PIS/PASEP 160.08417.64-0		11 Nome DANIELE LEITE GREMES DUMAS			
12 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) RUA ANTONIO AUGUSTO MONTEIRO, 740 - RESIDENCIAL GIMENES			13 Bairro CENTRO		
14 Município PENAPOLIS	15 UF SP	16 CEP 16.300-620	17 CTPS (nº, série, UF) 15060 - 296 / SP	18 CPF 356.904.348-76	
19 Data de Nascimento 18/11/1988	20 Nome da Mãe ROSILENE LEITE GREMES				

## DADOS DO CONTRATO

21 Tipo de Contrato 1. Contrato de trabalho por prazo indeterminado					
22 Causa do Afastamento Rescisão contratual a pedido do empregado					
23 Remuneração Mês Ant. 1.878,85	24 Data de Admissão 19/05/2020	25 Data do Aviso Prévio	26 Data de Afastamento 15/09/2020	27 Cod. Afastamento SJ1	
28 Pensão Alim. (%) TRCT 0,00	29 Pensão Alim. (%) FGTS 0,00	30 Categoria do Trabalhador 01 - Empregado			
31 Código Sindical 000.000.030.090 -	32 CNPJ e Nome da Entidade Sindical Laboral 58.122.466/0001-40 SINDELIVRE				

## DISCRIMINAÇÃO DAS VERBAS RESCISÓRIAS

### VERBAS RESCISÓRIAS

Rubrica	Valor	Rubrica	Valor	Rubrica	Valor
50 Saldo de 14/dias Salário (líquido de 1/faltas e DSR)	R\$ 779,26	51 Comissões	R\$ 0,00	52 Gratificação	R\$ 0,00
53 Adic. de Insalubridade 20%	R\$ 97,53	54 Adic. de Periculosidade ___%	R\$ 0,00	55 Adic. Noturno ___ horas ___%	R\$ 0,00
56.1 Horas Extras ___ horas a ___%	R\$ 0,00	57 Gorjetas	R\$ 0,00	58 Descanso Semanal Remunerado (DSR)	R\$ 0,00
59 Reflexo do DSR sobre Salário Variável	R\$ 0,00	60 Multa Art. 477 § 8º/CLT	R\$ 0,00	61 Multa Art. 479/CLT	R\$ 0,00
62 Salário-Família	R\$ 0,00	63 13º Salário Proporcional 3/12 avos	R\$ 469,71	64.1 13º Salário-Exerc. ___ - ___/12 avos	R\$ 0,00
65 Férias Proporc 4/12 avos	R\$ 626,29	66.1 Férias Venc. Per. Aquis. / / a / /	R\$ 0,00	68 Terço Constituc. de Férias	R\$ 208,76
69 - Aviso-Prévio Indenizado ___/dias	R\$ 0,00	70 13º Salário (Aviso Prévio Indenizado)	R\$ 0,00	71 Férias (Aviso-Prévio Indenizado)	R\$ 0,00
		99 Ajuste de Saldo Devedor	R\$ 0,00	<b>TOTAL BRUTO</b>	<b>R\$ 2.181,55</b>

### DEDUÇÕES

Desconto	Valor	Desconto	Valor	Desconto	Valor
100 Pensão Alimentícia	R\$ 0,00	101 Adiantamento Salarial	R\$ 0,00	102 Adiantamento 13º Salário	R\$ 0,00
103 Aviso-Prévio Indenizado ___/dias	R\$ 0,00	112.1 Previdência Social	R\$ 65,75	112.2 Prev. Social - 13º Salário	R\$ 35,22
114.1 IRRF	R\$ 47,44	114.2 IRRF sobre 13º Salário	R\$ 0,00		
				<b>TOTAL DEDUÇÕES</b>	<b>R\$ 148,41</b>
				<b>VALOR LÍQUIDO</b>	<b>R\$ 2.033,14</b>

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 501/2020  
 FONTE DE RECURSOS MUNICIPAL  
 PREFEREÇA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
 HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

LJ  
24/09

2020  
LJ



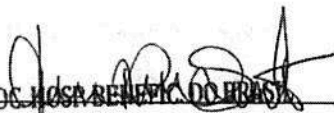
# TERMO DE HOMOLOGAÇÃO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

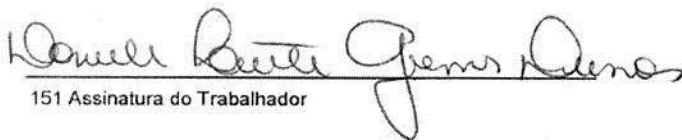
EMPREGADOR				
01 CNPJ/CEI 5.349.461/0015-08	02 Razão Social/Nome ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL			
TRABALHADOR				
10 PIS/PASEP 160.08417.64-0	11 Nome DANIELE LEITE GREMES DUMAS			
17 CTPS (nº, série, UF) 15060 - 296 / SP	18 CPF 356.904.348-76	19 Data de Nascimento 18/11/1988	20 Nome da Mãe ROSILENE LEITE GREMES	
CONTRATO				
22 Causa do Afastamento Rescisão contratual a pedido do empregado				
24 Data de Admissão 19/05/2020	25 Data do Aviso Prévio	26 Data de Afastamento 15/09/2020	27 Cod. Afastamento SJ1	29 Pensão Alim. (%) FGTS 0,00
30 Categoria do Trabalhador 01 - Empregado				
31 Código Sindical 000.000.030.090 -	32 CNPJ e Nome da Entidade Sindical Laboral 58.122.466/0001-40 SINDELIVRE			

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

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

\_\_\_\_\_, 02 de Outubro de 2020.

  
 \_\_\_\_\_  
 ASSOC. HOSP. BENEFIC. DO BRASIL  
 150 Assinatura do Empregador ou Preposto  
 ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

  
 \_\_\_\_\_  
 151 Assinatura do Trabalhador

\_\_\_\_\_  
152 Assinatura do Responsável Legal do Trabalhador

\_\_\_\_\_  
153 Carimbo e Assinatura do Assistente

\_\_\_\_\_  
154 Nome do Órgão Homologador

155 Ressalvas

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 80/2020  
 FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
 PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
 HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

156 Informações à CAIXA:

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

04/10/2020 - BANCO DO BRASIL - 16:22:13  
306203062 0017

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL  
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.311-1

=====

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

=====

03399022640250000052271275101013183880000071050

BENEFICIARIO:  
ENSITE BRASIL TELECOMUNICACOES LTDA  
NOME FANTASIA:  
ENSITE BRASIL TELECOMUNICACOES LTDA  
CNPJ: 07.729.336/0001-39  
PAGADOR:  
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE D  
CNPJ: 45.349.461/0001-02

=====

NR. DOCUMENTO	92.401
DATA DE VENCIMENTO	24/09/2020
DATA DO PAGAMENTO	24/09/2020
VALOR DO DOCUMENTO	710,50
VALOR COBRADO	710,50

=====

NR.AUTENTICACAO 8.BB5.F52.9F3.20D.ED5

=====

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 CONFORME PROCESSO Nº 90/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENAFOLS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

ENSITE BRASIL TELECOMUNICACOES LTDA  
BRASILIA, 2121 SALA 1904  
JARDIM NOVA YORQUE, ARACATUBA, SP  
CEP: 16018-000  
INS. EST.:  
CNPJ: 07.729.336/0001-39



R\$ 710,50

VENCIMENTO  
24/09/2020

EMIÇÃO: 16/09/2020

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL PROMISSAO

DADOS DE FATURAMENTO:  
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303  
JARDIM ARIANO, LINS, SP  
CEP: 16400400  
CNPJ: 45.349.461/0001-02

DADOS DE INSTALACAO:  
AVENIDA LEANDRO RATISBONA DE MEDEIROS, 880  
VILLAGE, PENAPOLIS, SP  
CEP: 16300000

REFERENCIA: 9/2020  
CNPJ: 45.349.461/0001-02  
CONTRATO: 267058

FATURA UNIFICADA: 52712751

IMPORTANTE PARA SUA EMPRESA

A sua conta esta de cara nova, mais completa, com novo layout e facilidades para deixar seu dia a dia muito mais pratico. Com um novo visual onde a nota fiscal e a fatura estão separadas. Na nota fiscal você encontra somente informações dos serviços telecom contratados. E na fatura da sua empresa continuam sendo apresentados todos os serviços contratados, além dos valores excedentes. Em virtude das informações serem encontradas na nota fiscal e na fatura, essas poderão apresentar valores diferentes.

Central de Relacionamento com o Cliente : 0800 721 8548 | www.ensite.com.br

VEJA O RESUMO DA SUA CONTA

ITEM	SERVIÇOS	CONTRATO	NF	ICMS	ISS	PIS/COFINS	VALOR
01	ENSITE   STFC 13 - ILIMITADO FIXO E MOVEL	267058	000041844	25,00 %	0,00 %	3,65 %	R\$ 710,50
<b>TOTAL</b>							<b>R\$ 710,50</b>

Retenções na fonte: IRRF: R\$ 0,00 / PIS: R\$ 0,00 / Cofins: R\$ 0,00 / Csll: R\$ 0,00 - Total de Retenções: R\$ 0,00

CONTA DIGITAL: <https://ensite.com.br/>

- Baixar e imprimir 2ª via de conta | - Baixar termo de quitação anual | - Visualizar todas as faturas do mesmo grupo econômico | - Visualizar contas dos últimos meses

IMPOSTOS

IMPOSTO	ALÍQUOTA	BASE DE CÁLCULO	VALOR
ICMS (Telecom)	25,00 %	710,50	177,63
PIS/COFINS	3,65 %	710,50	25,92

Em atendimento à Lei 12.741/2012. As contribuições ao FUST (1%) FUNTEL (0,5%) não são repassadas às tarifas.

FORMA DE PAGAMENTO: BOLETO



03399.02264 02500.000522 71275.101013 1 83880000071050

Local de Pagamento Qualquer agência bancária, internet bank ou lotérica.				Vencimento 24/09/2020	
Beneficiário ENSITE BRASIL TELECOMUNICACOES LTDA 07.729.336/0001-39				Agência/Código Beneficiário 0061 / 13006430-5	
Data Documento 22/09/2020	Numero do Documento 52712751	Especie Doc. DM	Acerte N	Data Processamento	Nosso Número 52712751
Uso do Banco	Carteira 101	Especie Moeda R\$	Qde moeda	(x) Valor	(=) Valor do Documento 710,50
Instruções (texto de responsabilidade do beneficiário) MULTA DE 2% E JUROS DE 1% A.M				(-) Desconto	
				(-) Outras Deduções/Abatimento	
				(+ ) Mora/Multa/Juros	
				(+ ) Outros Acréscimos	
				(=) Valor Cobrado	
Pagador ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL PROMISSAO CNPJ: 45.349.461/0001-02 AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 JARDIM ARIANO, LINS, SP - CEP: 16400400				CNPJ: 45.349.461/0001-02 Ficha de Compensação	



24/09/2020  
LV

Página 1 de 2

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 06/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENAPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

1085,50

04/10/2020 - BANCO DO BRASIL - 16:22:13  
306203062 0025

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL  
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.311-1

=====

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

=====

03399022640250000052271281101015583880000007500

BENEFICIARIO:

ENSITE BRASIL TELECOMUNICACOES LTDA

NOME FANTASIA:

ENSITE BRASIL TELECOMUNICACOES LTDA

CNPJ: 07.729.336/0001-39

PAGADOR:

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE D

CNPJ: 45.349.461/0001-02

=====

NR. DOCUMENTO 92.402

DATA DE VENCIMENTO 24/09/2020

DATA DO PAGAMENTO 24/09/2020

VALOR DO DOCUMENTO 75,00

VALOR COBRADO 75,00

=====

NR.AUTENTICACAO B.D4F.EB2.47C.91F.2D4

=====

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.

ENSITE BRASIL TELECOMUNICACOES LTDA  
BRASILIA, 2121 SALA 1904  
JARDIM NOVA YORQUE, ARACATUBA, SP  
CEP: 16018-000  
INS. EST.:  
CNPJ: 07.729.336/0001-39

ensite

R\$ 75,00

VENCIMENTO  
24/09/2020

EMISSÃO: 16/09/2020

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL PROMISSAO

DADOS DE FATURAMENTO:  
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303  
JARDIM ARIANO, UNS, SP  
CEP: 16400400  
CNPJ: 45.349.461/0001-02

DADOS DE INSTALAÇÃO:  
AVENIDA LEONORO RATISBONA DE MEDEIROS, 880  
VILLAGE, PENAPOLIS, SP  
CEP: 16300000

REFERÊNCIA: 9/2020  
CNPJ: 45.349.461/0001-02  
CONTRATO: 267059

FATURA UNIFICADA: 52712811

IMPORTANTE PARA SUA EMPRESA

A sua conta está de cara nova, mais completa, com novo layout e facilidades para deixar seu dia a dia muito mais prático. Com um novo visual onde a nota fiscal e a fatura estão separadas. Na nota fiscal você encontra somente informações dos serviços telecom contratados. E na fatura da sua empresa continuam sendo apresentados todos os serviços contratados, além dos valores excedentes. Em virtude das informações serem encontradas na nota fiscal e na fatura, essas poderão apresentar valores diferentes.

Central de Relacionamento com o Cliente : 0800 721 8548 | www.ensite.com.br

VEJA O RESUMO DA SUA CONTA

ITEM	SERVIÇOS	CONTRATO	RECIBO	ICMS	ISS	PIS/COFINS	VALOR
01	ENSITE   LOCACAO DE BENS MOVEIS	267059	000020428	0,00 %	0,00 %	9,25 % R\$	75,00
<b>TOTAL</b>							<b>R\$ 75,00</b>

Retenções na fonte: IRRF: R\$ 0,00 / PIS: R\$ 0,00 / Cofins: R\$ 0,00 / Csl: R\$ 0,00 - Total de Retenções: R\$ 0,00

CONTA DIGITAL: <https://ensite.com.br/>

- Baixar e imprimir 2ª via de conta | - Baixar termo de quitação anual | - Visualizar todas as faturas do mesmo grupo econômico | - Visualizar contas dos últimos meses

IMPOSTOS

IMPOSTO	ALÍQUOTA	BASE DE CÁLCULO	VALOR
PIS/COFINS	9,25 %	75,00	6,93

FORMA DE PAGAMENTO: BOLETO



03399.02264 02500.000522 71281.101015 5 8388000007500

Local de Pagamento Qualquer agência bancária, internet bank ou lotérica.					Vencimento 24/09/2020
Beneficiário ENSITE BRASIL TELECOMUNICACOES LTDA 07.729.336/0001-39					Agência/Código Beneficiário 0061 / 13006430-8
Data Documento 22/09/2020	Numero do Documento 52712811	Especie Doc. DM	Acete N	Data Processamento	Nosso Número 52712811
Uso do Banco	Carteira 101	Especie Moeda R\$	Qtde moeda	(X) Valor	(=) Valor do Documento 75,00
Instruções (texto de responsabilidade do beneficiário) MULTA DE 2% E JUROS DE 1% A.M					(-) Desconto
					(-) Outras Deduções/Abatimento
					(+) Mora/Multa/Juros
					(+) Outros Acréscimos
					(=) Valor Cobrado
Pagador	ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL PROMISSAO CNPJ: 45.349.461/0001-02 AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 JARDIM ARIANO, LINS, SP - CEP: 16400400				CNPJ: 45.349.461/0001-02
					Ficha de Compensação



CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENAPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

Página 1 de 1

04/10/2020 - BANCO DO BRASIL - 16:22:13  
306203062 0014

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL  
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.311-1

=====

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

=====

0339902264025000005227126910101118388000030000

BENEFICIARIO:  
ENSITE BRASIL TELECOMUNICACOES LTDA  
NOME FANTASIA:  
ENSITE BRASIL TELECOMUNICACOES LTDA  
CNPJ: 07.729.336/0001-39  
PAGADOR:  
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE D  
CNPJ: 45.349.461/0001-02

=====

NR. DOCUMENTO	92.403
DATA DE VENCIMENTO	24/09/2020
DATA DO PAGAMENTO	24/09/2020
VALOR DO DOCUMENTO	300,00
VALOR COBRADO	300,00

=====

NR.AUTENTICACAO E.AE4.BC2.B0A.132.0C5

=====

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 CONFORME PROCESSO Nº 88/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

ENSITE BRASIL TELECOMUNICACOES LTDA  
BRASILIA, 2121 SALA 1904  
JARDIM NOVA YORQUE, ARACATUBA, SP  
CEP: 16018-000  
INS. EST.:  
CNPJ: 07.729.336/0001-39



R\$ 300,00

VENCIMENTO  
24/09/2020

EMISSÃO: 16/09/2020

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL PROMISSAO

DADOS DE FATURAMENTO:  
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303  
JARDIM ARIANO, LINS, SP  
CEP: 16400400  
CNPJ: 45.349.461/0001-02

DADOS DE INSTALAÇÃO:  
AVENIDA LEANDRO RATISBONA DE MEDEIROS, 880  
VILLAGE, PENAPOLIS, SP  
CEP: 16300000

REFERÊNCIA: 9/2020  
CNPJ: 45.349.461/0001-02  
CONTRATO: 267057

FATURA UNIFICADA: 52712691

IMPORTANTE PARA SUA EMPRESA

A sua conta está de cara nova, mais completa, com novo layout e facilidades para deixar seu dia a dia muito mais prático. Com um novo visual onde a nota fiscal e a fatura estão separadas. Na nota fiscal você encontra somente informações dos serviços telecom contratados. E na fatura da sua empresa continuam sendo apresentados todos os serviços contratados, além dos valores excedentes. Em virtude das informações serem encontradas na nota fiscal e na fatura, essas poderão apresentar valores diferentes.

Central de Relacionamento com o Cliente : 0800 721 8548 | www.ensite.com.br

VEJA O RESUMO DA SUA CONTA

ITEM	SERVIÇOS	CONTRATO	NF	ICMS	ISS	PIS/COFINS	VALOR
01	ENSITE   IP FLEX 100/40 MBPS	267057	000041842	25,00 %	0,00 %	3,65 %	R\$ 300,00
<b>TOTAL</b>							<b>R\$ 300,00</b>

Retenções na fonte: IRRF: R\$ 0,00 / PIS: R\$ 0,00 / Cofins: R\$ 0,00 / Csl: R\$ 0,00 - Total de Retenções: R\$ 0,00

CONTA DIGITAL: <https://ensite.com.br/>

- Baixar e imprimir 2ª via de conta | - Baixar termo de quitação anual | - Visualizar todas as faturas do mesmo grupo econômico | - Visualizar contas dos últimos meses

IMPOSTOS

IMPOSTO	ALÍQUOTA	BASE DE CÁLCULO	VALOR
ICMS (Telecom)	25,00 %	300,00	75,00
PIS/COFINS	3,65 %	300,00	10,95

Em atendimento à Lei 12.741/2012. As contribuições ao FUST (1%) FUNTEL (0,5%) não são repassadas às tarifas.

FORMA DE PAGAMENTO: BOLETO



03399.02264 02500.000522 71269.101011 1 83880000030000

Local de Pagamento Qualquer agência bancária, Internet bank ou lotérica.					Vencimento 24/09/2020
Beneficiário ENSITE BRASIL TELECOMUNICACOES LTDA 07.729.336/0001-39					Agência/Código Beneficiário 0061 / 13006430-8
Data Documento 22-09-2020	Numero do Documento 52712691	Especie Doc. DM	Acete N	Data Processamento	Nosso Número 52712691
Uso do Banco	Carteira 101	Especie Moeda R\$	Qtd de moeda	(x) Valor	(=) Valor do Documento 300,00
Instruções (texto de responsabilidade do beneficiário) MULTA DE 2% E JUROS DE 1% A.M					(-) Desconto
					(-) Outras Deduções/Abatimento
					(+) Mora/Multa/Juros
					(+) Outros Acréscimos
Pagador ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL PROMISSAO CNPJ: 45.349.461/0001-02 AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 JARDIM ARIANO, LINS, SP - CEP: 16400400					(=) Valor Cobrado
					CNPJ: 45.349.461/0001-02 Ficha de Compensação



CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENAPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPAÑA COVID-19

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
04/10/2020 - AUTOATENDIMENTO - 16.22.13  
3062703062 SEGUNDA VIA 0019

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA  
COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL

AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.311-1

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA  
REMETENTE : ASSOCIACAO H B 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\$ 1.933,31  
DEBITO EM: 25/09/2020

=====

DOCUMENTO: 092501  
AUTENTICACAO SISBB: E.92C.6CC.A7E.885.483

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19



Luiz Valente 02/10



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

Table with 2 columns: Field Name and Value. Fields include: Número da Nota (1713), Data de Emissão (15/09/2020), Data e Hora da Competência (15/09/2020 às 10:04:06), Código de Verificação (5345-3444-3860).

PRESTADOR DE SERVIÇOS



CNPJ 11.814.918/0001-90
Nome 737918-DESTRA - APOIO E PREV EM SEG DO TRABALHO LTDA ME
Legradoiro RUA-FERNANDO RIBEIRO DE BARROS
Bairro CENTRO
Município PENÁPOLIS

Autenticação
QR code for document verification

Situação Não Optante do Simples Nacional
Telefones
E-Mail's

TOMADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ 45.349.461/0001-02
Inscrição Mun. 6036845-ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
Nome ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
E-mail
Inf. Comp.
Legradoiro -AV JOSE ARIANO RODRIGUES
Bairro JARDIM ARIANO
Município LINS
Complemento HOSPITAL

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Table with 6 columns: Serviço, Descrição, Vlr. Unitário, Qtd, Aliq. Tributo (IRPF), Total. Rows include ASO, ASSESSORIA EM SEGURANÇA DO TRABALHO, and EXAMES COMPLEMENTARES.

Valor Total dos Serviços - R\$2.666,90

INFORMAÇÕES REFERENTE A DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Ref Agosto/2020
Unidade: AHBB - Hospital Campanha Penápolis
- Assessoria em segurança do trabalho
- 32 ASO
- 04 VDRL
- 04 HEPATITE ANTI HBS
- 04 HEMOGRAMA COMPLETO

IMPOSTOS

Table with 6 columns: PIS (RS), COFINS (RS), INSS (RS), IR (RS), CSLL (RS), Outras Retenções (RS). Values are listed for each category.

VALOR TOTAL DA NOTA - R\$ 2.060,00

Atividade 17.01-ASSESSORIA OU CONSULTORIA DE QUALQUER NATUREZA, NÃO CONTIDA EM OUTROS ITENS DESTA LISTA: ANÁLISE, EX
Operação Sem Lançamentos de Materiais/Equipamentos
Dedução de Materiais Não
Responsável pelo imposto Prestador dos Serviços
Situação da Nota Fiscal Normal
Local do Serviço Dentro do Município
Aliquota (%) 3,0000 Base de Cálculo (RS) 2.060,00 Vlr. Total das Deduções (RS) 0,00 Vlr. Total Retido (RS) 126,69 Vlr. de ISS (RS) 61,80

VALOR LIQUIDO DA NOTA - R\$ 1.933,31

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 1713 emitida em 15/09/2020 às 10:04:06 - Cód Verif 5345-3444-3860
Condições de Pagamento: Vencimento: 15/09/2020 Valor Total R\$ 2.060,00 Valor Líquido R\$ 1.933,31

Ass: \_\_\_\_\_ em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
Assinatura do Destinatário/Tomador do(s) Serviço(s) Data da Assinatura

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020

FONTE DE RECURSO MUNICIPAL
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

Handwritten signature and date: 25/09/20

28/09/2020 - BANCO DO BRASIL - 14:41:06  
306203062 SEGUNDA VIA 0038  
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA  
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL  
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.311-1

=====

DATA DA TRANSFERENCIA	28/09/2020
NR. DOCUMENTO	550.347.000.008.007
VALOR TOTAL	200,00

\*\*\*\*\* TRANSFERIDO PARA:  
CLIENTE: CASA SIRIA TECIDOS LTDA  
AGENCIA: 0347-6 CONTA: 8.007-1  
NR. DOCUMENTO 553.062.000.036.311  
=====

NR.AUTENTICACAO	F.088.BA3.6BD.5C2.48E
-----------------	-----------------------

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

RECEBEMOS DE CASA SIRIA TECIDOS LTDA-ME OS PRODUTOS / SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADO AO LADO

EMISSÃO 22/09/2020 - DEST / REM : ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL - VALOR TOTAL: R\$ 200,00

DATA DE RECEBIMENTO IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

NF-e  
Nº 000003354  
SÉRIE 001

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

**CASA SIRIA TECIDOS LTDA-ME**

AV BENTO DA CRUZ, 396 - CENTRO -  
CEP:16300-011 - Penapolis - SP  
TEL: (18)3652-0426

**DANFE**  
DOCUMENTO AUXILIAR DA  
NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA **1**  
1 - SAÍDA

Nº 000003354 FL. 1 / 1  
SÉRIE 001

CHAVE DE ACESSO  
3520 0948 7105 3700 0171 5500 1000 0033 5411 0910 8480

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

NATUREZA DE OPERAÇÃO  
Venda ECF

PROCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO  
135200842080316 22/09/2020 17:21:00

INSCRIÇÃO ESTADUAL  
521000617114

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIB

CNPJ / CPF  
48.710.537/0001-71

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL  
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL

CNPJ / CPF  
45.349.461/0001-02

DATA DA EMISSÃO  
22/09/2020

ENDEREÇO  
AV. JOSE ARIANO RODRIGUES, 303

BARRIO / DISTRITO  
JD ARIANO

CEP  
16400-400

DATA SAÍDA / ENTRADA  
22/09/2020

MUNICÍPIO  
LINS

FONE / FAX  
(14)3532-5198

UF  
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA

DUPLICATAS

Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR	Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR	Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR	Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR
001	29/09/2020	200,00									

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE CALC. ICMS SUBST.	VALOR DO ICMS SUBST.	VALOR APROX. DOS TRIBUTOS	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	62,90	200,00
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESP. ACESS.	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	200,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL

FRETE POR CONTA  
9 - SEM FRETE

CODIGO ANTT

PLACA DO VEICULO

UF

CNPJ / CPF

ENDEREÇO

MUNICÍPIO

UF

INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE

ESPECIE

MARCA

NUMERAÇÃO

PESO BRUTO

PESO LIQUIDO

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇOS

CODIGO DO PROD. / SERV.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / SH	CSOSN	CFOP	UNID.	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR DESCONTO	VALOR LÍQUIDO	BASE CÁLC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTAS ICMS	ALÍQUOTAS IPI
235	TNT LISO 40GR	56031240	0102	5929	MT	50,0000	4,000	0,00	200,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CFe-SAT Ref.:(3520 0948 7105 3700 0171 5900 0719 0660 0234 2812 6909)

DEPOSITO: BANCO DO BRASIL AG:0347-6 C/C:8007-1

NFE EMITIDA POR ME OU EPP SIMPLES NACIONAL/NAO GERA DIREITO A CREDITO FISCAL DE ISS/IPI.

Cupom Fiscal Nr: 2342

Permite aproveitamento de credito no valor de R\$ 0,00 aliquota de 2,8700 %

Trib aprox R\$ 26,90 Federal, R\$ 36,00 EstadualFonte: IBPT/FECOMERCIO(SP) Xe67Eq

RESERVA DO AUFISCO

28/09/2020  
LU

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
04/10/2020 - AUTOATENDIMENTO - 16.22.13  
3062703062 SEGUNDA VIA 0019

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA  
COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL

AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.311-1

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA

REMETENTE : ASSOCIACAO H B BRASIL

BANCO: 341 - ITAU UNIBANCO S.A.

AGENCIA: 3858-X - SAO JOSE DOS PINHAIS PR

CONTA: 65.890-3

FAVORECIDO: LUK INDUSTRIA E COMERCIO DE USINAS

CPF/CNPJ: 22.677.012/0001-98

VALOR: R\$ 3.000,00

DEBITO EM: 28/09/2020

=====

DOCUMENTO: 092801

AUTENTICACAO SISBB: E.9D6.881.927.20F.DA4

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 66/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

26/09  
LV

	<b>LUK INDÚSTRIA E COMÉRCIO DE USINAS GERADORAS DE OXIGÊNIO LTDA</b> RUA VALDOMIRO VALASKI N° 2140 – GUATUPÉ SÃO JOSÉ DOS PINHAIS – PR CEP: 83.065-400 CNPJ: 22.677.012/0001-98 CONTATO: (41) 3595-8686 EMAIL: ADMINISTRACAO@DINATEC.IND.BR		<b>RECIBO DE LOCAÇÃO</b>	<b>EMISSÃO</b>
			<b>781</b>	<b>05/09/2020</b>
<b>FATURA</b>		<b>DUPLICATA</b>		<b>VENCIMENTO</b>
<b>NÚMERO</b>	<b>VALOR</b>	<b>NUMERO</b>	<b>VALOR</b>	<b>1º VIA DO CLIENTE</b>
781	3.000,00	781	3.000,00	
<b>CONDICÃO DE PAGAMENTO</b>		<b>DEPÓSITO BANCÁRIO</b> BANCO ITÁU – AG. 3858 CC. 65890-3		
<b>RAZÃO SOCIAL</b>	ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL			
<b>ENDEREÇO</b>	AV JOSE ARIANO RODRIGUES, N°303	<b>BAIRRO</b>	JARDIM ARIANO	
<b>CIDADE / ESTADO</b>	LINS / SÃO PAULO	<b>CEP</b>	16.400-400	
<b>CNPJ</b>	45.349.461/0001-02	<b>INSCRIÇÃO ESTADUAL</b>		
<b>DESCRIÇÃO</b>			<b>VALOR UNITÁRIO</b>	<b>VALOR TOTAL</b>
LOCAÇÃO COMPRESSOR DINAR SCREW OIL LESS REFERENTE AO PERIODO DE 26/08/2020 A 25/09/2020			3.000,00	3.000,00
			<b>TOTAL</b>	<b>R\$ 3.000,00</b>
<b>VALOR TOTAL POR EXTENSO</b>	<b>TRÊS MIL REAIS*****</b>			
<b>BASE LEGAL RECIBO DE LOCAÇÃO DE EQUIPAMENTOS</b>				
EMITIMOS O RESPECTIVO RECIBO DE LOCAÇÃO DE IGUAL NÚMERO E VALOR, CUJO PAGAMENTO DEVERÁ SER FEITO A LUK INDÚSTRIA E COMÉRCIO DE USINAS GERADORAS DE OXIGÊNIO LTDA OU A SUA ORDEM. A LOCAÇÃO DE BENS MÓVEIS É UMA DAS ESPÉCIES DE CONTRATO PREVISTA NO CÓDIGO CIVIL. DE ACORDO COM O ARTIGO 565 A LOCAÇÃO DE EQUIPAMENTOS É UMA OPERAÇÃO DE LOCAÇÃO DE BENS MÓVEIS, ONDE UMA DAS PARTES SE OBRIGA A CEDER À OUTRA PARTE. POR TEMPO DETERMINADO OU NÃO, O USO E GOZO DA COISA FUNGÍVEL MEDIANTE CERTA CONTRIBUIÇÃO. ALÉM DISSO, OS BENS OBJETO DA LOCAÇÃO DEVEM SER DEVIDAMENTE INCORPORADOS AO ATIVO IMOBILIZADO DA EMPRESA LOCADORA. ART. 566. O LOCADOR É OBRIGADO: I – A ENTREGAR AO LOCATÁRIO A COISA ALUGADA, COM SUAS PERTENÇAS, EM ESTADO DE SERVIR AO USO AO QUE SE DESTINA, E A MANTÊ-LA NESTE ESTADO, PELO TEMPO DO CONTRATO, SALVO CLÁUSULA EXPRESSA EM CONTRÁRIO; II – A GARANTIR-LHE DURANTE O TEMPO DO CONTRATO, USO PACÍFICO DA COISA. ART. 569. O LOCATÁRIO É OBRIGADO: I – A SERVIR DA COISA ALUGADA PARA OS USOS CONVENCIONADOS OU PRESUMIDOS, CONFORME A NATUREZA DELA E AS CIRCUNSTÂNCIAS, BEM COMO TRATÁ-LA COM O MESMO CUIDADO COMO SE SUA FOSSE; II – A PAGAR PONTUALMENTE O ALUGUEL NOS PRAZOS AJUSTADOS E, EM FALTA DE AJUSTE, SEGUNDO O COSTUME DO LUGAR; III – A LEVAR AO CONHECIMENTO DO LOCADOR AS TURBAÇÕES DE TERCEIROS, QUE SE PRETENDAM FUNDADAS EM DIREITO; IV – A RESTITUIR A COISA, FUNDA A LOCAÇÃO, NO ESTADO EM QUE SE RECEBEU, SALVA AS DETERIORAÇÕES NATURAIS AO USO REGULAR, DE ACORDO COM A LEI COMPLEMENTAR 116/2003 DE 31/07/2003, LOCAÇÃO DE BENS MÓVEIS ESTA IMUNE DO RECOLHIMENTO DO ISSO POR VETO PRESIDENCIAL AO SUBITEM 17.07 DA LISTA DE SERVIÇOS, CONSEQUENTEMENTE IMPOSSIBILITANDO A EMISSÃO DE NOTA FISCAL, UMA VEZ QUE LOCAÇÃO DE BENS MÓVEIS NÃO É CONSIDERADA SERVIÇO. A LOCAÇÃO DE EQUIPAMENTOS PARA EXECUÇÃO EM OBRA IMPLICA EM CEDER O USO DO BEM AO CONTRATANTE E NÃO A EMISSÃO DE FATURA DE LOCAÇÃO DE EQUIPAMENTOS QUANDO SE CONTRATA UM SERVIÇO ONDE A UTILIZAÇÃO DO EQUIPAMENTO É INERENTE A SERVIÇO. O ART. 1 DA LEI FEDERAL 8.846/1994 PERMITE O USO DE RECIBO OU DOCUMENTO EQUIVALENTE PARA REGISTRO LOCAÇÃO DE BENS MÓVEIS, PARA EFEITO DE LEGISLAÇÃO DO IMPOSTO DE RENDA.				

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
 FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
 PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
 HOSPITAL DE CAMPAINHA COVID-19

Banco Itaú  
 Ag. 3858  
 CC. 65890-3

28/09/2020  
 LV

---

30/09/2020 - BANCO DO BRASIL - 17:56:41  
306203062 SEGUNDA VIA 0048  
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA  
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL  
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.311-1  
=====

DATA DA TRANSFERENCIA	30/09/2020
NR. DOCUMENTO	553.062.007.004.231
VALOR TOTAL	488.642,86

\*\*\*\*\* TRANSFERIDO PARA:  
CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL  
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 7.004.231-4  
NR. DOCUMENTO 553.062.000.036.311  
=====

NR. AUTENTICACAO	8.4F1.51D.FA7.313.971
------------------	-----------------------

---

Transa o efetuada com sucesso por: JA015962 ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO.

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO N  56/2023  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE FENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

**REGISTRO DE PONTO MANUAL**

EMPREGADOR: NOME / EMPRESA  
**AHBB - ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL** CNPJ Nº

EMPREGADO(A)  
**MARIA GABRIELA CAMAÇARI RIBEIRO**

FUNÇÃO:  
**TEC. ENFERMAGEM** LOCAL DE TRABALHO  
**PENAPOLIS**

Horário de Trabalho:  
Das 19:00 às 20:00 e das 21:00 às 22:00 MÊS:  
**AGOSTO** ANO:  
**2020**

DIAS	ENT	INTERVALO		SAÍDA	HORAS EXTRAS		ASSINATURA / OBSERVAÇÕES
		SAIDA	RET		INICIO	FIM	
21/07							
22/07							
23/07							
24/07							INICIA 28/07
25/07							
26/07							
27/07							
28/07	19h	20h	21h	22h			
29/07	19h	20:30	21:30	22h			
30/07	19h	20h	21h	22h			
31/07	19h	20h	21h	22h			
01/08	19h	20h	21h	22h			
02/08	Faltou						
03/08	19h	20:00	21h	22h			
04/08	19h	20:20	21:20	22h			
05/08	19h	20h	21h	22h			
06/08	19h	20h	21h	22h			
07/08	Faltou						
08/08	19h	20:30	21:30	22h			
09/08	19h	20h	21h	22h			
10/08	19h	20h	21h	22h			
11/08	Faltou						
12/08	19h	20h	21h	22h			
13/08	19h	20h	21h	22h			
14/08	Faltou						
15/08	Faltou						
16/08	Faltou						
17/08	19h	21h	22h	23h			
18/08	19h	20:30	21:30	22h			
19/08	19h	20:40	21:40	22h			
20/08	19h	20h	21:00	22h			

**Daniela Zanette**  
Enfermeira  
CPF: 379155

Chefia Imediata  
Carimbo e Assinatura

17 x 8 = 136,00  
8,00  
144,00

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 00/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENAPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

**REGISTRO DE PONTO MANUAL**

EMPREGADOR: NOME / EMPRESA <b>AHBB - ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL</b>		CNPJ Nº
EMPREGADO(A) <b>ADRIANA APARECIDA CANATTO AUGUSTO</b>		
FUNÇÃO: <b>TEC. DE ENFERMAGEM</b>		LOCAL DE TRABALHO <b>PENÁPOLIS</b>
Horário de Trabalho: Das ___ às ___ e das ___ às ___		MÊS: <b>AGOSTO</b>
		ANO: <b>2020</b>

DIAS	ENT	INTERVALO		SAÍDA	HORAS EXTRAS		ASSINATURA / OBSERVAÇÕES
		SAÍDA	RET		INICIO	FIM	
21/07	6:50	11:30	12:00	19:10			Adriana Augusto
22/07	6:50	12:00	12:30	19:10			Adriana Augusto
23/07	6:50	11:30	12:00	19:10			Adriana Augusto
24/07							
25/07	6:50	11:30	12:00	19:10			Adriana Augusto
26/07	18:50	21:00	21:30	7:10	8:00		Adriana Augusto
27/07						8:00	
* 28/07	7:05	11:30	12:00	19:00	19:00	7:10	Adriana Augusto. (24 horas)*
29/07							
30/07	18:50	20:45	21:40	7:10	8:00		Adriana Augusto
31/07							
01/08	18:50	20:55	21:30	7:10			Adriana Augusto
02/08							
03/08	18:50	20:30	21:00	7:10			Adriana Augusto
04/08							
05/08	18:50	21:00	21:30	7:10			Adriana Augusto
06/08							
07/08	18:50	20:30	21:00	7:10			Adriana Augusto
08/08							
09/08	18:50	20:40	21:20	7:10			Adriana Augusto
10/08							
11/08	18:50	20:30	21:40	7:10			Adriana Augusto
12/08							
13/08	18:50	21:00	21:30	7:10			Adriana Augusto
14/08							
15/08	18:50	21:30	22:00	7:10			Adriana Augusto
16/08							
17/08	18:50	21:30	22:00	7:10			Adriana Augusto (FIXA)
18/08							
19/08	18:50	21:00	21:30	7:10			Adriana Augusto
20/08							

\_\_\_\_\_  
Chefia Imediata  
Carimbo e Assinatura

13 x 8 = 104,00



**REGISTRO DE PONTO MANUAL**

EMPREGADOR: NOME / EMPRESA

**AHBB - ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL**

CNPJ Nº

EMPREGADO(A)

**ADRIANA CORREIA DE SOUZA**

FUNÇÃO:

**TEC. ENFERMAGEM**

LOCAL DE TRABALHO  
**PENAPOLIS**

Horário de Trabalho:

Das 19:00 às 21:00 e das 22:00 às 07:00

MÊS:

**AGOSTO**

ANO:

**2020**

DIAS	ENT	INTERVALO		SAÍDA	HORAS EXTRAS		ASSINATURA / OBSERVAÇÕES
		SAÍDA	RET		INICIO	FIM	
21/07							
22/07							
23/07							
24/07							
25/07							
26/07							
27/07							
28/07							
29/07							
30/07							
31/07							
01/08							
02/08							
03/08							
04/08							
05/08	19:02	20:00	21:00	07:10			Adriane
06/08							Adriane
07/08	18:58	20:00	21:00	07:07			Adriane
08/08							Adriane
09/08	19:00	21:00	22:00	07:01			Adriane
10/08							Adriane
11/08	18:55	21:00	22:00	07:04			Adriane
12/08							Adriane
13/08	19:00	20:00	21:00	07:05			Adriane
14/08							Adriane
15/08	18:54	21:00	22:00	07:06			Adriane
16/08							Adriane
17/08	19:10	21:00	22:00	07:14			Adriane
18/08							Adriane
19/08	19:02	20:00	21:00	07:05			Adriane
20/08							Adriane

\_\_\_\_\_  
Chefia Imediata  
Carimbo e Assinatura

64:00

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENAPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

**REGISTRO DE PONTO MANUAL**

EMPREGADOR: NOME / EMPRESA <b>AHBB - ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL</b>		CNPJ Nº
EMPREGADO(A) <b>ALAN LUCIUS FIRMINO LOZANO</b>		
FUNÇÃO: <b>ASSIST. ADMINISTRATIVO</b>		LOCAL DE TRABALHO <b>PENÁPOLIS</b>
Horário de Trabalho: Das <u>7:00</u> às <u>12:00</u> e das <u>13:00</u> às <u>16:48</u>		MÊS: <b>AGOSTO</b>
		ANO: <b>2020</b>

DIAS	ENT	INTERVALO		SAÍDA	HORAS EXTRAS		ASSINATURA / OBSERVAÇÕES
		SAÍDA	RET		INICIO	FIM	
21/07	6h55	12h03	13h05	16h51			Alan Lozano
22/07	6h59	12h06	13h02	16h53			Alan Lozano
23/07	6h54	12h01	13h04	17h03			Alan Lozano
24/07	6h58	12h00	13h01	16h40			Alan Lozano
25/07							
26/07							
27/07	7h02	12h04	13h02	17h09			Alan Lozano
28/07	7h01	12h01	13h06	16h48			Alan Lozano
29/07	7h05	12h02	13h01	16h51			Alan Lozano
30/07	6h52	12h05	13h05	16h58			Alan Lozano
31/07	7h03	12h07	13h01	16h47			Alan Lozano
01/08							
02/08							
03/08	6h58	12h01	13h02	17h01			Alan Lozano
04/08	6h59	12h04	13h07	17h30			Alan Lozano
05/08	7h02	12h01	13h05	21h10			Alan Lozano
06/08	6h57	12h03	13h01	16h41			Alan Lozano
07/08	7h03	12h02	13h02	16h50			Alan Lozano
08/08							
09/08							
10/08	7h01	12h01	13h01	16h47			Alan Lozano
11/08	7h04	12h03	13h04	17h05			Alan Lozano
12/08	6h53	12h03	13h03	17h02			Alan Lozano
13/08	7h03	12h04	13h03	16h51			Alan Lozano
14/08	6h56	12h02	13h01	16h55			Alan Lozano
15/08							
16/08							
17/08	7h01	12h01	13h02	16h50			Alan Lozano
18/08	6h55	12h03	13h00	17h02			Alan Lozano
19/08	7h10	12h31	13h28	16h51			Alan Lozano
20/08	7h05	12h26	13h29	16h48			Alan Lozano

\_\_\_\_\_  
Chefia Imediata  
Carimbo e Assinatura

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

**REGISTRO DE PONTO MANUAL**

EMPREGADOR: NOME / EMPRESA <b>AHBB - ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL</b>		CNPJ Nº
EMPREGADO(A) <b>ALESSANDRA ALVES DA SILVA</b>		
FUNÇÃO: <b>TEC. ENFERMAGEM</b>		LOCAL DE TRABALHO <b>PENAPOLIS</b>
Horário de Trabalho: Das <u>19:00</u> às <u>23:00</u> e das <u>00:00</u> às <u>07:00</u>		MÊS: <b>AGOSTO</b>
		ANO: <b>2020</b>

DIAS	ENT	INTERVALO		SAÍDA	HORAS EXTRAS		ASSINATURA / OBSERVAÇÕES
		SAÍDA	RET		INICIO	FIM	
21/07	atestado						
22/07							
23/07	-	-	-	-			
24/07							
25/07	-	-	-	-			
26/07							
27/07	-	-	-	-			
28/07							
29/07	atestado						
30/07							
31/07	18:55	22:20	23:30	7:05			AR
01/08							
02/08	18:54	22:10	23:10	7:02			AR
03/08							
04/08	19:02	22:30	23:30	7:05			AR
05/08							
06/08	18:55	23:02	24:02	7:00			AR
07/08							
08/08	19:05	23:10	24:10	7:05			AR
09/08							
10/08	19:02	23:15	24:15	7:02			AR
11/08							
12/08	18:54	23:10	24:10	7:05			AR
13/08							
14/08	19:00	23:30	24:30	7:00	1		AR
15/08							
16/08	18:50	23:10	24:10	7:05			AR
17/08							
18/08	19:02	23:20	24:20	09:02			AR
19/08							
20/08	18:58	23:08	24:08	7:05			AR

\_\_\_\_\_  
Chefia Imediata  
Carimbo e Assinatura

77:30

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 66/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

REGISTRO DE PONTO MANUAL							
EMPREGADOR: NOME / EMPRESA <b>AHBB - ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL</b>						CNPJ Nº	
EMPREGADO(A) <b>ALEXANDRE DUMAS DE OLIVEIRA</b>							
FUNÇÃO: <b>TEC. ENFERMAGEM</b>				LOCAL DE TRABALHO <b>PENÁPOLIS</b>			
Horário de Trabalho: Das <u>07:00</u> às <u>13:00</u> e das <u>13:00</u> às <u>19:00</u>				MÊS: <b>AGOSTO</b>		ANO: <b>2020</b>	
DIAS	ENT	INTERVALO		SAÍDA	HORAS EXTRAS		ASSINATURA / OBSERVAÇÕES
		SAÍDA	RET		INICIO	FIM	
21/07	07:00	12:00	13:00	19:00			<i>[Signature]</i>
22/07							
23/07	07:00	12:10	13:10	19:05			<i>[Signature]</i>
24/07							
25/07	07:00	12:00	14:00				<i>[Signature]</i> Afestado das 15:00 às 19:00
26/07							
27/07	07:05	13:00	14:00	19:10			<i>[Signature]</i>
28/07							
29/07	07:00	12:00	13:00	19:00			<i>[Signature]</i>
30/07							
31/07	Folga	Folga	Folga	Folga			
01/08							
02/08	—	Faltou					Horas compensadas no dia 07/08
03/08							
04/08	07:00	13:10	14:10	18:59			<i>[Signature]</i>
05/08							
06/08	FOLGA	FOLGA	FOLGA	FOLGA			
07/08	18:50	00:10	01:10	07:00	18:50	07:00	<i>[Signature]</i>
08/08	07:01	13:00	14:00	19:00			<i>[Signature]</i>
09/08							
10/08	07:10	14:00	15:00	19:00			<i>[Signature]</i>
11/08							
12/08	07:00	13:00	14:00	19:10			<i>[Signature]</i>
13/08							
14/08	07:15	13:00	14:01	19:10			<i>[Signature]</i>
15/08							
16/08	06:59	13:01	14:00	19:00			<i>[Signature]</i>
17/08							
18/08	07:20	14:00	15:00	19:15			<i>[Signature]</i>
19/08							
20/08	07:00	14:00	15:00	19:10			<i>[Signature]</i>

\_\_\_\_\_  
Chefia Imediata  
Carimbo e Assinatura

15:00

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

**REGISTRO DE PONTO MANUAL**

EMPREGADOR: NOME / EMPRESA <b>AHBB - ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL</b>		CNPJ Nº
EMPREGADO(A) <b>ALEXANDRE TEIXEIRA DA SILVA</b>		
FUNÇÃO: <b>TEC. ENFERMAGEM</b>		LOCAL DE TRABALHO <b>PENAPOLIS</b>
Horário de Trabalho: Das ___ às ___ e das ___ às ___		MÊS: <b>AGOSTO</b>
		ANO: <b>2020</b>

DIAS	ENT	INTERVALO		SAÍDA	HORAS EXTRAS		ASSINATURA / OBSERVAÇÕES
		SAIDA	RET		INICIO	FIM	
21/07							
22/07	06:50	11:30	12:30	19:30			
23/07							
24/07	06:52	11:00	12:00	19:12			
25/07							
26/07							
27/07							
28/07							
29/07							
30/07							
31/07							
01/08							
02/08							
03/08							
04/08							
05/08							Atestado Covid +
06/08							
07/08							
08/08							
09/08							
10/08							
11/08	06:50	11:00	12:00	19:10			
12/08							
13/08	06:52	11:15	12:15	19:15			
14/08							
15/08	06:50	11:00	12:00	19:12			
16/08							
17/08	06:45	11:10	12:10	19:15			
18/08							
19/08	06:40	11:00	12:00	19:10			
20/08							

\_\_\_\_\_  
Chefia Imediata  
Carimbo e Assinatura

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

**REGISTRO DE PONTO MANUAL**

EMPREGADOR: NOME / EMPRESA <b>AHBB - ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL</b>		CNPJ Nº
EMPREGADO(A) <b>AMANDA CRISTINA DA SILVA GOVEA</b>		
FUNÇÃO: <b>TEC. ENFERMAGEM</b>		LOCAL DE TRABALHO <b>PENAPOLIS</b>
Horário de Trabalho: Das <u>19:00</u> às <u>23:00</u> e das <u>07:45</u> às <u>07:00</u>		MÊS: <b>AGOSTO</b>
		ANO: <b>2020</b>

DIAS	ENT	INTERVALO		SAÍDA	HORAS EXTRAS		ASSINATURA / OBSERVAÇÕES
		SAÍDA	RET		INICIO	FIM	
21/07	18:50	23:00	23:45	07:08	700		Amanda Govea
22/07							Amanda Govea
23/07	18:47	23:00	23:44	07:01	700		Amanda Govea
24/07							Amanda Govea
25/07	18:45	23:00	23:37	07:03	700		Amanda Govea
26/07							Amanda Govea
27/07	Solga						Amanda Govea
28/07							Amanda Govea
29/07	18:57	24:00	24:32	07:10	700		Amanda Govea
30/07							Amanda Govea
31/07	18:45	23:30	24:00	07:02	700		Amanda Govea
01/08							Amanda Govea
02/08	18:40	23:10	23:45	07:00	700		Amanda Govea
03/08							Amanda Govea
04/08	18:45	23:00	23:41	07:00	700		Amanda Govea
05/08							Amanda Govea
06/08	18:40	22:10	22:45	07:10	715		Amanda Govea
07/08							Amanda Govea
08/08	18:45	22:40	23:05	07:01	700		Amanda Govea
09/08							Amanda Govea
10/08	18:46	22:00	22:50	07:10	700		Amanda Govea
11/08							Amanda Govea
12/08	18:50	23:00	23:45	07:07	700		Amanda Govea
13/08							Amanda Govea
14/08	18:45	23:10	23:50	07:10	700	7745	Amanda Govea
15/08	18:47	21:50	22:15	07:00	18:47	07:00	Amanda Govea
16/08	18:40	22:00	22:40	07:05	710		Amanda Govea
17/08							Amanda Govea
18/08	18:50	21:00	21:52	07:00	800		Amanda Govea
19/08							Amanda Govea
20/08					800		Amanda Govea

EXTRA

\_\_\_\_\_  
Chefia Imediata  
Carimbo e Assinatura

14 x 700 = 9800  
2400  
130  
-----  
12330

REGISTRO DE PONTO MANUAL							
EMPREGADOR: NOME / EMPRESA <b>AHBB - ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL</b>					CNPJ Nº		
EMPREGADO(A) <b>ANA PAULA FERREIRA</b>							
FUNÇÃO: <b>TEC. ENFERMAGEM</b>				LOCAL DE TRABALHO <b>PENAPOLIS</b>			
Horário de Trabalho: Das <u>7</u> :__ às __: __ e das <u>19</u> :__ às __: __				MÊS: <b>AGOSTO</b>		ANO: <b>2020</b>	
DIAS	ENT	INTERVALO		SAÍDA	HORAS EXTRAS		ASSINATURA / OBSERVAÇÕES
		SAÍDA	RET		INICIO	FIM	
21/07		atestado					
22/07							
23/07							
24/07							
25/07							
26/07							
27/07							
28/07							
29/07							
30/07							
31/07							
01/08							
02/08							
03/08							
04/08							
05/08							
06/08							
07/08							
08/08	7:00	12:00	13:00	19:00			Paula
09/08							
10/08	7:00	12:00	13:00	19:00			Paula
11/08							
12/08	7:00	12:00	13:00	19:00			Paula
13/08							
14/08	7:00	12:00	13:00	19:00			Paula
15/08							
16/08	7:00	12:00	13:00	19:00			Paula
17/08							
18/08	7:00	12:00	13:00	19:00			Paula
19/08							
20/08		folga					Folga

\_\_\_\_\_  
Chefia Imediata  
Carimbo e Assinatura

**REGISTRO DE PONTO MANUAL**

EMPREGADOR: NOME / EMPRESA  
**AHBB - ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL** CNPJ Nº

EMPREGADO(A)  
**ANDERSON CARRIJO DA COSTA**

FUNÇÃO:  
**FARMACEUTICO (A)** LOCAL DE TRABALHO  
**PENAPOLIS**

Horário de Trabalho:  
Das \_\_\_:\_\_\_ às \_\_\_:\_\_\_ e das \_\_\_:\_\_\_ às \_\_\_:\_\_\_ MÊS:  
**AGOSTO** ANO:  
**2020**

DIAS	ENT	INTERVALO		SAÍDA	HORAS EXTRAS		ASSINATURA / OBSERVAÇÕES
		SAÍDA	RET		INICIO	FIM	
21/07	07:05	12:05	13:04	19:30			
22/07	07:28	12:00	13:01	18:20			
23/07	07:31	11:57	12:55	18:14			
24/07	07:29	12:10	13:08	18:27			
25/07							
26/07							
27/07	07:30	12:10	13:11	18:45			
28/07	07:28	12:15	13:14	18:20			
29/07	06:58	13:01	12:59	20:31			
30/07	07:25	12:07	13:07	17:50			
31/07	07:31	12:00	13:01	18:05			
01/08							
02/08							
03/08	07:27	12:05	13:04	18:15			
04/08	07:23	12:10	13:11	18:32			
05/08	07:28	12:06	13:03	18:27			
06/08	07:29	12:03	13:04	19:40			
07/08	07:30	12:01	13:00	18:45			
08/08							
09/08							
10/08	07:28	12:01	13:05	18:40			
11/08	07:27	12:05	13:02	18:33			
12/08	07:31	12:20	13:15	18:10			
13/08	07:23	12:03	13:01	19:10			
14/08	07:29	12:02	13:03	18:55			
15/08							
16/08							
17/08	07:25	12:10	13:11	18:41			
18/08	07:31	12:05	13:03	18:25			
19/08	07:28	12:15	13:14	18:02			
20/08	07:35	12:05	13:06	18:15			

\_\_\_\_\_  
Chefia Imediata  
Carimbo e Assinatura



**REGISTRO DE PONTO MANUAL**

EMPREGADOR: NOME / EMPRESA <b>AHBB - ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL</b>		CNPJ Nº
EMPREGADO(A) <b>BIANCA KLEM MARQUES</b>		
FUNÇÃO: <b>TEC. ENFERMAGEM</b>		LOCAL DE TRABALHO <b>PENAPOLIS</b>
Horário de Trabalho: Das ___ às ___ e das ___ às ___		MÊS: <b>AGOSTO</b>
		ANO: <b>2020</b>

DIAS	ENT	INTERVALO		SAÍDA	HORAS EXTRAS		ASSINATURA / OBSERVAÇÕES
		SAÍDA	RET		INICIO	FIM	
21/07							
22/07	06:50	13:00	14:00	19:10			B
23/07							
24/07	atestado						
25/07							
26/07							
27/07							
28/07							
29/07							
30/07	06:50	12:00	12:55	19:00			B
31/07	19:00	20:00	21:00	04:15			B
01/08							
02/08							
03/08	06:50	12:00	12:55	19:10			B
04/08							
05/08	06:50	12:30	13:25	19:05			B
06/08							
07/08	06:50	12:10	13:00	19:15			B
08/08							
09/08	06:50	12:00	13:00	19:10			B
10/08							
11/08	06:50	13:00	13:50	19:00			B
12/08							
13/08	FOLGA						
14/08							
15/08	06:50	11:00	—	—			B
16/08							
17/08	06:50	12:00	12:55	19:10			B
18/08							
19/08	06:50	12:10	13:00	19:00			B
20/08							

\_\_\_\_\_  
Chefia Imediata  
Carimbo e Assinatura

*P. 100*

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENAPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

**REGISTRO DE PONTO MANUAL**

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

CNPJ Nº

EMPREGADO(A)  
**DANIELA PEREIRA BRANDÃO**

FUNÇÃO:  
**ENFERMEIRO(A)**

LOCAL DE TRABALHO  
**PENÁPOLIS**

Horário de Trabalho:  
Das 19:00 às 23:00 e das 24:00 às 07:00

MÊS:

ANO:

**AGOSTO**

**2020**

DIAS	ENT	INTERVALO		SAÍDA	HORAS EXTRAS		ASSINATURA / OBSERVAÇÕES
		SAÍDA	RET		INICIO	FIM	
21/07	18:45	20:15	21:15	07:15			Daniela P. Brandão
22/07							Daniela P. Brandão
23/07	18:43	20:20	21:20	07:17			Daniela P. Brandão
24/07							Daniela P. Brandão
25/07	18:55	20:00	21:00	07:05			Daniela P. Brandão
26/07							Daniela P. Brandão
27/07	18:45	20:10	21:10	07:15			Daniela P. Brandão
28/07							Daniela P. Brandão
29/07	18:40	20:05	21:05	07:20	07:20	10:00	Daniela P. Brandão
30/07							Daniela P. Brandão
31/07	18:50	20:13	21:13	07:10			Daniela P. Brandão
01/08							Daniela P. Brandão
02/08	18:40	20:07	21:07	07:20			Daniela P. Brandão
03/08							Daniela P. Brandão
04/08	18:40	20:03	21:03	07:20			Daniela P. Brandão
05/08							Daniela P. Brandão
06/08	18:50	20:07	21:07	07:10			Daniela P. Brandão
07/08							Daniela P. Brandão
08/08	18:45	20:30	21:30	07:15			Daniela P. Brandão
09/08							Daniela P. Brandão
10/08	18:50	20:25	21:25	07:10			Daniela P. Brandão
11/08							Daniela P. Brandão
12/08	18:40	20:22	21:22	07:20			Daniela P. Brandão
13/08							Daniela P. Brandão
14/08	Folga	=	=	=	=	=	=
15/08							Daniela P. Brandão
16/08	18:45	20:00	21:00	07:15			Daniela P. Brandão
17/08							Daniela P. Brandão
18/08	18:40	20:15	21:15	07:20			Daniela P. Brandão
19/08							Daniela P. Brandão
20/08	07:00	12:00	01:00	19:00	24 horas		Daniela P. Brandão
20/08	19:00	20:05	21:05	07:00			Daniela P. Brandão

\_\_\_\_\_  
Chefia Imediata  
Carimbo e Assinatura

15 x 8 = 120:00

\* Dia 30 devido a falta de colaborador, comi meu lote por 10:00 da manhã no plantão.

**REGISTRO DE PONTO MANUAL**

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

CNPJ Nº

EMPREGADO(A)  
**DANIELE LEITE GREMES DUMAS**

FUNÇÃO:  
**TEC. ENFERMAGEM**

LOCAL DE TRABALHO  
**PENAPOLIS**

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

MÊS:  
**AGOSTO**

ANO:  
**2020**

DIAS	ENT	INTERVALO		SAÍDA	HORAS EXTRAS		ASSINATURA / OBSERVAÇÕES
		SAÍDA	RET		INICIO	FIM	
21/07							
22/07	06:41	12:00	13:00	18:53			Danielle Gremes
23/07							
24/07	folga						
25/07							
26/07	06:40	12:00	13:00	18:51			Danielle Gremes
27/07							
28/07	06:42	12:00	13:00	18:50			Danielle Gremes
29/07							
30/07	06:45	12:00	13:00	18:53			Danielle Gremes
31/07							
01/08	06:46	12:00	13:00	19:03			Danielle Gremes
02/08							
03/08	06:48	12:00	13:00	19:05			Danielle Gremes
04/08							
05/08	06:53	12:00	13:00	19:04			Danielle Gremes
06/08							
07/08	06:47	12:00	13:00	19:09			Danielle Gremes
08/08							
09/08	folga						
10/08							
11/08	06:43	14:00	15:30	18:53			Danielle Gremes
12/08							
13/08	06:53	12:00	13:00	19:02			Danielle Gremes
14/08							
15/08	07:00	09:30	Ausente de fora (Plantão feito 24/08)				
16/08							
17/08	06:57	12:00	13:00	19:01			Danielle Gremes
18/08							
19/08	06:58	13:30	14:32	19:04			Danielle B. Gremes
20/08							

\_\_\_\_\_  
Chefia Imediata  
Carimbo e Assinatura

**REGISTRO DE PONTO MANUAL**

EMPREGADOR: NOME / EMPRESA  
**AHBB - ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL** CNPJ Nº

EMPREGADO(A)  
**DANIELE PAOLA PIRES DOS SANTOS**

FUNÇÃO: **TEC. ENFERMAGEM** LOCAL DE TRABALHO  
**PENAPOLIS**

Horário de Trabalho: Das 09:00 às 20:00 e das 21:00 às 07:00 MÊS: **AGOSTO** ANO: **2020**

DIAS	ENT	INTERVALO		SAÍDA	HORAS EXTRAS		ASSINATURA / OBSERVAÇÕES
		SAÍDA	RET		INICIO	FIM	
21/07							
22/07	18:43	20:00	21:00	06:58			aul
23/07							
24/07	18:50	20:00	21:00	07:00			aul
25/07							
26/07	18:49	20:00	21:00	06:55			aul
27/07							
28/07	18:50	20:00	21:00	06:58			aul
29/07							
30/07	atendido						aul
31/07							
01/08	atendido						aul
02/08							
03/08	atendido						aul
04/08							
05/08	atendido						aul
06/08							
07/08	atendido						aul
08/08							
09/08	atendido						aul
10/08							
11/08	atendido						aul
12/08							
13/08	18:48	20:00	21:00	06:57			aul
14/08							
15/08	18:45	20:00	21:00	06:55			aul
16/08							
17/08	18:45	20:00	21:00	06:50			aul
18/08							
19/08	18:39	20:00	21:00	06:39			aul
20/08							

\_\_\_\_\_  
 Chefia Imediata  
 Carimbo e Assinatura

64:00

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
 FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
 PREFEITURA MUNICIPAL DE PENAPOLIS  
 HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

**REGISTRO DE PONTO MANUAL**

EMPREGADOR: NOME / EMPRESA <b>AHBB - ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL</b>		CNPJ Nº
EMPREGADO(A) <b>DEBORA MATEUS CAETANO</b>		
FUNÇÃO: <b>AUX. ADM. FARMACIA</b>		LOCAL DE TRABALHO <b>PENAPOLIS</b>
Horário de Trabalho: Das ___:___ às ___:___ e das ___:___ às ___:___		MÊS: <b>AGOSTO</b>
		ANO: <b>2020</b>

DIAS	ENT	INTERVALO		SAÍDA	HORAS EXTRAS		ASSINATURA / OBSERVAÇÕES
		SAÍDA	RET		INICIO	FIM	
21/07	18:59	2:05	3:00	7:02	7:02		Debora Caetano
22/07							
23/07							
24/07							
25/07							
26/07							
27/07							
28/07							
29/07							
30/07	06:59	12:30	13:15	19:05			Debora Caetano
31/07							
01/08	06:55	11:00	11:45	19:02			Debora Caetano
02/08							
03/08	18:59	00:05	01:02	02:05			Debora Caetano
04/08							
05/08	19:01	2:31	03:11	06:59			Debora Caetano
06/08							
07/08	18:55	1:30	2:00	07:01			Debora Caetano
08/08							
09/08	19:01	02:15	03:00	06:59			Debora Caetano
10/08							
11/08	18:55	1:30	2:00	07:03			Debora Caetano
12/08							
13/08							
14/08							
15/08							
16/08	18:59	02:00	02:30	07:01			Debora Caetano
17/08							
18/08	07:15	11:35	12:15	19:10			Debora Caetano
19/08							
20/08	06:59	11:05	11:35	18:59			Debora Caetano

\_\_\_\_\_  
Chefia Imediata  
Carimbo e Assinatura

49:00

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENAPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

**REGISTRO DE PONTO MANUAL**

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

CNPJ Nº

EMPREGADO(A)  
**DELMA APARECIDA DA SILVA SPONTON**

FUNÇÃO:  
**ENFERMEIRO (A)**

LOCAL DE TRABALHO  
**PENAPOLIS**

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

MÊS:  
**AGOSTO**

ANO:  
**2020**

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

\_\_\_\_\_  
Chefia Imediata  
Carimbo e Assinatura

REGISTRO DE PONTO MANUAL							
EMPREGADOR: NOME / EMPRESA AHBB - ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL					CNPJ Nº		
EMPREGADO(A) DEYSE D' ARC BEZERRA PIRES							
FUNÇÃO: TEC. ENFERMAGEM				LOCAL DE TRABALHO PENAPOLIS			
Horário de Trabalho: Das ___ às ___ e das ___ às ___				MÊS: AGOSTO		ANO: 2020	
DIAS	ENT	INTERVALO		SAÍDA	HORAS EXTRAS		ASSINATURA / OBSERVAÇÕES
		SAÍDA	RET		INICIO	FIM	
21/07							
22/07							
23/07							
24/07							
25/07							
26/07							
27/07							
28/07							
29/07							
30/07							
31/07							
01/08							
02/08							
03/08							
04/08	6:40	12:00	13:00	18:40			Deuse D'Arc B. Pires
05/08							
06/08	6:40	12:00	13:00	18:40			Deuse D'Arc B. Pires
07/08							
08/08	6:40	12:00	13:00	18:40			Deuse D'Arc B. Pires
09/08							
10/08	6:40	12:00	13:00	18:40			Deuse D'Arc B. Pires
11/08							
12/08	6:40	12:00	13:00	18:40			Deuse D'Arc B. Pires
13/08							
14/08	FOLGA						
15/08							
16/08	6:30	12:00	13:00	18:30			Deuse D'Arc B. Pires
17/08							
18/08	6:30	12:00	13:00	18:30			Deuse D'Arc B. Pires
19/08	00						
20/08	6:30	12:00	13:00	18:30			Deuse D'Arc B. Pires

\_\_\_\_\_  
Chefia Imediata  
Carimbo e Assinatura

**REGISTRO DE PONTO MANUAL**

EMPREGADOR: NOME / EMPRESA <b>AHBB - ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL</b>		CNPJ Nº
EMPREGADO(A) <b>DIEGO APARECIDO DE OLIVEIRA</b>		
FUNÇÃO: <b>TEC. ENFERMAGEM</b>		LOCAL DE TRABALHO <b>PENAPOLIS</b>
Horário de Trabalho: Das ___:___ às ___:___ e das ___:___ às ___:___		MÊS: <b>AGOSTO</b>
		ANO: <b>2020</b>

DIAS	ENT	INTERVALO		SAÍDA	HORAS EXTRAS		ASSINATURA / OBSERVAÇÕES
		SAIDA	RET		INICIO	FIM	
21/07	Folga						
22/07							
23/07	18:54	21:00	22:00	07:00			φ
24/07							φ
25/07	18:55	21:00	22:00	07:01			φ
26/07							
27/07	18:58	21:00	22:00	06:59			φ
28/07							φ
29/07	18:57	21:00	22:00	07:00			φ
30/07							
31/07	19:00	21:00	22:00	07:00			φ
01/08							
02/08	18:57	21:00	22:00	07:00			φ
03/08							
04/08	18:58	21:00	22:00	07:05			φ
05/08							
06/08	18:55	21:00	22:00	07:02			φ
07/08							
08/08	18:54	21:00	22:00	07:02			φ
09/08							
10/08	18:56	21:00	22:00	07:02			φ
11/08							
12/08	18:57	21:00	22:00	07:03			φ
13/08							
14/08	19:00	21:00	22:00	07:00			φ
15/08							
16/08	19:00	21:00	22:00	07:00			φ
17/08							
18/08	18:50	21:00	22:00	07:00			φ
19/08							
20/08	19:00	21:00	22:00	07:00			φ

\_\_\_\_\_  
Chefia Imediata  
Carimbo e Assinatura















15 x 8 = 120:00

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
 FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
 PREFEITURA MUNICIPAL DE PENAPOLIS  
 HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19



**REGISTRO DE PONTO MANUAL**

EMPREGADOR: NOME / EMPRESA <b>AHBB - ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL</b>		CNPJ Nº
EMPREGADO(A) <b>DIEGO CORASSA PASSARINE</b>		
FUNÇÃO: <b>AUX. ADM. FARMACIA</b>		LOCAL DE TRABALHO <b>PENAPOLIS</b>
Horário de Trabalho: Das ___:___ às ___:___ e das ___:___ às ___:___		MÊS: <b>AGOSTO</b>
		ANO: <b>2020</b>

DIAS	ENT	INTERVALO		SAÍDA	HORAS EXTRAS		ASSINATURA / OBSERVAÇÕES
		SAÍDA	RET		INICIO	FIM	
21/07							
22/07							
23/07	06:51	12:03	13:00	19:30			
24/07							
25/07	06:50	12:05	13:01	19:33			
26/07							
27/07	06:52	12:09	13:01	19:28			
28/07	06:51	09:07	09:45	07:33			
29/07							
30/07							
31/07	06:47	12:02	12:45	07:35			
01/08							
02/08	06:51	12:02	12:53	07:27			
03/08							
04/08	06:50	12:30	13:13	07:32			
05/08							
06/08							
07/08							
08/08	06:51	12:02	12:50	07:37			
09/08							
10/08	06:50	12:05	12:55	07:29			
11/08							
12/08	06:51	12:15	13:05	07:31			
13/08							
14/08	06:50	12:05	13:00	07:29			
15/08							
16/08	06:51	12:07	13:00	07:31			
17/08							
18/08	06:54	12:11	13:03	07:20			
19/08							
20/08	06:51	12:15	13:05	07:28			

\_\_\_\_\_  
 Chefia Imediata  
 Carimbo e Assinatura

CONVÊNIO CONFECHEM PROCESSO Nº 06/2020  
 FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
 PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
 HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

REGISTRO DE PONTO MANUAL							
EMPREGADOR: NOME / EMPRESA <b>AHBB - ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL</b>					CNPJ Nº		
EMPREGADO(A) <b>EDUARDA CARDOSO DA SILVA</b>							
FUNÇÃO: <b>TEC. ENFERMAGEM</b>				LOCAL DE TRABALHO <b>PENAPOLIS</b>			
Horário de Trabalho: Das ___:___ às ___:___ e das ___:___ às ___:___				MÊS: <b>AGOSTO</b>		ANO: <b>2020</b>	
DIAS	ENT	INTERVALO		SAÍDA	HORAS EXTRAS		ASSINATURA / OBSERVAÇÕES
		SAÍDA	RET		INICIO	FIM	
21/07							
22/07	06:50	12:00	13:00	19:10			<i>[Signature]</i>
23/07							
24/07	06:45	12:00	13:00	19:00			<i>[Signature]</i>
25/07							
26/07	06:55	12:00	13:00	19:05			<i>[Signature]</i>
27/07							
28/07	06:50	12:00	13:00	19:15			<i>[Signature]</i>
29/07							
30/07	Folga	Folga	Folga	Folga	Folga		Folga
31/07							
01/08	06:50	12:00	13:00	19:10			<i>[Signature]</i>
02/08							
03/08	06:55	12:00	13:00	19:00			<i>[Signature]</i>
04/08							
05/08	06:40	12:00	13:00	19:05			<i>[Signature]</i>
06/08							
07/08	06:50	12:00	13:00	19:07			<i>[Signature]</i>
08/08							
09/08	06:40	12:00	13:00	19:10			<i>[Signature]</i>
10/08							
11/08	06:55	12:00	13:00	19:15			<i>[Signature]</i>
12/08							
13/08	06:50	12:00	13:00	19:00			<i>[Signature]</i>
14/08							
15/08	06:45	12:00	13:00	19:00			<i>[Signature]</i>
16/08							
17/08	06:50	12:00	13:00	19:20			<i>[Signature]</i>
18/08							
19/08	06:55	12:00	13:00	19:05			<i>[Signature]</i>
20/08							

\_\_\_\_\_  
Chefia Imediata  
Carimbo e Assinatura

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 6012020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENAPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

**REGISTRO DE PONTO MANUAL**

EMPREGADOR: NOME / EMPRESA  
**AHBB - ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL** CNPJ Nº

EMPREGADO(A)  
**ELAINE BATISTA PEREIRA**

FUNÇÃO: **TEC. ENFERMAGEM** LOCAL DE TRABALHO  
**PENAPOLIS**

Horário de Trabalho: MÊS: ANO:  
 Das \_\_\_ às \_\_\_ e das \_\_\_ às \_\_\_ AGOSTO 2020

DIAS	ENT	INTERVALO		SAÍDA	HORAS EXTRAS		ASSINATURA / OBSERVAÇÕES
		SAÍDA	RET		INICIO	FIM	
21/07	07:00	12:00	13:00	19:10			Elaine B.P.
22/07							
23/07	07:00	13:00	14:00	19:00			Elaine Batista Pereira
24/07							
25/07	07:00	13:00	14:00	19:00			Elaine Batista Pereira
26/07							
27/07	07:00	12:00	13:00	19:00			Elaine Batista Pereira
28/07							
29/07	07:00	12:00	13:00	19:00			Elaine Batista Pereira
30/07							
31/07	07:00	12:00	13:00	19:00			Elaine Batista Pereira
01/08							
02/08	07:00	13:00	14:00	19:00			Elaine Batista Pereira
03/08							
04/08	07:00	12:00	13:00	19:00			Elaine Batista Pereira
05/08							
06/08	07:00	13:00	14:00	19:00			Elaine Batista Pereira
07/08							
08/08	07:00	12:00	13:00	19:00			Elaine Batista Pereira
09/08							
10/08	06:50	13:00	14:00	19:00			Elaine Batista Pereira
11/08							
12/08	folga		folga				
13/08							
14/08	07:00	13:00	13:00	19:00			Elaine Batista Pereira
15/08							
16/08	07:00	12:00	13:00	19:00			Elaine Batista Pereira
17/08							
18/08	07:00	12:00	13:00	19:00			Elaine Batista Pereira
19/08							
20/08	07:00	12:00	13:00	19:00			Elaine Batista Pereira

\_\_\_\_\_  
 Chefia Imediata  
 Carimbo e Assinatura

**REGISTRO DE PONTO MANUAL**

EMPREGADOR: NOME / EMPRESA <b>AHBB - ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL</b>		CNPJ Nº
EMPREGADO(A) <b>ELAINE JAQUELINE GOMES DE LIMA</b>		
FUNÇÃO: <b>ENFERMEIRA</b>		LOCAL DE TRABALHO <b>PENAPOLIS</b>
Horário de Trabalho: Das ___ às ___ e das ___ às ___		MÊS: <b>AGOSTO</b>
		ANO: <b>2020</b>

DIAS	ENT	INTERVALO		SAÍDA	HORAS EXTRAS		ASSINATURA / OBSERVAÇÕES
		SAÍDA	RET		INICIO	FIM	
21/07							
22/07	07:00	12:00	13:00	19:05			
23/07							
24/07	18:57	21:00	22:00	07:01			
25/07							
26/07	18:50	21:00	22:00	07:00			
27/07							
28/07	06:50	11:00	12:00	19:00			
29/07	18:59	21:00	22:00	07:08			
30/07							
31/07	18:54	21:00	22:00	07:03			
01/08							
02/08	18:57	21:00	22:00	07:05			
03/08							
04/08							
05/08							
06/08	18:55	21:00	22:00	07:11			
07/08							
08/08	18:57	21:00	22:00	07:13			
09/08							
10/08	18:50	21:00	22:00	07:00			
11/08							
12/08	18:55	21:00	22:00	07:00			
13/08							
14/08	18:50	21:00	22:00	07:05			
15/08							
16/08							
17/08							
18/08	Fol 8						
19/08							
20/08	Fol 8						

\_\_\_\_\_  
Chefia Imediata  
Carimbo e Assinatura

80:00

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 90/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENAPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

**REGISTRO DE PONTO MANUAL**

EMPREGADOR: NOME / EMPRESA <b>AHBB - ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL</b>		CNPJ Nº
EMPREGADO(A) <b>ELIANA PEREIRA GOMES</b>		
FUNÇÃO: <b>TEC. ENFERMAGEM</b>		LOCAL DE TRABALHO <b>PENAPOLIS</b>
Horário de Trabalho: Das ___ às ___ e das ___ às ___		MÊS: <b>AGOSTO</b>
		ANO: <b>2020</b>

DIAS	ENT	INTERVALO		SAÍDA	HORAS EXTRAS		ASSINATURA / OBSERVAÇÕES
		SAIDA	RET		INICIO	FIM	
21/07	07:00	12:00	13:00	19:00			<i>epg</i>
22/07							
23/07	07:15	13:20	14:20	19:20			<i>epg</i>
24/07							
25/07	07:00	12:20	13:20	19:10			<i>epg</i>
26/07							
27/07	07:10	13:40	14:40	19:18			<i>epg</i>
28/07							
29/07	07:00	12:30	13:30	19:00			<i>epg</i>
30/07							
31/07	06:55	13:40	14:45	19:00			<i>epg</i>
01/08							
02/08	07:05	12:25	13:25	19:20			<i>epg</i>
03/08							
04/08	07:04	10:20	atestado				<i>epg</i>
05/08							
06/08	atestado						
07/08							
08/08	atestado						
09/08	atestado						
10/08							
11/08							
12/08	atestado						
13/08							
14/08							
15/08							
16/08	atestado						
17/08							
18/08	07:07	12:40	13:45	19:05			<i>epg</i>
19/08							
20/08	07:05	14:00	15:00	19:00			<i>epg</i>

\_\_\_\_\_  
Chefia Imediata  
Carimbo e Assinatura

**REGISTRO DE PONTO MANUAL**

EMPREGADOR: NOME / EMPRESA <b>AHBB - ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL</b>		CNPJ Nº
EMPREGADO(A) <b>EVA OLIVEIRA DE MENEZES</b>		
FUNÇÃO: <b>TEC. ENFERMAGEM</b>		LOCAL DE TRABALHO <b>PENAPOLIS</b>
Horário de Trabalho: Das ___ às ___ e das ___ às ___		MÊS: <b>AGOSTO</b>
		ANO: <b>2020</b>

DIAS	ENT	INTERVALO		SAÍDA	HORAS EXTRAS		ASSINATURA / OBSERVAÇÕES
		SAÍDA	RET		INICIO	FIM	
21/07							
22/07							
23/07	18:55	23h	22h	7:03	8:00		Eva Oliveira de menezes
24/07							
25/07	6:55	13h	14h	19:00			Eva Oliveira de menezes
26/07	6:50	13h	14h	19:03			Eva Oliveira de menezes
27/07	6:55	13h	14h	19:02			Eva Oliveira de menezes
28/07	7:00	13h	14h	19:00			Eva Oliveira de menezes
29/07							
30/07							
31/07	18:55	23h	22h	7:04	8:00		Eva Oliveira de menezes
01/08	18:50	23h	22h	7:00	8:00		Eva Oliveira de menezes
02/08							
03/08							
04/08							
05/08	6:50	13h	14h	19:00			Eva Oliveira de menezes
06/08							
07/08							
08/08	18:55	23h	22h	7:05	8:00		Eva Oliveira de menezes
09/08							
10/08							
11/08	6:50	23h	22h	7:05			Eva Oliveira de menezes
12/08							
13/08	18:55	23h	22h	7:06	8:00		Eva Oliveira de menezes
14/08							
15/08	18:55	23h	22h	7:06	8:00		Eva Oliveira de menezes
16/08							
17/08	18:55	23h	22h	7:06	8:00		Eva Oliveira de menezes
18/08							
19/08							
20/08	6:55	13h	14h	19:00			Eva Oliveira de menezes

\_\_\_\_\_  
Chefia Imediata  
Carimbo e Assinatura

748: 56100

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 06/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENAPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

REGISTRO DE PONTO MANUAL							
EMPREGADOR: NOME / EMPRESA <b>AHBB - ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL</b>					CNPJ Nº		
EMPREGADO(A) <b>EVELYN ROSANE PEREIRA NOVAIS</b>							
FUNÇÃO: <b>AUX. ADM. FARMACIA</b>				LOCAL DE TRABALHO <b>PENAPOLIS</b>			
Horário de Trabalho: Das <u>18:55</u> às <u>21:00</u> e das <u>22:00</u> às <u>7:00</u>				MÊS: <b>AGOSTO</b>		ANO: <b>2020</b>	
DIAS	ENT	INTERVALO		SAÍDA	HORAS EXTRAS		ASSINATURA / OBSERVAÇÕES
		SAIDA	RET		INICIO	FIM	
21/07							
22/07	18:55	21:00	22:00	7:00			
23/07							
24/07	18:50	21:00	22:00	7:05			
25/07							
26/07	18:53	21:00	22:00	7:00			
27/07							
28/07							
29/07							
30/07	18:50	21:00	22:00	7:00			
31/07							
01/08	18:55	21:00	22:00	7:00			
02/08							
03/08							
04/08							
05/08							
06/08							
07/08							
08/08							
09/08							
10/08							
11/08							
12/08							
13/08	18:50	21:00	22:00	7:00			
14/08							
15/08	19:05	21:00	22:00	7:03			
16/08							
17/08	18:50	21:00	22:00	7:00			
18/08							
19/08	18:45	21:00	22:00	7:00			
20/08							

\_\_\_\_\_  
Chefia Imediata  
Carimbo e Assinatura

72100

CONVÊNIO CONFORTE PROCESSO Nº 06/2020  
FUNDO DE RECURSOS MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENAPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

**REGISTRO DE PONTO MANUAL**

EMPREGADOR: NOME / EMPRESA <b>AHBB - ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL</b>		CNPJ Nº
EMPREGADO(A) <b>FERNANDA DE PAULA PERES</b>		
FUNÇÃO: <b>TEC. ENFERMAGEM</b>		LOCAL DE TRABALHO <b>PENAPOLIS</b>
Horário de Trabalho: Das ___:___ às ___:___ e das ___:___ às ___:___		MÊS: <b>AGOSTO</b>
		ANO: <b>2020</b>

DIAS	ENT	INTERVALO		SAÍDA	HORAS EXTRAS		ASSINATURA / OBSERVAÇÕES
		SAÍDA	RET		INICIO	FIM	
21/07							
22/07	6:40	13:00	13:50	19:10			Fernanda de Paula Peres
23/07							
24/07	6:45	13:30	14:30	19:20			Fernanda P. Peres
25/07							
26/07	6:40	13:00	14:00	19:10			Fernanda P. Peres
27/07							
28/07	F						
29/07							
30/07	Aguardando swab						
31/07							
01/08	6:50	13:50	14:30	19:15			Fernanda P. Peres
02/08							
03/08	6:40	13:00	13:55	19:30			Fernanda P. Peres
04/08							
05/08	6:45	12:50	13:40	19:15			Fernanda P. Peres
06/08							
07/08	6:45	13:00	13:45	19:10			Fernanda P. Peres
08/08							
09/08	6:40	13:30	14:20	19:15			Fernanda P. Peres
10/08							
11/08	6:40	13:00	13:50	19:20			Fernanda P. Peres
12/08							
13/08	6:45	13:00	13:55	19:20			Fernanda P. Peres
14/08							
15/08	6:40	12:55	13:45	19:00			Fernanda P. Peres
16/08							
17/08	6:42	13:00	13:50	19:15			Fernanda P. Peres
18/08							
19/08	6:40	12:30	13:20	19:30			Fernanda P. Peres
20/08							

\_\_\_\_\_  
 Chefia Imediata  
 Carimbo e Assinatura

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 66/2020  
 FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
 PREFEITURA MUNICIPAL DE PENAPOLIS  
 HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19



**REGISTRO DE PONTO MANUAL**

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

CNPJ Nº

EMPREGADO(A)  
**FERNANDA FACHINI MIOTO MATOS**

FUNÇÃO:  
**RECEPCIONISTA**

LOCAL DE TRABALHO  
**PENAPOLIS**

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

MÊS:  
**AGOSTO**

ANO:  
**2020**

DIAS	ENT	INTERVALO		SAÍDA	HORAS EXTRAS		ASSINATURA / OBSERVAÇÕES
		SAÍDA	RET		INICIO	FIM	
21/07	06:51	11:15	12:20	19:01			<i>Fachini</i>
22/07							
23/07	06:49	11:01	12:00	19:02			<i>Fachini</i>
24/07							
25/07	06:45	11:20	12:19	19:01			<i>Fachini</i>
26/07							
27/07	06:46	11:01	12:02	19:02			<i>Fachini</i>
28/07							
29/07	06:45	11:02	12:01	19:01			<i>Fachini</i>
30/07							
31/07	06:47	11:01	12:00	19:00			<i>Fachini</i>
01/08							
02/08							
03/08	06:50	12:01	13:00	17:01			<i>Fachini</i>
04/08	06:45	12:00	13:02	17:02			<i>Fachini</i>
05/08	06:47	12:09	13:08	17:08			<i>Fachini</i>
06/08	06:51	12:20	13:21	17:30			<i>Fachini</i>
07/08	06:48	12:08	13:10	17:20			<i>Fachini</i>
08/08							
09/08							
10/08	06:48	12:20	13:19	17:15			<i>Fachini</i>
11/08	06:45	12:29	13:30	17:10			<i>Fachini</i>
12/08							
13/08							
14/08							
15/08							
16/08							
17/08							
18/08							
19/08	06:45	12:31	13:30	19:01	17:00	19:01	<i>Fachini</i>
20/08	06:51	12:32	13:31	17:00			<i>Fachini</i>

\_\_\_\_\_  
Chefia Imediata  
Carimbo e Assinatura

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENAPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

**REGISTRO DE PONTO MANUAL**

EMPREGADOR: NOME / EMPRESA <b>AHBB - ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL</b>		CNPJ Nº
EMPREGADO(A) <b>FERNANDA SANCHEZ ROBERTO DAS NEVES</b>		
FUNÇÃO: <b>AUX. ADM. FARMACIA</b>		LOCAL DE TRABALHO <b>PENAPOLIS</b>
Horário de Trabalho: Das ___ às ___ e das ___ às ___		MÊS: <b>AGOSTO</b>
		ANO: <b>2020</b>

DIAS	ENT	INTERVALO		SAÍDA	HORAS EXTRAS		ASSINATURA / OBSERVAÇÕES
		SAIDA	RET		INICIO	FIM	
21/07							
22/07							
23/07	18:53	23:03	00:01	06:59			
24/07							
25/07	18:59	23:21	01:15	06:59			
26/07							
27/07	18:58	23:15	00:10	06:03			
28/07							
29/07	18:56	23:45	00:18	06:58			
30/07							
31/07	18:53	23:15	00:55	06:58			
01/08							
02/08	18:48	23:10	02:55	06:57			
03/08							
04/08	18:51	23:03	00:02	07:01			
05/08							
06/08	18:59	23:30	00:15	07:05	745		
07/08							
08/08	18:48	23:03	23:55	06:58			
09/08							
10/08	19:02	23:15	01:10	07:05			
11/08							
12/08	18:58	23:53	23:25	07:01			
13/08							
14/08	18:56	23:45	00:25	07:02			
15/08							
16/08							
17/08							
18/08	18:50	23:10	00:55	07:02			
19/08							
20/08	18:52	23:15	23:01	07:05			

\_\_\_\_\_  
Chefia Imediata  
Carimbo e Assinatura

13 x 7 = 91,00  
745  
9845

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENAPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

**REGISTRO DE PONTO MANUAL**

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

CNPJ Nº

EMPREGADO(A)  
**FERNANDO ROGERIO LIMA RIBEIRO**

FUNÇÃO:  
**RECEPCIONISTA**

LOCAL DE TRABALHO  
**PENAPOLIS**

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

MÊS:  
**AGOSTO**

ANO:  
**2020**

DIAS	ENT	INTERVALO		SAÍDA	HORAS EXTRAS		ASSINATURA / OBSERVAÇÕES
		SAÍDA	RET		INICIO	FIM	
21/07	18:55	23:05	00:00	07:02			<i>FRL Ribeiro</i>
22/07							
23/07	18:57	23:02	00:03	07:03			<i>FRL Ribeiro</i>
24/07							
25/07	FOLGA						
26/07							
27/07	18:55	23:01	00:02	07:03			<i>FRL Ribeiro</i>
28/07							
29/07	18:57	23:05	00:04	07:02			<i>FRL Ribeiro</i>
30/07							
31/07	18:54	23:01	00:02	07:03			<i>FRL Ribeiro</i>
01/08							
02/08	18:55	23:02	00:02	07:02			<i>FRL Ribeiro</i>
03/08							
04/08	18:56	23:04	00:03	07:01			<i>FRL Ribeiro</i>
05/08							
06/08	18:55	23:01	00:01	07:02			<i>FRL Ribeiro</i>
07/08							
08/08	18:56	23:06	00:06	07:01			<i>FRL Ribeiro</i>
09/08							
10/08	18:57	23:02	00:03	07:03			<i>FRL Ribeiro</i>
11/08							
12/08	18:56	23:01	00:01	07:02			<i>FRL Ribeiro</i>
13/08							
14/08	18:55	23:01	00:04	07:03			<i>FRL Ribeiro</i>
15/08							
16/08	18:56	23:02	00:02	07:06			<i>FRL Ribeiro</i>
17/08							
18/08	18:55	23:04	00:03	07:04			<i>FRL Ribeiro</i>
19/08							
20/08	18:56	23:01	00:02	0			<i>FRL Ribeiro</i>

\_\_\_\_\_  
Chefia Imediata  
Carimbo e Assinatura

*15 x 8:00 = 120,00*

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

**REGISTRO DE PONTO MANUAL**

EMPREGADOR: NOME / EMPRESA <b>AHBB - ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL</b>		CNPJ Nº
EMPREGADO(A) <b>HEIDY CAROLINE PEREIRA DA SILVA</b>		
FUNÇÃO: <b>RECEPCIONISTA</b>		LOCAL DE TRABALHO <b>PENAPOLIS</b>
Horário de Trabalho: Das <u>07:00</u> às <u>11:00</u> e das <u>12:00</u> às <u>19:00</u>		MÊS: <b>AGOSTO</b>
		ANO: <b>2020</b>

DIAS	ENT	INTERVALO		SAÍDA	HORAS EXTRAS		ASSINATURA / OBSERVAÇÕES
		SAÍDA	RET		INICIO	FIM	
21/07							
22/07	06:51	11:03	12:01	19:01			Heidy Caroline Pereira da Silva
23/07							
24/07	06:53	11:02	12:02	19:03			Heidy Caroline Pereira da Silva
25/07							
26/07	06:58	11:01	12:01	19:01			Heidy Caroline Pereira da Silva
27/07							
28/07	06:50	11:00	12:00	19:02			Heidy Caroline Pereira da Silva
29/07							
30/07	06:55	11:01	12:01	19:01			Heidy Caroline Pereira da Silva
31/07							
01/08	06:53	11:02	12:02	19:03			Heidy Caroline Pereira da Silva
02/08							
03/08	06:55	11:01	12:01	19:02			Heidy Caroline Pereira da Silva
04/08							
05/08	06:51	11:00	12:00	19:02			Heidy Caroline Pereira da Silva
06/08							
07/08	06:50	11:02	12:02	19:03			Heidy Caroline Pereira da Silva
08/08							
09/08	Folga						Heidy Caroline Pereira da Silva
10/08							
11/08	06:52	11:01	12:01	19:01			Heidy Caroline Pereira da Silva
12/08							
13/08	Troca de Plantão						
14/08	06:43	11:01	12:01	19:03			Heidy Caroline Pereira da Silva
15/08							
16/08	06:50	11:01	12:01	19:05			Heidy Caroline Pereira da Silva
17/08							
18/08	06:45	11:03	12:02	19:01			Heidy Caroline Pereira da Silva
19/08							
20/08	06:50	11:03	12:03	19:01			Heidy Caroline Pereira da Silva

\_\_\_\_\_  
Chefia Imediata  
Carimbo e Assinatura

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 93/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENAPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

**REGISTRO DE PONTO MANUAL**

EMPREGADOR: NOME / EMPRESA <b>AHBB - ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL</b>		CNPJ Nº
EMPREGADO(A) <b>ISADORA MARIA BESERRA MALHEIRO</b>		
FUNÇÃO: <b>ENFERMEIRO (A)</b>		LOCAL DE TRABALHO <b>PENÁPOLIS</b>
Horário de Trabalho: Das ___ às ___ e das ___ às ___		MÊS: <b>AGOSTO</b>
		ANO: <b>2020</b>

DIAS	ENT	INTERVALO		SAÍDA	HORAS EXTRAS		ASSINATURA / OBSERVAÇÕES
		SAÍDA	RET		INICIO	FIM	
21/07							
22/07							
23/07	06:45	12:00	13:00	19:00			<i>[Signature]</i>
24/07	06:50	13:10	14:10	19:15			<i>[Signature]</i>
25/07							
26/07	06:44	12:10	13:10	19:20			<i>[Signature]</i>
27/07							
28/07	06:50	12:30	13:30	19:15			<i>[Signature]</i>
29/07	06:45	13:00	14:00	19:20			<i>[Signature]</i>
30/07	06:50	13:05	14:05	19:15			<i>[Signature]</i>
31/07							
01/08	06:45	12:30	13:30	19:20			<i>[Signature]</i>
02/08							
03/08	06:43	13:00	14:00	19:10			<i>[Signature]</i>
04/08							
05/08	06:50	12:10	13:10	19:15			<i>[Signature]</i>
06/08							
07/08	06:40	12:20	13:20	19:10			<i>[Signature]</i>
08/08							
09/08	06:55	13:00	14:00	19:15			<i>[Signature]</i>
10/08							
11/08	06:48	12:11	13:11	19:10			<i>[Signature]</i>
12/08							
13/08	06:50	13:10	14:10	19:15			<i>[Signature]</i>
14/08							
15/08	06:50	12:00	13:00	19:10			<i>[Signature]</i>
16/08							
17/08	06:40	13:00	14:00	19:10			<i>[Signature]</i>
18/08	06:45	11:30	12:30	19:15			<i>[Signature]</i>
19/08	06:50	13:00	14:00	19:10			<i>[Signature]</i>
20/08							

\_\_\_\_\_  
Chefia Imediata  
Carimbo e Assinatura

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

REGISTRO DE PONTO MANUAL							
EMPREGADOR: NOME / EMPRESA AHBB - ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL					CNPJ Nº		
EMPREGADO(A) JEANE MARIA DOS REIS							
FUNÇÃO: ENFERMEIRO (A)				LOCAL DE TRABALHO PENAPOLIS			
Horário de Trabalho: Das 19:00 às 20:00 e das 21:00 às 07:00				MÊS: AGOSTO		ANO: 2020	
DIAS	ENT	INTERVALO		SAÍDA	HORAS EXTRAS		ASSINATURA / OBSERVAÇÕES
		SAÍDA	RET		INICIO	FIM	
21/07							
22/07	18:50	20:00	21:00	07:20			jeane maria dos reis
23/07							
24/07	18:55	20:30	21:30	07:00			jeane maria dos reis
25/07							
26/07	<i>folga</i>						jeane maria dos reis
27/07							
28/07	18:45	21:00	22:00	07:10			jeane maria dos reis
29/07							
30/07	18:40	20:00	21:00	07:15			jeane maria dos reis
31/07							
01/08	18:55	20:00	21:00	07:10			jeane maria dos reis
02/08							
03/08	18:45	21:00	22:00	07:30			jeane maria dos reis
04/08							
05/08	18:45	20:30	21:30	07:15			jeane maria dos reis
06/08							
07/08	18:50	20:00	21:00	07:10			jeane maria dos reis
08/08							
09/08	18:50	20:00	21:00	07:15			jeane maria dos reis
10/08							
11/08	18:55	21:00	22:00	07:30			jeane maria dos reis
12/08							
13/08	18:45	21:15	21:15	07:25			jeane maria dos reis
14/08							
15/08	<i>folga</i>						jeane maria dos reis
16/08							
17/08	18:40	20:30	21:30	07:10			jeane maria dos reis
18/08							
19/08	18:50	20:45	21:45	07:20			jeane maria dos reis
20/08							

\_\_\_\_\_  
 Chefia Imediata  
 Carimbo e Assinatura

*13 x 800 = 10400*

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
 FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
 PREFEITURA MUNICIPAL DE PENAPOLIS  
 HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

REGISTRO DE PONTO MANUAL							
EMPREGADOR: NOME / EMPRESA <b>AHBB - ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL</b>					CNPJ Nº		
EMPREGADO(A) <b>JESSICA PENTEADO SOARES</b>							
FUNÇÃO: <b>RECEPÇÃO</b>				LOCAL DE TRABALHO <b>PENAPOLIS</b>			
Horário de Trabalho: Das ___:___ às ___:___ e das ___:___ às ___:___				MÊS: <b>AGOSTO</b>		ANO: <b>2020</b>	
DIAS	ENT	INTERVALO		SAÍDA	HORAS EXTRAS		ASSINATURA / OBSERVAÇÕES
		SAÍDA	RET		INICIO	FIM	
21/07							
22/07							
23/07							
24/07							
25/07							
26/07							
27/07							
28/07							
29/07							
30/07							
31/07							
01/08							
02/08							
03/08							
04/08							
05/08							
06/08							
07/08							
08/08							
09/08							
10/08							
11/08							
12/08							
13/08							
14/08							
15/08							
16/08							
17/08							
18/08							
19/08	06:58	11:25	12:25	19:00			
20/08	06:58	11:25	12:25	14:30			

\_\_\_\_\_  
Chefia Imediata  
Carimbo e Assinatura

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
FUNTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

REGISTRO DE PONTO MANUAL							
EMPREGADOR: NOME / EMPRESA <b>AHBB - ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL</b>					CNPJ Nº		
EMPREGADO(A) <b>JOAO DARC LINO</b>							
FUNÇÃO: <b>ENFERMEIRO (A)</b>				LOCAL DE TRABALHO <b>PENAPOLIS</b>			
Horário de Trabalho: Das ___:___ às ___:___ e das ___:___ às ___:___				MÊS: <b>AGOSTO</b>		ANO: <b>2020</b>	
DIAS	ENT	INTERVALO		SAÍDA	HORAS EXTRAS		ASSINATURA / OBSERVAÇÕES
		SAÍDA	RET		INICIO	FIM	
21/07							
22/07	7:00	12:00	13:00	19:00			f
23/07							
24/07	7:00	12:30	13:30	19:00			f
25/07							
26/07	7:00	12:00	13:00	19:00			f
27/07							
28/07	FOLGA						
29/07							
30/07	7:00	12:00	13:00	19:00			no
31/07							
01/08	7:00	12:00	13:00	19:00			no
02/08							
03/08	7:00	12:00	13:00	19:00			no
04/08							
05/08	7:00	12:00	13:00	19:00			no
06/08							
07/08	7:00	12:00	13:00	19:00			no
08/08							
09/08	7:00	12:00	13:00	19:00			no
10/08							
11/08	7:00	12:00	13:00	19:00			no
12/08							
13/08	7:00	12:00	13:00	19:00			no
14/08							
15/08	7:00	12:00	13:00	19:00			no
16/08							
17/08	7:00	12:00	13:00	19:00			no
18/08							
19/08	7:00	12:00	13:00	19:00			f
20/08							

\_\_\_\_\_  
Chefia Imediata  
Carimbo e Assinatura

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENAPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19



REGISTRO DE PONTO MANUAL							
EMPREGADOR: NOME / EMPRESA <b>AHBB - ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL</b>						CNPJ Nº	
EMPREGADO(A) <b>JULIA DA SILVA PAULA</b>							
FUNÇÃO: <b>TEC. ENFERMAGEM</b>				LOCAL DE TRABALHO <b>PENAPOLIS</b>			
Horário de Trabalho: Das <u>07:00</u> às <u>19:00</u> e das <u>19:00</u> às <u>07:00</u>				MÊS: <b>AGOSTO</b>	ANO: <b>2020</b>		
DIAS	ENT	INTERVALO		SAÍDA	HORAS EXTRAS		ASSINATURA / OBSERVAÇÕES
		SAIDA	RET		INICIO	FIM	
21/07							
22/07							
23/07	06:50	12:00	13:00	19:00			<i>[Signature]</i>
24/07	06:50	12:00	13:00	19:00			<i>[Signature]</i>
25/07	06:50	13:00	14:00	19:00			<i>[Signature]</i>
26/07	18:50	22:00	23:00	07:00	7:00		<i>[Signature]</i>
27/07							
28/07	18:50	21:00	22:00	07:00	8:00		<i>[Signature]</i>
29/07	20:00	—	—	02:00	4:00		<i>[Signature]</i>
30/07	18:50	22:00	23:00	07:00	7:00		<i>[Signature]</i>
31/07	18:50	21:00	22:00	07:00	8:00		<i>[Signature]</i>
01/08							
02/08	06:50	13:00	14:00	19:00			<i>[Signature]</i>
03/08	06:50	13:00	14:00	19:00			<i>[Signature]</i>
04/08	18:50	22:00	23:00	07:00	7:00		<i>[Signature]</i>
05/08							
06/08	06:50	12:00	13:00	19:00			<i>[Signature]</i>
07/08							
08/08	06:50	12:00	13:00	19:00			<i>[Signature]</i>
09/08							
10/08							
11/08							
12/08	06:50	12:00	13:00	19:00			<i>[Signature]</i>
13/08							
14/08	06:50	12:00	13:00	19:00			<i>[Signature]</i>
15/08							
16/08	03:00	—	—	19:00			<i>[Signature]</i>
17/08							
18/08	06:50	12:00	13:00	19:00			<i>[Signature]</i>
19/08							
20/08	06:50	12:00	13:00	19:00			<i>[Signature]</i>

\_\_\_\_\_  
Chefia Imediata  
Carimbo e Assinatura

41:00

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
FUNDO DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENAPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANIA COVID-19

**REGISTRO DE PONTO MANUAL**

EMPREGADOR: NOME / EMPRESA <b>AHBB - ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL</b>		CNPJ Nº
EMPREGADO(A) <b>KEROLAYNE POLIANA TAKAMATSU</b>		
FUNÇÃO: <b>TEC. ENFERMAGEM</b>		LOCAL DE TRABALHO <b>PENAPOLIS</b>
Horário de Trabalho: Das <u>07:00</u> às <u>12:00</u> e das <u>13:00</u> às <u>19:00</u>		MÊS: <b>AGOSTO</b>
		ANO: <b>2020</b>

DIAS	ENT	INTERVALO		SAÍDA	HORAS EXTRAS		ASSINATURA / OBSERVAÇÕES
		SAIDA	RET		INICIO	FIM	
21/07							
22/07	06:50	12:00	13:00	19:03			Kerolayne P. Takamatsu Santana
23/07							
24/07	06:55	12:05	13:05	19:05			Kerolayne P. Takamatsu Santana
25/07							
26/07	07:00	12:05	13:05	19:01			Kerolayne P. Takamatsu Santana
27/07							
28/07	V. folga	V. folga	V. folga	V. folga			Kerolayne P. Takamatsu Santana
29/07							
30/07	06:55	12:00	13:00	19:03			Kerolayne P. Takamatsu Santana
31/07							
01/08	07:01	12:05	13:05	19:05			Kerolayne P. Takamatsu Santana
02/08							
03/08	07:00	12:01	13:00	19:02			Kerolayne P. Takamatsu Santana
04/08							
05/08	atrasado	atrasado	atrasado	atrasado			Kerolayne P. Takamatsu Santana
06/08							
07/08	07:00	12:05	13:05	19:00			Kerolayne P. Takamatsu Santana
08/08							
09/08	Folga	Folga	Folga	Folga			Kerolayne P. Takamatsu Santana
10/08							
11/08	06:55	12:00	13:00	19:00			Kerolayne P. Takamatsu Santana
12/08							
13/08	07:00	12:00	13:00	19:00			Kerolayne P. Takamatsu Santana
14/08							
15/08	06:55	12:05	13:05	19:05			Kerolayne P. Takamatsu Santana
16/08							
17/08	06:50	12:00	13:00	19:05			Kerolayne P. Takamatsu Santana
18/08							
19/08	A testado						Kerolayne P. Takamatsu Santana
20/08							

\_\_\_\_\_  
Chefia Imediata  
Carimbo e Assinatura

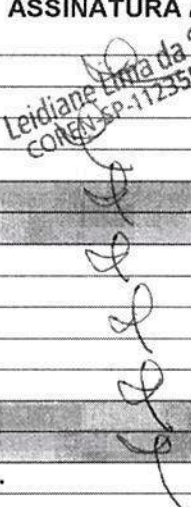
CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENAPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

REGISTRO DE PONTO MANUAL							
EMPREGADOR: NOME / EMPRESA <b>AHBB - ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL</b>					CNPJ Nº		
EMPREGADO(A) <b>KESSIA DA SILVA CALDEIRA</b>							
FUNÇÃO: <b>TEC. ENFERMAGEM</b>				LOCAL DE TRABALHO <b>PENAPOLIS</b>			
Horário de Trabalho: Das <u>18:30</u> às <u>21:00</u> e das <u>22:00</u> às <u>6:30</u>				MÊS: <b>AGOSTO</b>		ANO: <b>2020</b>	
DIAS	ENT	INTERVALO		SAÍDA	HORAS EXTRAS		ASSINATURA / OBSERVAÇÕES
		SAÍDA	RET		INICIO	FIM	
21/07							
22/07	18:30	21:00	22:00	6:35			<i>[Signature]</i>
23/07							
24/07	18:50	21:00	22:00	7:10			<i>[Signature]</i>
25/07							
26/07	18:30	21:00	22:00	6:25			<i>[Signature]</i>
27/07							
28/07							
29/07							
30/07							
31/07							
01/08							
02/08							
03/08							
04/08							
05/08							
06/08							
07/08							
08/08							
09/08							
10/08							
11/08	18:20	21:00	22:00	6:25			<i>[Signature]</i>
12/08							
13/08	18:30	21:00	22:00	6:35			<i>[Signature]</i>
14/08							
15/08	18:30	21:00	22:00	7:10			<i>[Signature]</i>
16/08							
17/08	18:30	21:00	22:00	6:35			<i>[Signature]</i>
18/08							
19/08	18:30	21:00	22:00	6:35			<i>[Signature]</i>
20/08							

\_\_\_\_\_  
Chefia Imediata  
Carimbo e Assinatura

64:00

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENAPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

REGISTRO DE PONTO MANUAL							
EMPREGADOR: NOME / EMPRESA <b>AHBB - ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL</b>					CNPJ Nº		
EMPREGADO(A) <b>LEIDIANE LIMA DA SILVA</b>							
FUNÇÃO: <b>TEC. ENFERMAGEM</b>				LOCAL DE TRABALHO <b>PENAPOLIS</b>			
Horário de Trabalho: Das <u>07:00</u> às <u>19:00</u> e das <u>19:00</u> às <u>19:00</u>				MÊS: <b>AGOSTO</b>		ANO: <b>2020</b>	
DIAS	ENT	INTERVALO		SAÍDA	HORAS EXTRAS		ASSINATURA / OBSERVAÇÕES
		SAIDA	RET		INICIO	FIM	
21/07	06:52	11:31	12:31	18:50			 Leidiane Lima da Silva COREN-SP-1123557-TE
22/07							
23/07	06:48	11:35	12:35	18:55			
24/07							
25/07	06:55	11:30	12:30	19:00			
26/07							
27/07	06:58	12:10	13:10	19:00			
28/07							
29/07	06:52	12:10	13:10	19:00			
30/07							
31/07	07:00	11:30	12:30	19:00			
01/08							
02/08	07:00	11:30	-	-			
03/08							
04/08	07:00	11:30	12:30	18:50			
05/08							
06/08	06:50	12:20	13:20	18:50			
07/08							
08/08	Faltas						
09/08							
10/08	07:00	13:00	14:00	19:00			
11/08							
12/08	Atestado						
13/08	Atestado						
14/08	Atestado						
15/08	Atestado						
16/08	Atestado						
17/08	Atestado						
18/08	Atestado						
19/08	Atestado						
20/08	Atestado						

\_\_\_\_\_  
Chefia Imediata  
Carimbo e Assinatura

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
 FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
 PREFEITURA MUNICIPAL DE PENAPOLIS  
 HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

**REGISTRO DE PONTO MANUAL**

EMPREGADOR: NOME / EMPRESA <b>AHBB - ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL</b>		CNPJ Nº
EMPREGADO(A) <b>LEILA MARIA BRUNETO IZABEL DE OLIVEIRA</b>		
FUNÇÃO: <b>TEC. ENFERMAGEM</b>		LOCAL DE TRABALHO <b>PENAPOLIS</b>
Horário de Trabalho: Das <u>19:00</u> às <u>21:00</u> e das <u>22:00</u> às <u>07:00</u>		MÊS: <b>AGOSTO</b>  ANO: <b>2020</b>

DIAS	ENT	INTERVALO		SAÍDA	HORAS EXTRAS		ASSINATURA / OBSERVAÇÕES
		SAIDA	RET		INICIO	FIM	
21/07							
22/07		Atestado					
23/07							
24/07		Atestado					
25/07							
26/07		Atestado					
27/07							
28/07		Atestado					
29/07							
30/07							
31/07	18:50	21:00	22:00	07:03			
01/08							
02/08	18:55	21:00	22:00	07:04			
03/08							
04/08	18:55	21:00	22:00	07:04			
05/08							
06/08	18:53	21:00	22:00	07:05			
07/08							
08/08	18:57	21:00	22:00	07:07			
09/08							
10/08	FOLGA						
11/08							
12/08	18:55	21:00	22:00	07:10			
13/08							
14/08	18:55	21:00	22:00	07:05			
15/08							
16/08	18:50	21:00	22:00	07:05			
17/08							
18/08	18:55	21:00	22:00	07:06			
19/08							
20/08	18:52	21:00	22:00	07:08			

\_\_\_\_\_  
Chefia Imediata  
Carimbo e Assinatura

80,00

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENAPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

**REGISTRO DE PONTO MANUAL**

EMPREGADOR: NOME / EMPRESA <b>AHBB - ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL</b>		CNPJ Nº
EMPREGADO(A) <b>LEIZE GEDO BIUDES CLABUCHAR</b>		
FUNÇÃO: <b>ASSISTENTE ADM</b>		LOCAL DE TRABALHO <b>PENAPOLIS</b>
Horário de Trabalho: Das <u>07:00</u> às <u>12:00</u> e das <u>12:00</u> às <u>16:48</u>		MÊS: <b>AGOSTO</b>
		ANO: <b>2020</b>

DIAS	ENT	INTERVALO		SAÍDA	HORAS EXTRAS		ASSINATURA / OBSERVAÇÕES
		SAÍDA	RET		INICIO	FIM	
21/07	06:58	12:02	13:05	17:20			Leize Gedo
22/07	06:55	12:15	13:16	16:50			Leize Gedo
23/07	06:50	11:40	12:35	17:20			Leize Gedo
24/07	06:58	12:01	13:02	16:51			Leize Gedo
25/07	12:10	14:15					Leize Gedo
26/07							
27/07	07:01	12:02	13:05	19:01			Leize Gedo
28/07	06:59	12:03	13:07	18:05			Leize Gedo
29/07	06:58	12:01	13:02	18:10			Leize Gedo
30/07	07:01	12:02	13:03	19:01			Leize Gedo
31/07	07:00	12:01	13:02	17:00			Leize Gedo
01/08	14:00	16:00					Leize Gedo
02/08							
03/08	08:01	12:00	13:01	17:48			Leize Gedo
04/08	07:59	12:05	13:04	17:50			Leize Gedo
05/08	07:58	12:01	13:02	17:50			Leize Gedo
06/08	08:00	12:00	13:01	17:55	19:52	22:02	Leize Gedo
07/08	08:00	12:05	13:08	17:50	19:55	22:45	Leize Gedo
08/08	17:30	18:10					Leize Gedo
09/08							
10/08	08:00	12:01	13:02	17:52			Leize Gedo
11/08	08:02	12:00	13:01	17:50			Leize Gedo
12/08	08:01	12:02	13:05	17:49			Leize Gedo
13/08	08:02	12:03	13:04	17:48			Leize Gedo
14/08	08:00	12:02	13:01	18:20			Leize Gedo
15/08							
16/08							
17/08	08:02	12:01	13:03	17:50			Leize Gedo
18/08	08:01	12:02	13:05	17:49			Leize Gedo
19/08	07:58	12:01	13:04	18:25			Leize Gedo
20/08	07:59	12:02	13:03	17:50			Leize Gedo

\_\_\_\_\_  
Chefia Imediata  
Carimbo e Assinatura

00:45

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 90/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENAPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

**REGISTRO DE PONTO MANUAL**

EMPREGADOR: NOME / EMPRESA <b>AHBB - ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL</b>		CNPJ Nº
EMPREGADO(A) <b>LETICIA DA SILVA FABIANO</b>		
FUNÇÃO: <b>TEC. ENFERMAGEM</b>		LOCAL DE TRABALHO <b>PENAPOLIS</b>
Horário de Trabalho: Das <u>19:00</u> às <u>21:00</u> e das <u>22:00</u> às <u>7:00</u>		MÊS: <b>AGOSTO</b>
		ANO: <b>2020</b>

DIAS	ENT	INTERVALO		SAÍDA	HORAS EXTRAS		ASSINATURA / OBSERVAÇÕES
		SAÍDA	RET		INICIO	FIM	
21/07							
22/07				Atestado			
23/07							
24/07				Folga			
25/07							
26/07	19:00	21:00	22:00	07:00			
27/07							
28/07	18:50	21:30	22:30	7:00	7:30		
29/07							
30/07	19:05	21:00	22:00	7:05			
31/07							
01/08	18:50	20:50	21:50	7:00			
02/08							
03/08	19:00	21:00	22:00	7:00			
04/08							
05/08	19:01	21:00	22:00	7:00			
06/08							
07/08				Atestado			
08/08							
09/08	19:00	22:00	22:00	07:00			
10/08							
11/08	18:53	20:50	21:50	7:00			
12/08							
13/08				Folga			
14/08							
15/08	19:00	21:00	22:00	7:00			
16/08							
17/08	18:58	21:00	22:00	7:00			
18/08							
19/08	19:04	20:45	21:45	7:00			
20/08							

\_\_\_\_\_  
Chefia Imediata  
Carimbo e Assinatura

87,30

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 99/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENAPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

**REGISTRO DE PONTO MANUAL**

EMPREGADOR: NOME / EMPRESA <b>AHBB - ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL</b>		CNPJ Nº
EMPREGADO(A) <b>LETICIA FERNADES DE SOUZA</b>		
FUNÇÃO: <b>TEC. ENFERMAGEM</b>		LOCAL DE TRABALHO <b>PENAPOLIS</b>
Horário de Trabalho: Das ___ às ___ e das ___ às ___		MÊS: <b>AGOSTO</b>
		ANO: <b>2020</b>

DIAS	ENT	INTERVALO		SAÍDA	HORAS EXTRAS		ASSINATURA / OBSERVAÇÕES
		SAÍDA	RET		INICIO	FIM	
MÊS							
21/07							
22/07							
23/07							
24/07							
25/07							
26/07							
27/07							
28/07							
29/07							
30/07							
31/07							
01/08							
02/08							
03/08							
04/08	19:00	21:10	22:10	07:00	7:50		<i>Leticia</i>
05/08							
06/08	18:57	21:00	22:00	07:00			<i>Leticia</i>
07/08							
08/08	19:00	21:00	22:00	07:00			<i>Leticia</i>
09/08							
10/08	19:00	21:00	22:00	07:00			<i>Leticia</i>
11/08							
12/08	19:00	21:00	22:00	07:00			<i>Leticia</i>
13/08							
14/08	19:00	21:00	22:00	07:00			<i>Leticia</i>
15/08							
16/08	19:00	21:00	22:00	07:00			<i>Leticia</i>
17/08	19:00						
18/08	19:00	21:00	22:00	07:00			<i>Leticia</i>
19/08							
20/08	19:00	21:00	22:00	07:00			<i>Leticia</i>

\_\_\_\_\_  
Chefia Imediata  
Carimbo e Assinatura

71,50

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 98/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENAPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19



**REGISTRO DE PONTO MANUAL**

EMPREGADOR: NOME / EMPRESA <b>AHBB - ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL</b>		CNPJ Nº
EMPREGADO(A) <b>LUCIMARA CONTEL EVANGELISTA</b>		
FUNÇÃO: <b>ASSIST. SOCIAL</b>		LOCAL DE TRABALHO <b>PENAPOLIS</b>
Horário de Trabalho: Das <u>7:00</u> às <u>13:00</u> e das <u>  </u> às <u>  </u>		MÊS: <b>AGOSTO</b>
		ANO: <b>2020</b>

DIAS	ENT	INTERVALO		SAÍDA	HORAS EXTRAS		ASSINATURA / OBSERVAÇÕES
		SAÍDA	RET		INICIO	FIM	
21/07	7:05			13:05			Lucimara C. E.
22/07	7:03			13:10			Lucimara C. E.
23/07	7:00			13:03			Lucimara C. E.
24/07	7:00			13:02			Lucimara C. E.
25/07							
26/07							
27/07	7:00			13:00			Lucimara C. E.
28/07	7:05			13:03			Lucimara C. E.
29/07	7:00			13:00			Lucimara C. E.
30/07	6:55			12:55			Lucimara C. E.
31/07	6:56			13:00			Lucimara C. E.
01/08							
02/08							
03/08	7:00			13:00			Lucimara C. E.
04/08	7:00			13:03			Lucimara C. E.
05/08	6:58			13:01			Lucimara C. E.
06/08	6:57			13:03			Lucimara C. E.
07/08	7:00			13:00			Lucimara C. E.
08/08							
09/08							
10/08	6:57			13:03			Lucimara C. E.
11/08	7:00			13:00			Lucimara C. E.
12/08	6:55			13:05			Lucimara C. E.
13/08	7:00			13:07			Lucimara C. E.
14/08	7:00			13:04			Lucimara C. E.
15/08							
16/08							
17/08	6:56			12:50			Lucimara C. E.
18/08	7:02			13:05			Lucimara C. E.
19/08	7:00			13:04			Lucimara C. E.
20/08	7:00			13:00			Lucimara C. E.

\_\_\_\_\_  
Chefia Imediata  
Carimbo e Assinatura

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

REGISTRO DE PONTO MANUAL							
EMPREGADOR: NOME / EMPRESA <b>AHBB - ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL</b>					CNPJ Nº		
EMPREGADO(A) <b>MANOEL ALEXANDRE DA SILVA</b>							
FUNÇÃO: <b>RECEPCIONISTA</b>				LOCAL DE TRABALHO <b>PENAPOLIS</b>			
Horário de Trabalho: Das ___:___ às ___:___ e das ___:___ às ___:___				MÊS: <b>AGOSTO</b>		ANO: <b>2020</b>	
DIAS	ENT	INTERVALO		SAÍDA	HORAS EXTRAS		ASSINATURA / OBSERVAÇÕES
		SAÍDA	RET		INICIO	FIM	
21/07	06:55	13:10	14:09	19:04			<i>[Signature]</i>
22/07							<i>[Signature]</i>
23/07	06:56	13:15	14:16	19:05			<i>[Signature]</i>
24/07							<i>[Signature]</i>
25/07	06:54	13:05	14:06	19:03			<i>[Signature]</i>
26/07							<i>[Signature]</i>
27/07	06:55	13:06	14:05	19:05			<i>[Signature]</i>
28/07							<i>[Signature]</i>
29/07	06:53	13:07	14:06	19:07			<i>[Signature]</i>
30/07							<i>[Signature]</i>
31/07	06:55	13:11	14:10	19:05			<i>[Signature]</i>
01/08	FOLGA						
02/08							
03/08	18:55	21:00	21:59	07:02			<i>[Signature]</i>
04/08							<i>[Signature]</i>
05/08	18:53	21:01	22:00	07:03			<i>[Signature]</i>
06/08							<i>[Signature]</i>
07/08	18:54	21:00	21:59	07:05			<i>[Signature]</i>
08/08							<i>[Signature]</i>
09/08	18:55	21:00	22:00	07:03			<i>[Signature]</i>
10/08							<i>[Signature]</i>
11/08	18:53	21:00	21:59	07:02			<i>[Signature]</i>
12/08							<i>[Signature]</i>
13/08	18:55	21:00	21:59	07:04			<i>[Signature]</i>
14/08							<i>[Signature]</i>
15/08	18:56	20:59	21:59	07:06			<i>[Signature]</i>
16/08							<i>[Signature]</i>
17/08	18:54	21:00	22:00	07:05			<i>[Signature]</i>
18/08							<i>[Signature]</i>
19/08	FOLGA						
20/08							<i>[Signature]</i>

\_\_\_\_\_  
Chefia Imediata  
Carimbo e Assinatura

64:00

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
PONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENAPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

REGISTRO DE PONTO MANUAL							
EMPREGADOR: NOME / EMPRESA AHBB - ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL					CNPJ Nº		
EMPREGADO(A) MARCIA DOURADO MEIRA							
FUNÇÃO: TEC. ENFERMAGEM				LOCAL DE TRABALHO PENAPOLIS			
Horário de Trabalho: Das ___:___ às ___:___ e das ___:___ às ___:___				MÊS: AGOSTO		ANO: 2020	
DIAS	ENT	INTERVALO		SAÍDA	HORAS EXTRAS		ASSINATURA / OBSERVAÇÕES
		SAÍDA	RET		INICIO	FIM	
21/07							
22/07	06:42	12:02	13:02	19:08			Marcia W. Meira
23/07							
24/07	06:51	12:30	13:30	19:06			Marcia W. Meira
25/07							
26/07	06:38	12:00	13:00	19:10			Marcia W. Meira
27/07							
28/07	06:43	12:01	13:01	19:07			Marcia W. Meira
29/07							
30/07	Folga						
31/07							
01/08	06:47	12:00	13:00	19:01			Marcia W. Meira
02/08							
03/08	06:43	12:06	13:06	19:10			Marcia W. Meira
04/08							
05/08	06:51	12:00	13:00	19:06			Marcia W. Meira
06/08							
07/08	06:49	12:04	13:04	19:03			Marcia W. Meira
08/08							
09/08	06:48	12:00	13:00	19:06			Marcia W. Meira
10/08							
11/08	Folga						
12/08							
13/08	06:53	12:02	13:02	19:01			Marcia W. Meira
14/08							
15/08	06:06	12:00	13:00	19:02			Marcia W. Meira
16/08							
17/08	06:58	12:03	13:03	19:00			Marcia W. Meira
18/08							
19/08	06:57	12:01	13:01	19:03			Marcia W. Meira
20/08							

\_\_\_\_\_  
 Chefia Imediata  
 Carimbo e Assinatura

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 90/2020  
 FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
 PREFEITURA MUNICIPAL DE PENAPOLIS  
 HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

**REGISTRO DE PONTO MANUAL**

EMPREGADOR: NOME / EMPRESA <b>AHBB - ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL</b>		CNPJ Nº
EMPREGADO(A) <b>MARIA CRISTINA DE AGUIAR</b>		
FUNÇÃO: <b>RECEPCIONISTA</b>		LOCAL DE TRABALHO <b>PENAPOLIS</b>
Horário de Trabalho: Das ___:___ às ___:___ e das ___:___ às ___:___		MÊS: <b>AGOSTO</b>
		ANO: <b>2020</b>

DIAS	ENT	INTERVALO		SAÍDA	HORAS EXTRAS		ASSINATURA / OBSERVAÇÕES
		SAÍDA	RET		INICIO	FIM	
21/07							
22/07	folga						
23/07							
24/07	18:58	23:02	23:59	07:06			Maria Cristina de Aguiar
25/07							
26/07	18:57	23:03	23:58	07:05			Maria Cristina de Aguiar
27/07							
28/07	18:57	23:02	23:57	07:04			Maria Cristina de Aguiar
29/07							
30/07	folga						
31/07							
01/08							
02/08	06:57	12:02	13:03	19:05			Maria Cristina de Aguiar
03/08							
04/08	06:58	12:03	13:02	19:04			Maria Cristina de Aguiar
05/08							
06/08	06:59	12:02	13:03	19:03			Maria Cristina de Aguiar
07/08							
08/08	06:56	12:03	13:04	19:06			Maria Cristina de Aguiar
09/08							
10/08	06:58	12:03	13:03	19:05			Maria Cristina de Aguiar
11/08							
12/08	folga						
13/08	06:57	12:02	13:02	19:04	*		Maria Cristina de Aguiar
14/08							
15/08	06:58	12:03	13:03	19:06			Maria Cristina de Aguiar
16/08							
17/08	6:57	12:02	13:02	19:05			Maria Cristina de Aguiar
18/08							
19/08	18:58	23:02	00:02	07:06	*		Maria Cristina de Aguiar
20/08							

\_\_\_\_\_  
Chefia Imediata  
Carimbo e Assinatura

2803

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENAPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

**REGISTRO DE PONTO MANUAL**

EMPREGADOR: NOME / EMPRESA  
**AHBB - ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL** CNPJ Nº

EMPREGADO(A)  
**MARIA GABRIELA CAMAÇARI RIBEIRO**

FUNÇÃO: **TEC. ENFERMAGEM** LOCAL DE TRABALHO  
**PENAPOLIS**

Horário de Trabalho: Das 19:00 às 20:00 e das 21:00 às 22:00 MÊS: **AGOSTO** ANO: **2020**

DIAS	ENT	INTERVALO		SAÍDA	HORAS EXTRAS		ASSINATURA / OBSERVAÇÕES
		SAÍDA	RET		INICIO	FIM	
21/07							
22/07							
23/07							
24/07							
25/07							
26/07							
27/07							
28/07	19h	20h	21h	21h	22h	23h	
29/07	19h	20:30	21:30	21h	22h	23h	
30/07	19h	20h	21h	21h	22h	23h	
31/07	19h	20h	21h	21h	22h	23h	
01/08	19h	20h	21h	21h	22h	23h	
02/08	Faltou						
03/08	19h	20:00	21h	21h	22h	23h	
04/08	19h	20:20	21:20	21h	22h	23h	
05/08	19h	20h	21h	21h	22h	23h	
06/08	19h	21h	22h	21h	22h	23h	
07/08	Faltou						
08/08	19h	20:30	21:30	21h	22h	23h	
09/08	19h	20h	21h	21h	22h	23h	
10/08	19h	21h	22h	21h	22h	23h	
11/08	Faltou						
12/08	19h	20h	21h	21h	22h	23h	
13/08	19h	20h	21h	21h	22h	23h	
14/08	Faltou						
15/08	Faltou						
16/08	Faltou						
17/08	19h	21h	22h	21h	22h	23h	
18/08	19h	20:30	21:30	21h	22h	23h	
19/08	19h	20:40	21:40	21h	22h	23h	
20/08							

\_\_\_\_\_  
 Chefia Imediata  
 Carimbo e Assinatura

*17 x 8 = 136,00*

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
 FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
 PREFEITURA MUNICIPAL DE PENAPOLIS  
 HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

**REGISTRO DE PONTO MANUAL**

EMPREGADOR: NOME / EMPRESA <b>AHBB - ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL</b>		CNPJ Nº
EMPREGADO(A) <b>MILENA MARIA PENCO CAPUA</b>		
FUNÇÃO: <b>ASSISTENTE ADM</b>		LOCAL DE TRABALHO <b>PENAPOLIS</b>
Horário de Trabalho: Das <u>07:00</u> às <u>12:00</u> e das <u>13:00</u> às <u>16:48</u>		MÊS: <b>AGOSTO</b>
		ANO: <b>2020</b>

DIAS	ENT	INTERVALO		SAÍDA	HORAS EXTRAS		ASSINATURA / OBSERVAÇÕES
		SAÍDA	RET		INICIO	FIM	
21/07	07h06	13h02	14h03	17h25			Milena
22/07	08h51	13h01	14h01	17h08			Milena
23/07	06h57	13h45	14h26	18h08			Milena
24/07	06h58	12h27	13h28	17h02			Milena
25/07							
26/07							
27/07	06h55	12h01	13h01	17h03			Milena
28/07	07h02	12h03	13h00	17h01			Milena
29/07	08h02	14h02	15h01	17h02			Milena
30/07	07h03	12h04	13h01	18h33			Milena
31/07	07h01	12h02	13h02	13h02			Milena
01/08	08h30			15h02			Milena
02/08							
03/08	07h01	13h02	14h00	18h02			Milena
04/08	06h52	12h02	13h03	18h07			Milena
05/08	07h02	12h04	13h00	17h35			Milena
06/08	07h01	12h01	13h02	22h00			Milena
07/08	10h02	14h01	15h00	22h32			Milena
08/08							
09/08							
10/08	07h30	13h02	14h01	17h02			Milena
11/08							
12/08							
13/08							
14/08							
15/08							
16/08							
17/08	07h00	12h02	13h03	18h49			Milena
18/08	07h02	13h04	14h02	20h30			Milena
19/08	08h56	13h02	14h04	17h03			Milena
20/08	07h00	11h00	12h02	16h30			Milena

\_\_\_\_\_  
Chefia Imediata  
Carimbo e Assinatura

001322

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 98/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENAPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

REGISTRO DE PONTO MANUAL							
EMPREGADOR: NOME / EMPRESA <b>AHBB - ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL</b>					CNPJ Nº		
EMPREGADO(A) <b>MIRIAN APARECIDA MADUREIRA DOS REIS CALLES</b>							
FUNÇÃO: <b>TEC. ENFERMAGEM</b>				LOCAL DE TRABALHO <b>PENAPOLIS</b>			
Horário de Trabalho: Das <u>7:00</u> às <u>19:00</u> e das <u>  </u> às <u>  </u>				MÊS: <b>AGOSTO</b>		ANO: <b>2020</b>	
DIAS	ENT	INTERVALO		SAÍDA	HORAS EXTRAS		ASSINATURA / OBSERVAÇÕES
		SAÍDA	RET		INICIO	FIM	
21/07							
22/07	06:54	12:20	13:20	19:00			☺
23/07							
24/07	atestado						
25/07	atestado						
26/07	atestado						
27/07	atestado						
28/07	atestado						
29/07	atestado						
30/07	06:49	12:00	13:00	19:05			☺
31/07							
01/08	06:53	12:10	13:10	19:00			☺
02/08	atestado						
03/08	06:51	12:25	13:25	19:10			☺
04/08	atestado						
05/08	06:52	12:30	13:30	19:02			☺
06/08	atestado						
07/08	06:49	12:00	13:00	19:00			☺
08/08	atestado						
09/08	06:50	13:00	14:00	19:03			☺
10/08	atestado						
11/08	06:55	12:20	13:20	19:00			☺
12/08	atestado						
13/08	07:00	09:45					
14/08	atestado						
15/08	atestado						
16/08	atestado						
17/08	atestado						
18/08	atestado						
19/08	atestado						
20/08	atestado						

\_\_\_\_\_  
Chefia Imediata  
Carimbo e Assinatura

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

70

**REGISTRO DE PONTO MANUAL**

EMPREGADOR: NOME / EMPRESA <b>AHBB - ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL</b>					CNPJ Nº		
EMPREGADO(A) <b>MIRIAN JULIANA DA SILVA</b>							
FUNÇÃO: <b>TEC. ENFERMAGEM</b>				LOCAL DE TRABALHO <b>PENAPOLIS</b>			
Horário de Trabalho: Das <u>19:00</u> às <u>21:00</u> e das <u>22:00</u> às <u>7:00</u>				MÊS: <b>AGOSTO</b>		ANO: <b>2020</b>	
DIAS	ENT	INTERVALO		SAÍDA	HORAS EXTRAS		ASSINATURA / OBSERVAÇÕES
		SAÍDA	RET		INICIO	FIM	
21/07	19:00	21:00	22:00	7:00	8:00		Mirian
22/07							
23/07	19:15	22:00	23:00	7:00	7:00		Mirian
24/07							
25/07	Folga						
26/07							
27/07	19:10	22:00	23:00	7:00	7:00		Mirian
28/07							
29/07	19:00	21:10	22:15	7:00	7:45		Mirian
30/07							
31/07	19:00	22:10	23:10	7:00	7:00		Mirian
01/08							
02/08	19:00	22:00	23:00	7:00	7:00		Mirian
03/08							
04/08	19:10	21:40	22:40	7:10	7:20		Mirian
05/08							
06/08	19:00	21:30	22:30	7:00	7:30		Mirian
07/08							
08/08	19:00	22:40	23:40	7:00	7:00	(atestado)	
09/08							
10/08	atestado						
11/08							
12/08	atestado						
13/08							
14/08	atestado						
15/08							
16/08	atestado						
17/08							
18/08	19:00	21:00	22:00	7:00	8:00		Mirian
19/08							
20/08	19:05	23:00	00:10	7:00	7:00		Mirian

\_\_\_\_\_  
Chefia Imediata  
Carimbo e Assinatura

80:35

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 90/2020  
FUNTE DE RECURSOS MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENAPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19



**REGISTRO DE PONTO MANUAL**

EMPREGADOR: NOME / EMPRESA

AHBB - ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL

CNPJ Nº

EMPREGADO(A)

OLAIR AMORIM CLEMENTE

FUNÇÃO:

ASSIST. D. PESSOAL

LOCAL DE TRABALHO  
PENAPOLIS

Horário de Trabalho:

Das 8:00 às 11:30 e das 12:30 às 17:00

MÊS:

AGOSTO

ANO:

2020

DIAS	ENT	INTERVALO		SAÍDA	HORAS EXTRAS		ASSINATURA / OBSERVAÇÕES
		SAÍDA	RET		INICIO	FIM	
21/07	7:55	11:30	12:31	17:00			
22/07	7:31	11:31	12:40	17:05			
23/07	8:00	11:30	12:50	17:00			
24/07	7:50	11:30	12:30	17:00			
25/07							
26/07							
27/07	8:01	11:31	12:35	17:30			
28/07	8:00	11:30	12:30	17:00			
29/07	8:00	11:30	12:30	17:00			
30/07	7:50	11:30	12:35	17:01			
31/07	8:00	11:35	12:50	17:00			
01/08							
02/08							
03/08	7:51	11:31	12:29	17:00			
04/08	7:50	11:30	12:29	17:00			
05/08	8:00	11:29	12:30	17:01			
06/08	8:01	11:32	12:45	17:02			
07/08	8:00	11:35	12:30	17:05			
08/08							
09/08							
10/08	8:00	11:40	12:30	17:30			
11/08	8:01	11:30	12:31	17:31			
12/08	8:10	11:31	12:40	17:32			
13/08	7:50	11:40	12:35	17:30			
14/08	7:55	11:31	12:20	17:31			
15/08							
16/08							
17/08	7:50	11:30	12:30	17:40			
18/08	7:55	11:32	12:31	18:00			
19/08	7:54	11:40	12:40	17:31			
20/08	8:00	11:30	12:31	17:00			

\_\_\_\_\_  
Chefia Imediata  
Carimbo e Assinatura

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
FUNTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

**REGISTRO DE PONTO MANUAL**

EMPREGADOR: NOME / EMPRESA <b>AHBB - ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL</b>					CNPJ Nº		
EMPREGADO(A) <b>PATRICIA ANTIQUEIRA DOS SANTOS</b>							
FUNÇÃO: <b>ENFERMEIRO (A)</b>				LOCAL DE TRABALHO <b>PENAPOLIS</b>			
Horário de Trabalho: Das ___ às ___ e das ___ às ___				MÊS: <b>AGOSTO</b>		ANO: <b>2020</b>	
DIAS	ENT	INTERVALO		SAÍDA	HORAS EXTRAS		ASSINATURA / OBSERVAÇÕES
		SAÍDA	RET		INICIO	FIM	
21/07	18:53	22:33	23:31	7:16			-RDP
22/07							
23/07	18:40	22:03	23:02	7:08			-RDP
24/07							
25/07	18:53	21:17	22:16	7:15	7:12		-RDP
26/07							
27/07	18:49	20:11	21:10	7:08			-RDP
28/07							
29/07							
30/07							
31/07							
01/08							
02/08							
03/08							
04/08	18:43	21:50	22:48	7:23	7:12		-RDP
05/08							
06/08							
07/08							
08/08							
09/08							
10/08							
11/08							
12/08							
13/08							
14/08	18:53	20:40	21:40	7:19			-RDP
15/08	18:51	20:35	21:34	7:17			-RDP
16/08	18:49	20:51	21:51	7:35			-RDP
17/08							
18/08	18:50	20:57	21:57	7:11			-RDP
19/08							
20/08	18:53	20:39	21:38	7:13			-RDP

\_\_\_\_\_  
Chefia Imediata  
Carimbo e Assinatura

8 x 8 = 6400  
1954  
-----  
5254

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 99/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENAPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

**REGISTRO DE PONTO MANUAL**

EMPREGADOR: NOME / EMPRESA <b>AHBB - ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL</b>		CNPJ Nº
EMPREGADO(A) <b>PAULO HENRIQUE GONÇALVES</b>		
FUNÇÃO: <b>TEC. ENFERMAGEM</b>		LOCAL DE TRABALHO <b>PENAPOLIS</b>
Horário de Trabalho: Das ___ às ___ e das ___ às ___		MÊS: <b>AGOSTO</b>
		ANO: <b>2020</b>

DIAS	ENT	INTERVALO		SAÍDA	HORAS EXTRAS		ASSINATURA / OBSERVAÇÕES
		SAÍDA	RET		INICIO	FIM	
21/07		Folga					Paulo
22/07							Paulo
23/07	06:57	11:30	12:30	19:00			Paulo
24/07							Paulo
25/07	06:50	13:00	14:30	19:00			Paulo
26/07							Paulo
27/07	06:57	12:30	13:30	19:00			Paulo
28/07							Paulo
29/07	06:50	14:30	15:30	19:00			Paulo
30/07							Paulo
31/07	06:57	11:30	12:30	19:00			Paulo
01/08							Paulo
02/08	06:50	12:00	13:00	19:15			Paulo
03/08							Paulo
04/08	06:54	12:30	12:55	19:07			Paulo
05/08							Paulo
06/08	06:50	12:10	13:10	19:05			Paulo
07/08							Paulo
08/08	06:57	12:40	13:40	19:03			Paulo
09/08							Paulo
10/08		Folga					Paulo
11/08							Paulo
12/08	06:50	11:30	12:30	19:07			Paulo
13/08							Paulo
14/08	06:55	12:30	13:30	19:10			Paulo
15/08							Paulo
16/08	6:57	14:30	15:30	19:00			Paulo
17/08							Paulo
18/08	6:55	11:40	12:40	19:00			Paulo
19/08							Paulo
20/08	06:54	12:10	13:10	19:00			Paulo

\_\_\_\_\_  
Chefia Imediata  
Carimbo e Assinatura

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENAPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

**REGISTRO DE PONTO MANUAL**

EMPREGADOR: NOME / EMPRESA CNPJ Nº  
**AHBB - ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL**

EMPREGADO(A)  
**PENHA CRISTINA DANTAS RIBAS**

FUNÇÃO: LOCAL DE TRABALHO  
**TEC. ENFERMAGEM** **PENAPOLIS**

Horário de Trabalho: MÊS: ANO:  
 Das \_\_\_ às \_\_\_ e das \_\_\_ às \_\_\_ **AGOSTO** **2020**

DIAS	ENT	INTERVALO		SAÍDA	HORAS EXTRAS		ASSINATURA / OBSERVAÇÕES
		SAIDA	RET		INICIO	FIM	
21/07							
22/07	18:50	20:30	21:20	07:30			<i>[Signature]</i>
23/07							
24/07	18:50	20:20	21:30	07:30			<i>[Signature]</i>
25/07							
26/07	18:50	20:40	21:35	07:35			<i>[Signature]</i>
27/07							
28/07	18:55	21:00	21:50	07:30			<i>[Signature]</i>
29/07							
30/07	18:50	21:00	21:50	07:35			<i>[Signature]</i>
31/07							
01/08	18:55	21:00	21:55	07:30			<i>[Signature]</i>
02/08							
03/08	18:50	20:30	21:20	07:35			<i>[Signature]</i>
04/08							
05/08	18:55	21:00	21:50	07:35			<i>[Signature]</i>
06/08							
07/08	18:55	20:45	21:40	07:30			<i>[Signature]</i>
08/08							
09/08	18:50	20:40	21:30	07:35			<i>[Signature]</i>
10/08							
11/08	18:55	21:00	21:50	07:20			<i>[Signature]</i>
12/08							
13/08	18:50	21:10	21:50	07:20			<i>[Signature]</i>
14/08							
15/08	18:55	20:30	21:20	07:15			<i>[Signature]</i>
16/08							
17/08	18:50	21:00	21:50	07:30			<i>[Signature]</i>
18/08							
19/08	18:50	21:10	21:55	07:35			<i>[Signature]</i>
20/08							

\_\_\_\_\_  
 Chefia Imediata  
 Carimbo e Assinatura

*120:00*

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
 FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
 PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
 HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

**REGISTRO DE PONTO MANUAL**

EMPREGADOR: NOME / EMPRESA <b>AHBB - ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL</b>		CNPJ Nº
EMPREGADO(A) <b>RAFAELA CRISTINA GONCALVES MACHADO</b>		
FUNÇÃO: <b>AUX. ADM. FARMACIA</b>		LOCAL DE TRABALHO <b>PENAPOLIS</b>
Horário de Trabalho: Das <u>07:00</u> às <u>11:00</u> e das <u>12:00</u> às <u>19:00</u>		MÊS: <b>AGOSTO</b>
		ANO: <b>2020</b>



DIAS	ENT	INTERVALO		SAÍDA	HORAS EXTRAS		ASSINATURA / OBSERVAÇÕES
		SAÍDA	RET		INICIO	FIM	
21/07							
22/07	06:58	10:59	11:55	19:01			Rafaela Machado
23/07							
24/07	07:01	11:05	12:02	18:58			Rafaela Machado
25/07							
26/07	06:51	11:10	11:40	18:55			Rafaela Machado
27/07							
28/07	06:48	10:59	11:55	19:02			Rafaela Machado
29/07							
30/07	06:51	10:47	11:40	18:55			Rafaela Machado
31/07							
01/08							
02/08							
03/08	06:55	10:55	11:58	19:05			Rafaela Machado
04/08							
05/08	06:54	11:05	12:01	18:58			Rafaela Machado
06/08							
07/08	06:50	10:59	11:49	19:02			Rafaela Machado
08/08							
09/08	06:49	11:05	11:59	18:57			Rafaela Machado
10/08							
11/08	07:05	11:01	11:57	19:01			Rafaela Machado
12/08							
13/08	06:54	10:58	11:49	18:55			Rafaela Machado
14/08							
15/08	06:57	11:05	12:01	19:03			Rafaela Machado
16/08							
17/08	07:02	10:59	11:55	18:56			Rafaela Machado
18/08							
19/08	06:59	11:03	12:01	19:06			Rafaela Machado
20/08							

\_\_\_\_\_  
Chefia Imediata  
Carimbo e Assinatura

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
FUNDO DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENAPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

**REGISTRO DE PONTO MANUAL**

EMPREGADOR: NOME / EMPRESA <b>AHBB - ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL</b>		CNPJ Nº
EMPREGADO(A) <b>ROSELI PEREIRA</b>		
FUNÇÃO: <b>TEC. ENFERMAGEM</b>		LOCAL DE TRABALHO <b>PENAPOLIS</b>
Horário de Trabalho: Das <u>19:00</u> às <u>21:00</u> e das <u>22:00</u> às <u>07:00</u>		MÊS: <b>AGOSTO</b>
		ANO: <b>2020</b>

DIAS	ENT	INTERVALO		SAÍDA	HORAS EXTRAS		.ASSINATURA / OBSERVAÇÕES
		SAÍDA	RET		INICIO	FIM	
21/07	18:55	21:02	22:02	07:03			
22/07							
23/07	18:53	21:30	22:30	07:08	730		
24/07							
25/07	18:58	21:02	22:02	07:05			
26/07							
27/07	folga (14 dias covid 19)						
28/07							
29/07							
30/07							
31/07							
01/08							
02/08							
03/08							
04/08							
05/08							
06/08							
07/08							
08/08							
09/08							
10/08							
11/08							
12/08	18:55	21:03	22:03	07:06			
13/08							
14/08	19:02	21:00	22:00	07:05			
15/08							
16/08	18:52	21:00	22:00	07:02			
17/08							
18/08	19:02	21:00	22:00	07:05			
19/08							
20/08	18:50	21:00	22:00	07:01			

\_\_\_\_\_  
Chefia Imediata  
Carimbo e Assinatura

5600  
730  
-----  
6330

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 99/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

**REGISTRO DE PONTO MANUAL**

EMPREGADOR: NOME / EMPRESA <b>AHBB - ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL</b>		CNPJ Nº
EMPREGADO(A) <b>ROSIANE DE SOUZA SOARES</b>		
FUNÇÃO: <b>TEC. ENFERMAGEM</b>		LOCAL DE TRABALHO <b>PENAPOLIS</b>
Horário de Trabalho: Das <u>07:00</u> às <u>13:00</u> e das <u>14:00</u> às <u>19:00</u>		MÊS: <b>AGOSTO</b>
		ANO: <b>2020</b>

DIAS	ENT	INTERVALO		SAÍDA	HORAS EXTRAS		ASSINATURA / OBSERVAÇÕES
		SAÍDA	RET		INICIO	FIM	
21/07	06:59	13:00	14:00	19:02			
22/07							
23/07	06:58	13:00	14:00	19:01			
24/07							
25/07	06:59	13:00	14:00	19:04			
26/07							
27/07	06:58	13:00	14:00	19:03			
28/07							
29/07	06:58	13:00	14:00	19:02			
30/07							
31/07	07:00	13:00	14:00	19:02			
01/08							
02/08	07:00	13:00	14:00	19:00			
03/08							
04/08	06:58	13:00	14:00	19:03			
05/08							
06/08	06:55	13:00	14:00	19:00			
07/08							
08/08	06:57	13:00	14:00	19:05			
09/08							
10/08	07:00	13:00	14:00	19:00			
11/08							
12/08	07:00	13:00	14:00	19:00			
13/08							
14/08	FOLGA						
15/08							
16/08	06:55	13:00	14:00	19:04			
17/08							
18/08	06:59	13:00	14:00	19:00			
19/08							
20/08	FOLGA						

\_\_\_\_\_  
Chefia Imediata  
Carimbo e Assinatura

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENAPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

**REGISTRO DE PONTO MANUAL**

EMPREGADOR: NOME / EMPRESA <b>AHBB - ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL</b>		CNPJ Nº
EMPREGADO(A) <b>ROZINEI MECHON NUNES</b>		
FUNÇÃO: <b>TEC. ENFERMAGEM</b>		LOCAL DE TRABALHO <b>PENAPOLIS</b>
Horário de Trabalho: Das ___ às ___ e das ___ às ___		MÊS: <b>AGOSTO</b>
		ANO: <b>2020</b>

DIAS	ENT	INTERVALO		SAÍDA	HORAS EXTRAS		ASSINATURA / OBSERVAÇÕES
		SAÍDA	RET		INICIO	FIM	
21/07	06:55	12:30	13:30	19:00			Rozinei mechon
22/07							
23/07	06:50	12:00	13:00	19:00			Rozinei mechon
24/07							
25/07	Folga						
26/07							
27/07	6:55	12:00	13:00	19:00			Rozinei mechon
28/07							
29/07	6:50	12:00	13:00	19:00			Rozinei mechon
30/07							
31/07	6:50	12:30	13:30	19:00			Rozinei mechon
01/08							
02/08	6:50	12:00	13:00	19:00			Rozinei mechon
03/08							
04/08	06:55	12:00	13:00	19:00			Rozinei mechon
05/08							
06/08	06:50	12:30	13:30	19:00			Rozinei mechon
07/08							
08/08	06:50	12:00	13:00	19:00			Rozinei mechon
09/08							
10/08	Folga						
11/08							
12/08	06:55	12:30	13:30	19:00			Rozinei mechon
13/08							
14/08	06:50	12:00	13:00	19:00			Rozinei mechon
15/08							
16/08	06:50	12:00	13:00	19:00	Folga		Rozinei mechon
17/08							
18/08	06:55	12:00	13:00	19:00			Rozinei mechon
19/08							
20/08	06:50	12:00	13:00	19:00			Rozinei mechon

\_\_\_\_\_  
Chefia Imediata  
Carimbo e Assinatura

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
FUNDO DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENAPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPAINHA COVID-19



**REGISTRO DE PONTO MANUAL**

EMPREGADOR: NOME / EMPRESA <b>AHBB - ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL</b>		CNPJ Nº
EMPREGADO(A) <b>SANDRA MIOTTI FAUSTINO</b>		
FUNÇÃO: <b>ENFERMEIRO (A)</b>		LOCAL DE TRABALHO <b>PENAPOLIS</b>
Horário de Trabalho: Das <u>07</u> às <u>13:00</u> e das <u>14:00</u> às <u>19:00</u>		MÊS: <b>AGOSTO</b>
		ANO: <b>2020</b>

DIAS	ENT	INTERVALO		SAÍDA	HORAS EXTRAS		ASSINATURA / OBSERVAÇÕES
		SAÍDA	RET		INICIO	FIM	
21/07	06:42	14:00	15:00	19:15			<i>[Signature]</i>
22/07							
23/07	06:40	14:10	15:00	19:20			<i>[Signature]</i>
24/07							
25/07	06:42	14:15	15:00	19:10			<i>[Signature]</i>
26/07							
27/07	06:40	14:00	15:00	19:09			<i>[Signature]</i>
28/07							
29/07	06:50	14:10	15:02	19:15			<i>[Signature]</i>
30/07							
31/07	06:41	13:20	14:00	19:20			<i>[Signature]</i>
01/08							
02/08	07:03	13:40	14:40	19:15			<i>[Signature]</i>
03/08							
04/08	06:41	13:00	14:00	19:10			<i>[Signature]</i>
05/08							
06/08	06:40	13:10	14:00	19:20			<i>[Signature]</i>
07/08							
08/08	06:35	13:40	14:00	19:15			<i>[Signature]</i>
09/08							
10/08	06:33	13:02	14:00	19:20			<i>[Signature]</i>
11/08							
12/08	06:41	13:10	14:05	19:15			<i>[Signature]</i>
13/08							
14/08	06:40	14:00	15:00	19:20			<i>[Signature]</i>
15/08							
16/08	06:50	14:10	14:40	19:25			<i>[Signature]</i>
17/08							
18/08	06:40	13:30	14:20	19:15			<i>[Signature]</i>
19/08							
20/08	06:46	13:10	14:00	19:20			<i>[Signature]</i>

\_\_\_\_\_  
Chefia Imediata  
Carimbo e Assinatura

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 06/2020  
FUNTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

**REGISTRO DE PONTO MANUAL**

EMPREGADOR: NOME / EMPRESA <b>AHBB - ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL</b>		CNPJ Nº
EMPREGADO(A) <b>SILVIA ANDREA RODRIGUES DE LIMA</b>		
FUNÇÃO: <b>TEC. ENFERMAGEM</b>		LOCAL DE TRABALHO <b>PENAPOLIS</b>
Horário de Trabalho: Das ___ às ___ e das ___ às ___		MÊS: <b>AGOSTO</b>
		ANO: <b>2020</b>

DIAS	ENT	INTERVALO		SAÍDA	HORAS EXTRAS		ASSINATURA / OBSERVAÇÕES
		SAIDA	RET		INICIO	FIM	
21/07							FL
22/07	06:40	13:00	14:00	18:40			FL
23/07							
24/07	06:40	13:00	14:00	18:40			FL
25/07							
26/07	06:40	13:00	14:00	18:40			FL
27/07							
28/07	Folga						
29/07							
30/07	06:40	13:00	14:00	18:40			FL
31/07							
01/08	06:40	13:00	14:00	18:40			FL
02/08							
03/08	Ausência						
04/08							
05/08	06:40	13:00	14:00	18:40			FL
06/08							
07/08	06:40	13:00	14:00	18:40			FL
08/08							
09/08	06:40	13:00	14:00	18:40			FL
10/08							
11/08	06:40	13:00	14:00	18:40			FL
12/08							
13/08	06:40	13:00	14:00	18:40			FL
14/08							
15/08	Folga						FL
16/08							
17/08	Folga						FL
18/08							
19/08	06:40	13:00	14:00	18:40			FL
20/08							

\_\_\_\_\_  
Chefia Imediata  
Carimbo e Assinatura

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENAPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

**REGISTRO DE PONTO MANUAL**

EMPREGADOR: NOME / EMPRESA <b>AHBB - ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL</b>		CNPJ Nº
EMPREGADO(A) <b>SILENE DE OLIVEIRA RODRIGUES DE LARA</b>		
FUNÇÃO: <b>TEC. ENFERMAGEM</b>		LOCAL DE TRABALHO <b>PENAPOLIS</b>
Horário de Trabalho: Das <u>19:00</u> às <u>22:00</u> e das <u>23:00</u> às <u>1:00</u>		MÊS: <b>AGOSTO</b>
		ANO: <b>2020</b>

DIAS	ENT	INTERVALO		SAÍDA	HORAS EXTRAS		ASSINATURA / OBSERVAÇÕES
		SAÍDA	RET		INICIO	FIM	
21/07	18:50	21:00	22:00	1:10			<i>[Assinatura]</i>
22/07							
23/07	18:55	21:10	22:00	1:07			<i>[Assinatura]</i>
24/07							
25/07	18:50	21:05	22:10	1:05	7:50		<i>[Assinatura]</i>
26/07							
27/07							
28/07							
29/07	Folga	-	-	-	-	-	-
30/07							
31/07	18:55	22:00	23:00	1:10	7:00		<i>[Assinatura]</i>
01/08							
02/08	18:50	21:00	22:00	1:00			<i>[Assinatura]</i>
03/08							
04/08	18:56	21:10	22:10	1:10	7:50		<i>[Assinatura]</i>
05/08							
06/08	18:45	21:05	22:10	1:15	7:50		<i>[Assinatura]</i>
07/08							
08/08	18:50	21:00	22:00	1:18			<i>[Assinatura]</i>
09/08							
10/08	FOLGA						
11/08							
12/08	18:45	21:00	22:00	1:10			<i>[Assinatura]</i>
13/08							
14/08	18:50	21:10	22:10	1:12	7:50		<i>[Assinatura]</i>
15/08							
16/08	18:50	21:00	22:00	1:15			<i>[Assinatura]</i>
17/08							
18/08	18:55	21:00	22:00	1:12			<i>[Assinatura]</i>
19/08							
20/08	18:55	21:00	22:00	1:10			<i>[Assinatura]</i>

\_\_\_\_\_  
Chefia Imediata  
Carimbo e Assinatura

6400  
3500  
320  
-----  
10220

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENAPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

**REGISTRO DE PONTO MANUAL**

EMPREGADOR: NOME / EMPRESA <b>AHBB - ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL</b>		CNPJ Nº
EMPREGADO(A) <b>SILVIA APARECIDA DE OLIVEIRA</b>		
FUNÇÃO: <b>ENFERMEIRO (A)</b>		LOCAL DE TRABALHO <b>PENAPOLIS</b>
Horário de Trabalho: Das <u>19:00</u> às <u>20:00</u> e das <u>21:00</u> às <u>07:00</u>		MÊS: <b>AGOSTO</b>
		ANO: <b>2020</b>

DIAS	ENT	INTERVALO		SAÍDA	HORAS EXTRAS		ASSINATURA / OBSERVAÇÕES
		SAÍDA	RET		INICIO	FIM	
21/07							
22/07	18:40	20:00	21:00	07:00			<i>[Signature]</i>
23/07							
24/07	18:40	20:00	21:00	07:00			<i>[Signature]</i>
25/07							
26/07	18:50	20:05	21:05	07:00			<i>[Signature]</i>
27/07							
28/07	Atestado						
29/07							
30/07	Atestado						
31/07							
01/08	Atestado						
02/08							
03/08	Atestado						
04/08							
05/08	Atestado						
06/08							
07/08	Atestado						
08/08							
09/08	Atestado						
10/08							
11/08	18:50	20:00	21:00	07:00			<i>[Signature]</i>
12/08							
13/08	18:50	20:05	21:05	07:00			<i>[Signature]</i>
14/08							
15/08	18:50	20:00	21:00	07:00			<i>[Signature]</i>
16/08							
17/08	18:50	20:05	21:05	07:00			<i>[Signature]</i>
18/08							
19/08	18:40	20:00	21:00	07:00			<i>[Signature]</i>
20/08							

\_\_\_\_\_  
Chefia Imediata  
Carimbo e Assinatura

6400

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
TREZORARIA MUNICIPAL DE PENAPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPAÑA COVID-19

**REGISTRO DE PONTO MANUAL**

EMPREGADOR: NOME / EMPRESA <b>AHBB - ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL</b>		CNPJ Nº
EMPREGADO(A) <b>SIMONE ROCHA CARIS DE OLIVEIRA</b>		
FUNÇÃO: <b>TEC. ENFERMAGEM</b>		LOCAL DE TRABALHO <b>PENAPOLIS</b>
Horário de Trabalho: Das <u>7:00</u> às <u>12:00</u> e das <u>13:00</u> às <u>19:00</u>		MÊS: <b>AGOSTO</b> ANO: <b>2020</b>

DIAS	ENT	INTERVALO		SAÍDA	HORAS EXTRAS		ASSINATURA / OBSERVAÇÕES	
		SAÍDA	RET		INICIO	FIM		
21/07								
22/07	7:00	12:00	13:00	19:00			<i>[Signature]</i>	
23/07								
24/07	<i>folga</i>							
25/07								
26/07	6:50	12:00	13:00	19:00			<i>[Signature]</i>	
27/07								
28/07								
29/07								
30/07								
31/07								
01/08								
02/08								
03/08								
04/08								
05/08								
06/08								
07/08								
08/08								
09/08								
10/08								
11/08	7:00	12:00	13:00	19:00	<i>obs.: plantão das 19:00 as 7:00</i>		<i>[Signature]</i>	
12/08								
13/08	6:55	12:00	13:00	19:00			<i>[Signature]</i>	
14/08								
15/08	6:50	12:00	13:00	19:00			<i>[Signature]</i>	
16/08								
17/08	6:50	12:00	13:00	19:00			<i>[Signature]</i>	
18/08								
19/08	6:45	12:00	13:00	19:00			<i>[Signature]</i>	
20/08								

\_\_\_\_\_  
Chefia Imediata  
Carimbo e Assinatura

*8:00*

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENAPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

**REGISTRO DE PONTO MANUAL**

EMPREGADOR: NOME / EMPRESA <b>AHBB - ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL</b>		CNPJ Nº
EMPREGADO(A) <b>STEFANY CORREIA MARTINS</b>		
FUNÇÃO: <b>TEC. ENFERMAGEM</b>		LOCAL DE TRABALHO <b>PENAPOLIS</b>
Horário de Trabalho: Das ___ às ___ e das ___ às ___		MÊS: <b>AGOSTO</b>
		ANO: <b>2020</b>

DIAS	ENT	INTERVALO		SAÍDA	HORAS EXTRAS		ASSINATURA / OBSERVAÇÕES
		SAÍDA	RET		INICIO	FIM	
21/07	18:45	21:00	22:00	07:30			<i>Stefany</i>
22/07							<i>Stefany</i>
23/07	18:48	21:00	22:00	07:20			<i>Stefany</i>
24/07							<i>Stefany</i>
25/07	18:40	21:00	22:00	07:05			<i>Stefany</i>
26/07							<i>Stefany</i>
27/07	18:45	21:00	22:00	07:10			<i>Stefany</i>
28/07							<i>Stefany</i>
29/07	18:40	20:00	21:00	07:15			<i>Stefany</i>
30/07							<i>Stefany</i>
31/07	<i>folga</i>	<i>folga</i>	<i>folga</i>	<i>folga</i>			<i>Stefany</i>
01/08							<i>Stefany</i>
02/08	18:45	21:00	22:00	07:00			<i>Stefany</i>
03/08	07:00	11:00	12:00	19:20	07:00	19:20	<i>Stefany</i>
04/08	07:00	12:00	13:00	19:00	19:00	07:20	<i>Stefany</i>
05/08							<i>Stefany</i>
06/08	07:00	11:00	12:00	19:00	19:00	07:20	<i>Stefany</i>
07/08							<i>Stefany</i>
08/08	18:40	21:00	22:00	07:10			<i>Stefany</i>
09/08					06:50	19:30	<i>Stefany</i>
10/08	18:50	21:00	22:00	07:00	06:50	19:00	<i>Stefany</i>
11/08							<i>Stefany</i>
12/08	18:50	21:00	22:00	07:10			<i>Stefany</i>
13/08							<i>Stefany</i>
14/08	<i>folga</i>	<i>folga</i>	<i>folga</i>	<i>folga</i>			<i>Stefany</i>
15/08							<i>Stefany</i>
16/08	18:50	20:00	21:00	07:20			<i>Stefany</i>
17/08							<i>Stefany</i>
18/08	18:45	21:00	22:00	07:00			<i>Stefany</i>
19/08							<i>Stefany</i>
20/08	18:45	21:00	22:00	07:00			<i>Stefany</i>

UTI +  
UTI +  
UTI +  
UTI +  
infirmaria

\_\_\_\_\_  
Chefia Imediata  
Carimbo e Assinatura

*15 x 8 = 12000*

CONVENIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENAPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

**REGISTRO DE PONTO MANUAL**

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

CNPJ Nº

EMPREGADO(A)  
**TATIANA SOARES**

FUNÇÃO:  
**TEC. ENFERMAGEM**

LOCAL DE TRABALHO  
**PENAPOLIS**

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

MÊS:  
**AGOSTO**

ANO:  
**2020**

DIAS	ENT	INTERVALO		SAÍDA	HORAS EXTRAS		ASSINATURA / OBSERVAÇÕES
		SAÍDA	RET		INICIO	FIM	
21/07							Tatiana Soares
22/07	19:00	20:50	21:00	07:00			Tatiana Soares
23/07							Tatiana Soares
24/07	19:00	20:30	21:20	07:00			Tatiana Soares
25/07							Tatiana Soares
26/07	19:00	21:00	21:50	07:00			Tatiana Soares Enfermeira COREN SP 36640J
27/07							Tatiana Soares
28/07	19:00	20:30	21:20	07:00	Enfermeira		Tatiana Soares Enfermeira COREN SP 36640J
29/07							Tatiana Soares
30/07	19:00	21:00	21:50	07:00	Enfermeira		Tatiana Soares Enfermeira COREN SP 36640J
31/07							Tatiana Soares
01/08	19:00	20:30	21:20	07:25	Enfermeira		Tatiana Soares Enfermeira COREN SP 36640J
02/08							Tatiana Soares
03/08	19:00	21:00	21:50	07:10	Enfermeira		Tatiana Soares Enfermeira COREN SP 36640J
04/08							Tatiana Soares
05/08	19:00	20:30	21:20	07:10	Enfermeira		Tatiana Soares Enfermeira COREN SP 36640J
06/08							Tatiana Soares
07/08	18:50	20:30	21:20	07:15	Enfermeira		Tatiana Soares Enfermeira COREN SP 36640J
08/08							Tatiana Soares
09/08	18:50	21:00	21:50	07:15	Enfermeira		Tatiana Soares Enfermeira COREN SP 36640J
10/08							Tatiana Soares
11/08	18:50	21:00	21:50	07:10			Tatiana Soares Enfermeira COREN SP 36640J
12/08							Tatiana Soares
13/08	18:50	20:30	21:20	07:10			Tatiana Soares
14/08	19:45	21:00	21:50	07:10	Enfermeira		Tatiana Soares Enfermeira COREN SP 36640J
15/08							Tatiana Soares
16/08							Tatiana Soares
17/08	18:50	21:00	21:50	07:10			Tatiana Soares
18/08							Tatiana Soares
19/08	18:50	20:30	21:20	07:10			Tatiana Soares
20/08							Tatiana Soares

\_\_\_\_\_  
Chefia Imediata  
Carimbo e Assinatura

15 = 12000

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENAPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

**REGISTRO DE PONTO MANUAL**

EMPREGADOR: NOME / EMPRESA <b>AHBB - ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL</b>		CNPJ Nº
EMPREGADO(A) <b>THAWANY YURI KAWAMURA</b>		
FUNÇÃO: <b>TEC. ENFERMAGEM</b>		LOCAL DE TRABALHO <b>PENAPOLIS</b>
Horário de Trabalho: Das <u>19:00</u> às <u>20:30</u> e das <u>21:30</u> às <u>06:00</u>		MÊS: <b>AGOSTO</b>
		ANO: <b>2020</b>

DIAS	ENT	INTERVALO		SAÍDA	HORAS EXTRAS		ASSINATURA / OBSERVAÇÕES
		SAÍDA	RET		INICIO	FIM	
21/07							
22/07	18:50	20:30	21:30	06:50			SL
23/07							
24/07	18:40	20:30	21:30	06:50			SL
25/07							
26/07	18:45	20:30	21:30	06:50			SL
27/07							
28/07	18:50	20:30	21:30	06:50			SL
29/07							
30/07							
31/07							
01/08							
02/08							
03/08							
04/08							
05/08							
06/08							
07/08							
08/08							
09/08							
10/08							
11/08							
12/08							
13/08	18:40	20:30	21:30	06:50			SL
14/08							
15/08	18:45	20:30	21:30	06:50			SL
16/08							
17/08	FOLGA						
18/08							
19/08	18:40	20:30	21:30	06:50			SL
20/08							

\_\_\_\_\_  
Chefia Imediata  
Carimbo e Assinatura

56:00

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 06/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENAPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19



**REGISTRO DE PONTO MANUAL**

EMPREGADOR: NOME / EMPRESA <b>AHBB - ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL</b>		CNPJ Nº
EMPREGADO(A) <b>DANILO AUGUSTO DAVID ZANETTE</b>		
FUNÇÃO: <b>ENFERMEIRO - R.T</b>		LOCAL DE TRABALHO <b>PENAPOLIS</b>
Horário de Trabalho: Das ___ às ___ e das ___ às ___		MÊS: <b>AGOSTO</b>
		ANO: <b>2020</b>

DIAS	ENT	INTERVALO		SAÍDA	HORAS EXTRAS		ASSINATURA / OBSERVAÇÕES
		SAÍDA	RET		INICIO	FIM	
21/07	06:47	12:02	13:09	18:29			
22/07	06:41	12:07	13:10	18:45			
23/07	06:49	12:15	13:01	17:02			
24/07	07:02	12:19	13:25	17:07			
25/07							
26/07							
27/07	06:44	12:30	13:19	18:32			
28/07	06:45	12:46	13:47	18:01			
29/07	06:47	12:57	13:59	18:11			
30/07	06:58	12:49	13:36	17:46			
31/07	07:02	12:01	13:17	16:58			
01/08							
02/08	13:15			15:09			
03/08	06:49	12:39	13:30	18:32			
04/08	06:53	12:54	13:55	17:58			
05/08	06:56	12:03	13:09	18:59			
06/08	06:57	12:02	13:07	18:38			
07/08	06:59	12:57	13:50	18:20			
08/08							
09/08							
10/08	07:01	13:49	14:57	18:19			
11/08	07:03	12:02	13:07	18:48			
12/08	06:07	12:01	13:11	17:59			
13/08	07:15	12:09	13:14	18:36			
14/08	07:01	13:03	14:01	17:48			
15/08							
16/08	14:31			19:01			
17/08	06:49	14:33	15:00	18:56			
18/08	07:02	13:02	14:20	18:51			
19/08	06:57	13:09	14:01	18:47			
20/08	06:56	15:01	16:07	18:14			

  
\_\_\_\_\_  
Chefia Imediata  
Carimbo e Assinatura

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 06/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENAPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

REGISTRO DE PONTO MANUAL							
EMPREGADOR: NOME / EMPRESA <b>AHBB - ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL</b>					CNPJ Nº		
EMPREGADO(A) <b>JESSICA PENTEADO SOARES</b>							
FUNÇÃO: <b>RECEPÇÃO</b>				LOCAL DE TRABALHO <b>PENAPOLIS</b>			
Horário de Trabalho: Das ___ às ___ e das ___ às ___				MÊS: <b>AGOSTO</b>		ANO: <b>2020</b>	
DIAS	ENT	INTERVALO		SAÍDA	HORAS EXTRAS		ASSINATURA / OBSERVAÇÕES
		SAÍDA	RET		INICIO	FIM	
MÊS							
21/07							
22/07							
23/07							
24/07							
25/07							
26/07							
27/07							
28/07							
29/07							
30/07							
31/07							
01/08							
02/08							
03/08							
04/08							
05/08							
06/08							
07/08							
08/08							
09/08							
10/08							
11/08							
12/08							
13/08							
14/08							
15/08							
16/08							
17/08							
18/08							
19/08	06:58	11:25	12:25	13:00			Jessica Soares
20/08	06:58	11:25	12:25	14:30			Jessica Soares

  
 \_\_\_\_\_  
 Chefe Imediata  
 Carimbo e Assinatura

**REGISTRO DE PONTO MANUAL**

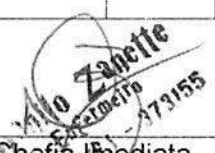
EMPREGADOR: NOME / EMPRESA  
**AHBB - ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL** CNPJ Nº

EMPREGADO(A)  
**ROSIANE DE SOUZA SOARES**

FUNÇÃO: **TEC. ENFERMAGEM** LOCAL DE TRABALHO  
**PENAPOLIS**

Horário de Trabalho: Das 07:00 às 13:00 e das 14:00 às 19:00 MÊS: **AGOSTO** ANO: **2020**

DIAS	ENT	INTERVALO		SAÍDA	HORAS EXTRAS		ASSINATURA / OBSERVAÇÕES
		SAÍDA	RET		INICIO	FIM	
21/07	06:59	13:00	14:00	19:02			Rosiane de S. Soares
22/07							
23/07	06:58	13:00	14:00	19:01			Rosiane de S. Soares
24/07							
25/07	06:59	13:00	14:00	19:04			Rosiane de S. Soares
26/07							
27/07	06:58	13:00	14:00	19:03			Rosiane de S. Soares
28/07							
29/07	06:58	13:00	14:00	19:02			Rosiane de S. Soares
30/07							
31/07	07:00	13:00	14:00	19:02			Rosiane de S. Soares
01/08							
02/08	07:00	13:00	14:00	19:00			Rosiane de S. Soares
03/08							
04/08	06:58	13:00	14:00	19:03			Rosiane de S. Soares
05/08							
06/08	06:55	13:00	14:00	19:00			Rosiane de S. Soares
07/08							
08/08	06:57	13:00	14:00	19:05			Rosiane de S. Soares
09/08							
10/08	07:00	13:00	14:00	19:00			Rosiane de S. Soares
11/08							
12/08	07:00	13:00	14:00	19:00			Rosiane de S. Soares
13/08							
14/08	FOLGA						Rosiane
15/08							
16/08	06:55	13:00	14:00	19:04			Rosiane de S. Soares
17/08							
18/08	06:59	13:00	14:00	19:00			Rosiane de S. Soares
19/08							
20/08	PRESTADOR						

  
**Alvo Zanette**  
 Secretário - 173155

Chefe Imediata  
 Carimbo e Assinatura

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 562020  
 FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
 PREFEITURA MUNICIPAL DE PENAPOLIS  
 HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

Penápolis - Enfermaria  
Winter - Gestão e Consultoria Médica

## Outubro

	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo
	28/09	29/09	30/09	01/10	02/10	03/10	04/10
<b>Diurno</b> 07:00 19:00				Lessandro Santos 199569	Luciano Velame 189342	Leonardo Cunha 213986	Lessandro Santos 199569
<b>Noturno</b> 19:00 07:00				Enéias Martines	Luciano Velame 189342	Leonardo Cunha 213986	Michele Alves 214693
	05/10	06/10	07/10	08/10	09/10	10/10	11/10
<b>Diurno</b> 07:00 19:00	Luciano Velame 189342	Luciano Velame 189342	Achilles Neto 199286	Lessandro Santos 199569	Luciano Velame 189342	Lessandro Santos 199569	Leonardo Cunha 213986
<b>Noturno</b> 19:00 07:00	Luciano Velame 189342	Luciano Velame 189342	Fernando Yoshida 188789	Enéias Martines	Michele Alves 214693	Lessandro Santos 199569	Leonardo Cunha 213986
	12/10	13/10	14/10	15/10	16/10	17/10	18/10
<b>Diurno</b> 07:00 19:00	Luciano Velame 189342	Luciano Velame 189342	Achilles Neto 199286	Lessandro Santos 199569	Luciano Velame 189342	Luciano Velame 189342	Leonardo Cunha 213986
<b>Noturno</b> 19:00 07:00	Luciano Velame 189342	Luciano Velame 189342	Fernando Yoshida 188789	Enéias Martines	Michele Alves 214693	Luciano Velame 189342	Lessandro Santos 199569
	19/10	20/10	21/10	22/10	23/10	24/10	25/10
<b>Diurno</b> 07:00 19:00	Luciano Velame 189342	Luciano Velame 189342	Achilles Neto 199286	Lessandro Santos 199569	Luciano Velame 189342	Luciano Velame 189342	Leonardo Cunha 213986
<b>Noturno</b> 19:00 07:00	Luciano Velame 189342	Luciano Velame 189342	Fernando Yoshida 188789	Enéias Martines	Michele Alves 214693	Luciano Velame 189342	Leonardo Cunha 213986
	26/10	27/10	28/10	29/10	30/10	31/10	01/11
<b>Diurno</b> 07:00 19:00	Luciano Velame 189342	Luciano Velame 189342	Achilles Neto 199286	Lessandro Santos 199569	Luciano Velame 189342	Lessandro Santos 199569	
<b>Noturno</b> 19:00 07:00	Luciano Velame 189342	Luciano Velame 189342	Fernando Yoshida 188789	Enéias Martines	Michele Alves 214693	Michele Alves 214693	
Nome	Identificação		Contato				
Fernando Nuruki Yoshida	188789		18997815688				
Lessandro Rodrigues Reche dos Santos	199569		18996458405				
Luciano Barbosa Velame	189342		17996673850				
Enéias Medina Martines			18996335957				
Leonardo Elias Silveira da Cunha	213986		17996221989				
Michele Alves	214693		18981730693				
Achilles Ferrari Neto	199286		17981911452				

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPAÑA COVID-19

## Escala Enfermaria Penápolis 10 2020.pdf

Código do documento 4a5bd4d4-6ac7-416f-9adf-05799de300de



### Assinaturas

	ERICO MODENUTI contato@wintermed.com.br Assinou	Erico Modenuti
	Patricia Canzano Antonio canzanopat1@gmail.com Assinou	Patricia Canzano
	Lessandro Rodrigues Reche dos Santos LessandroReche@Dr.com Assinou	LESSANDRO
	Enéas Medina Martines 9eneas@gmail.com Assinou	Enéas M Martines
	Michele Vieira alves michele.alves2305@gmail.com Assinou	Michele
	FERNANDO NURUKI YOSHIDA fernandoyoshida93@gmail.com Assinou	Fernando
	Leonardo Elias Silveira da Cunha leonardoescunha@hotmail.com Assinou	Leonardo
	LUCIANO BARBOSA VELAME Luciano_med@hotmail.com Assinou	Luciano

### Eventos do documento

#### 04 Oct 2020, 20:37:18

Documento número 4a5bd4d4-6ac7-416f-9adf-05799de300de **criado** por ERICO MODENUTI (Conta 44662517-a5f1-49ad-8b49-5f8f50217309). Email :contato@wintermed.com.br. - DATE\_ATOM: 2020-10-04T20:37:18-03:00

#### 04 Oct 2020, 20:41:10

Lista de assinatura **iniciada** por ERICO MODENUTI (Conta 44662517-a5f1-49ad-8b49-5f8f50217309). Email: contato@wintermed.com.br. - DATE\_ATOM: 2020-10-04T20:41:10-03:00

#### 04 Oct 2020, 21:00:24

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 99/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

ENEÁS MEDINA MARTINES **Assinou** (Conta e2b3fbe1-253d-48bc-a68c-70aa915e5203) - Email: geneas@gmail.com  
- IP: 169.57.213.98 (62.d5.39a9.ip4.static.sl-reverse.com porta: 19048) - Geolocalização: -21.677201794258643  
-50.3235912980064 - Documento de identificação informado: 098.049.118-50 - DATE\_ATOM:  
2020-10-04T21:00:24-03:00

**06 Oct 2020, 08:51:30**

LESSANDRO RODRIGUES RECHE DOS SANTOS **Assinou** - Email: LessandroReche@Dr.com - IP: 187.17.175.28  
(187.17.175.28 porta: 58588) - Documento de identificação informado: 409.171.958-92 - DATE\_ATOM:  
2020-10-06T08:51:30-03:00

**06 Oct 2020, 09:21:24**

MICHELE VIEIRA ALVES **Assinou** (Conta fc66a8a5-ceed-4bfa-9f93-beb8ca8df15c) - Email:  
michele.alves2305@gmail.com - IP: 179.156.126.16 (b39c7e10.virtua.com.br porta: 45024) - Geolocalização:  
-21.428941407683205 -50.064197819459956 - Documento de identificação informado: 421.771.428-90 -  
DATE\_ATOM: 2020-10-06T09:21:24-03:00

**07 Oct 2020, 09:55:52**

ERICO MODENUTI **Assinou** (Conta 44662517-a5f1-49ad-8b49-5f8f50217309) - Email: contato@wintermed.com.br -  
IP: 200.170.180.129 (200-170-180-129.xf-static.ctbcnetsuper.com.br porta: 29166) - Geolocalização: -22.0157113  
-47.8921573 - Documento de identificação informado: 391.396.868-76 - DATE\_ATOM: 2020-10-07T09:55:52-03:00

**09 Oct 2020, 08:49:28**

LUCIANO BARBOSA VELAME **Assinou** (Conta 81b5bc70-2940-4b7b-a050-15c592b513a9) - Email:  
Luciano\_med@hotmail.com - IP: 167.250.144.3 (167.250.144.3 porta: 51696) - Documento de identificação  
informado: 854.312.222-87 - DATE\_ATOM: 2020-10-09T08:49:28-03:00

**11 Oct 2020, 15:18:38**

LEONARDO ELIAS SILVEIRA DA CUNHA **Assinou** (Conta 5afc0b4b-9fb9-4bc2-84cc-40358930eaf4) - Email:  
leonardoescunha@hotmail.com - IP: 187.17.164.64 (187.17.164.64 porta: 58332) - Geolocalização: -21.4329798  
-50.0805076 - Documento de identificação informado: 357.904.528-84 - DATE\_ATOM: 2020-10-11T15:18:38-03:00

**12 Oct 2020, 08:18:48**

FERNANDO NURUKI YOSHIDA **Assinou** - Email: fernandoyoshida93@gmail.com - IP: 201.49.70.5  
(5.70.49.201.efit.net.br porta: 6734) - Geolocalização: -21.300901635273426 -50.35946892276048 - Documento  
de identificação informado: 410.158.998-46 - DATE\_ATOM: 2020-10-12T08:18:48-03:00

**12 Oct 2020, 14:37:52**

PATRICIA CANZANO ANTONIO **Assinou** (Conta 8248a232-8855-4f1a-aa94-46debfd2e499) - Email:  
canzanopatry1@gmail.com - IP: 179.99.39.70 (179-99-39-70.dsl.telesp.net.br porta: 43874) - Geolocalização:  
-23.412884299999998 -46.7492679 - Documento de identificação informado: 330.053.128-44 - DATE\_ATOM:  
2020-10-12T14:37:52-03:00

**14 Oct 2020, 10:54:07**

ERICO MODENUTI (Conta 44662517-a5f1-49ad-8b49-5f8f50217309). Email: contato@wintermed.com.br.  
**REMOVEU** o signatário **achillesferrari@gmail.com** - DATE\_ATOM: 2020-10-14T10:54:07-03:00

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 06/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19



4 páginas - Datas e horários baseados em Brasília, Brasil  
**Sincronizado com o NTP.br e Observatório Nacional (ON)**  
Certificado de assinaturas gerado em 14 de outubro de 2020, 11:58:43



Hash do documento original

(SHA256):943b1491a6b7604dec984e56092d4bf312596cae4714885ab5fe37dd7c474b22

(SHA512):6761a126b57081a6a9d5675e4777e333c74e3aebec46c1bed9dfea8ffbf7f27e7f7ec5c86c5ae4a77347eae65ea5548b8c1594975e55d1c78ed1362bce3378f

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

**Esse documento está assinado e certificado pela D4Sign**

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
FUNTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

Penápolis - UTI  
Winter - Gestão e Consultoria Médica

## Outubro

	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo
	28/09	29/09	30/09	01/10	02/10	03/10	04/10
<b>Diurno</b> 07:00 19:00				Antonio Gazola 119321	Paulo Mesquita 155017	Nevile Junior 106118	Marina Chiarato 160478
<b>Noturno</b> 19:00 07:00				Jimmy Montenegro 187850	Paulo Mesquita 155017	Nevile Junior 106118	Antonio Gazola 119321
	05/10	06/10	07/10	08/10	09/10	10/10	11/10
<b>Diurno</b> 07:00 19:00	Paulo Mesquita 155017	Diego Clauser 177923	Marina Chiarato 160478	Antonio Gazola 119321	Amauri Junior 119598	Antonio Gazola 119321	
<b>Noturno</b> 19:00 07:00	Paulo Mesquita 155017	Mauricio L. 74349	Mauricio L. 74349	Jimmy Montenegro 187850	Amauri Junior 119598	Antonio Gazola 119321	Antonio Gazola 119321
	12/10	13/10	14/10	15/10	16/10	17/10	18/10
<b>Diurno</b> 07:00 19:00	Paulo Mesquita 155017	Diego Clauser 177923	Marina Chiarato 160478	Antonio Gazola 119321	Paulo Mesquita 155017	Nevile Junior 106118	
<b>Noturno</b> 19:00 07:00	Mauricio L. 74349	Mauricio L. 74349	Mauricio L. 74349	Jimmy Montenegro 187850	Paulo Mesquita 155017	Nevile Junior 106118	Antonio Gazola 119321
	19/10	20/10	21/10	22/10	23/10	24/10	25/10
<b>Diurno</b> 07:00 19:00	Paulo Mesquita 155017	Diego Clauser 177923	Marina Chiarato 160478	Antonio Gazola 119321		Nevile Junior 106118	
<b>Noturno</b> 19:00 07:00	Paulo Mesquita 155017	Mauricio L. 74349	Mauricio L. 74349	Jimmy Montenegro 187850	Fabricio Almeida 133.000	Nevile Junior 106118	Antonio Gazola 119321
	26/10	27/10	28/10	29/10	30/10	31/10	01/11
<b>Diurno</b> 07:00 19:00	Paulo Mesquita 155017	Diego Clauser 177923	Marina Chiarato 160478	Antonio Gazola 119321	Amauri Junior 119598		
<b>Noturno</b> 19:00 07:00	Mauricio L. 74349	Mauricio L. 74349	Mauricio L. 74349	Jimmy Montenegro 187850	Amauri Junior 119598		
Nome	Identificação				Contato		
Nevile Junior	106118				14991184321		
Diego Clauser Marcon	177923				18981399936		
Paulo Mesquita Filho	155017				12981420005		
Amauri Pinto da Silva Junior	119598				14997766052		
Fabricio Farias Cardoso de Almeida	133.000				21998186790		
Antonio Cicero Gazola	119321				18981127302		
Mauricio Lucianelli	74349				18981064636		
Marina Henriqueta Carmona Chiarato	160478				18997913270		
Jimmy Israel Haenke Montenegro	187850				19971723513		

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 06/2020  
 FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
 PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
 HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19



Escala UTI Penápolis 10 2020.pdf

Código do documento 1642d48f-e156-4fd1-9871-4f2fee71144c



## Assinaturas

- |   |   |   |
|---|---|---|
|    | ERICO MODENUTI<br>contato@wintermed.com.br<br>Assinou                         | Erico Modenuti  |
|    | Patricia Canzano Antonio<br>canzanopatya1@gmail.com<br>Assinou                | Patricia Canzano  |
|    | Nevile Riema de Paula Junior<br>nevile@bol.com.br<br>Assinou                  |    |
|   | Diego Clauser Marçon<br>diegocmster@gmail.com<br>Assinou                      |    |
|  | PAULO FRANCISCO DE MESQUITA BARROS FILHO<br>pfmbfilho@hotmail.com<br>Assinou  |  |
|  | Amauri Pinto da Silva Junior<br>amaurimed@hotmail.com<br>Assinou              |  |
|  | Fabrizio Farias Cardoso de Almeida<br>ffcalmeida@hotmail.com<br>Assinou       | Fabrizio Farias Cardoso de Almeida  |
|  | Antonio Cicero Gazola<br>redeminipreco@live.com<br>Assinou                    | Antonio Cicero Gazola   |
|  | Mauricio Lucianelli<br>mlucianelli@terra.com.br<br>Assinou                    |  |
|  | Marina Henriqueta Carmona Chiarato<br>marinahenriqueta@outlook.com<br>Assinou |  |

## Eventos do documento

**05 Oct 2020, 09:45:59**

Documento número 1642d48f-e156-4fd1-9871-4f2fee71144c **criado** por ERICO MODENUTI (Conta 44662517-a5f1-49ad-8b49-5f8f50217309). Email :contato@wintermed.com.br. - DATE\_ATOM: 2020-10-05T09:45:59-03:00

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 90/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

**05 Oct 2020, 10:36:13**

Lista de assinatura **iniciada** por ERICO MODENUTI (Conta 44662517-a5f1-49ad-8b49-5f8f50217309). Email: contato@wintermed.com.br. - DATE\_ATOM: 2020-10-05T10:36:13-03:00

**05 Oct 2020, 10:39:43**

AMAURI PINTO DA SILVA JUNIOR **Assinou** (Conta 7ca68983-06f1-4579-9dfd-5feef33bd45b) - Email: amaurimed@hotmail.com - IP: 187.120.159.77 (77.159.120.187.eft.net.br porta: 54036) - Documento de identificação informado: 214.678.918-27 - DATE\_ATOM: 2020-10-05T10:39:43-03:00

**07 Oct 2020, 09:55:58**

ERICO MODENUTI **Assinou** (Conta 44662517-a5f1-49ad-8b49-5f8f50217309) - Email: contato@wintermed.com.br - IP: 200.170.180.129 (200-170-180-129.xf-static.ctbcnetsuper.com.br porta: 29176) - Geolocalização: -22.0157113 -47.8921573 - Documento de identificação informado: 391.396.868-76 - DATE\_ATOM: 2020-10-07T09:55:58-03:00

**08 Oct 2020, 08:19:51**

FABRÍCIO FARIAS CARDOSO DE ALMEIDA **Assinou** (Conta 2828bef2-fb36-4e88-88aa-36d1418a4d55) - Email: ffc Almeida@hotmail.com - IP: 177.129.255.90 (r-90.255.129.177.in-addr.arpa.maxcomm.com.br porta: 8060) - Documento de identificação informado: 077.088.477-61 - DATE\_ATOM: 2020-10-08T08:19:51-03:00

**11 Oct 2020, 14:46:48**

MAURICIO LUCIANELLI **Assinou** - Email: mlucianelli@terra.com.br - IP: 177.185.174.79 (177-185-174-79.pliscabo.com.br porta: 7326) - Geolocalização: -21.4312706 -50.0744883 - Documento de identificação informado: 057.029.348-06 - DATE\_ATOM: 2020-10-11T14:46:48-03:00

**12 Oct 2020, 10:16:12**

DIEGO CLAUSER MARÇON **Assinou** (Conta 25bba52d-058f-46ca-88b9-12cd635e3bdd) - Email: diegocmster@gmail.com - IP: 177.8.163.98 (177.8.163.98 porta: 40406) - Geolocalização: -23.4730804 -47.4236819 - Documento de identificação informado: 036.916.981-66 - DATE\_ATOM: 2020-10-12T10:16:12-03:00

**12 Oct 2020, 14:37:52**

PATRICIA CANZANO ANTONIO **Assinou** (Conta 8248a232-8855-4f1a-aa94-46debfd2e499) - Email: canzanopat1@gmail.com - IP: 179.99.39.70 (179-99-39-70.dsl.telesp.net.br porta: 43874) - Geolocalização: -23.412884299999998 -46.7492679 - Documento de identificação informado: 330.053.128-44 - DATE\_ATOM: 2020-10-12T14:37:52-03:00

**13 Oct 2020, 12:49:17**

ANTONIO CICERO GAZOLA **Assinou** - Email: redeminipreco@live.com - IP: 177.129.250.255 (r-255.250.129.177.in-addr.arpa.maxcomm.com.br porta: 52476) - Geolocalização: -21.4230836 -50.0716706 - Documento de identificação informado: 067.261.658-03 - DATE\_ATOM: 2020-10-13T12:49:17-03:00

**14 Oct 2020, 10:56:41**

**ASSINATURA PRESENCIAL** - NEVILE RIEMA DE PAULA JUNIOR **Assinou** (Conta 29d87ee2-ffbf-496d-9703-f14bd64b7b76) - Email: nevile@bol.com.br (não verificado) - IP: 179.113.51.138 (179-113-51-138.user.vivozap.com.br porta: 1540) - Geolocalização: -23.4863243 -46.6964228 - Documento de identificação informado: 273.468.738-07 - DATE\_ATOM: 2020-10-14T10:56:41-03:00

**14 Oct 2020, 11:12:58**

**ASSINATURA PRESENCIAL** - PAULO FRANCISCO DE MESQUITA BARROS FILHO **Assinou** (Conta 3121eed8-c7e5-4d80-9632-0b41013f3831) - Email: pfmbfilho@hotmail.com (não verificado) - IP: 179.113.51.138 (179-113-51-138.user.vivozap.com.br porta: 15754) - Geolocalização: -23.4855731 -46.6953059 - Documento de identificação informado: 220.571.438-48 - DATE\_ATOM: 2020-10-14T11:12:58-03:00

**14 Oct 2020, 11:20:37**

**ASSINATURA PRESENCIAL** - MARINA HENRIQUETA CARMONA CHIARATO **Assinou** (Conta f8fed77b-0ec8-4199-8403-454a529c1c69) - Email: marinahenriqueta@outlook.com (não verificado) - IP: 179.113.51.138 (179-113-51-138.user.vivozap.com.br porta: 22600) - Geolocalização: -23.4856266 -46.6954747 - Documento de identificação informado: 381.274.308-62 - DATE\_ATOM: 2020-10-14T11:20:37-03:00

**14 Oct 2020, 11:21:08**

ERICO MODENUTI (Conta 44662517-a5f1-49ad-8b49-5f8f50217309). Email: contato@wintermed.com.br.  
**REMOVEU** o signatário **drjimyaenke@gmail.com** - DATE\_ATOM: 2020-10-14T11:21:08-03:00

Hash do documento original

(SHA256):6458a09371ca7e8523f9749e4792d934e8f7e77b63ec31def2e88e31036f5d57  
(SHA512):8b2ff1e00a598a513b3e05500a5a333bac8598a304d2225ee3808e886596ed0b4f9c5adf04c3f2d3c5e90b72f9b1249a05929fb443b60b9460f5497c3693f146

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

**Esse documento está assinado e certificado pela D4Sign**

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENAPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

Empresa: Associação Hospitalar Beneficente do Brasil  
 CNPJ: 45.349.461-0001-02  
 Período: 01/09/2020 a 30/09/2020  
 Convênio: HOSPITAL CAMPANHA - COVID 19 - Penapólis

Nº	INDICADOR	DESCRIÇÃO	META UTI	META UTI REALIZADA	JUSTIFICATIVA	PROPOSTA DE AÇÃO
<b>INDICADORES DE QUALIDADE DE DESEMPENHO</b>						
	Taxa de ocupação - Enfermaria	É a relação entre o nº de pacientes dia e o nº total de leitos-dia	90%	57,80%	Devido o Hospital de Campanha ser referência no tratamento de Covid19, atendemos todos os casos regulados via CROSS ou ligação aceitos pelo médico de plantão	Atingir a meta estabelecida no plano de trabalho, realizado o conserto e adequação do compressão.
	Taxa de ocupação - UTI	É a relação entre o nº de pacientes dia e o nº total de leitos-dia	90%	52,66%	Devido o Hospital de Campanha ser referência no tratamento de Covid19, atendemos todos os casos regulados via CROSS ou ligação aceitos pelo médico de plantão	Atingir a meta estabelecida no plano de trabalho, realizado o conserto e adequação do compressão.
	Média de Permanência UTI		15 dias	9	OK	
	Média de Permanência Enfermaria		07 dias	13	OK	
	Estudo da satisfação dos clientes e/ou família relacionado à assistência UTI e Enfermaria		90%	90%	OK	
	Reclamação na ouvidoria UTI e Enfermaria		< 1%	0%	UMA RECLAMAÇÃO RESPONDIDA POR OFÍCIO	
	Incidência de queda do paciente UTI		0%	0%	OK	
	Incidência de queda do paciente Enfermaria		<2%	0%	OK	
	Saídas não planejadas de sondas/tubos/drenos UTI e Enfermaria		Máximo 1,78%	0,42%	OK	
	Incidência de perda de cateter venoso central UTI		0,20%	0%	OK	
	Incidência de perda de cateter venoso inserção periférica UTI		0,20%	0,11%	OK	
	Extubação não planejada		0,51%	0,18%	OK	
	Incidência de flebite		0,24%	0%	OK	
	Incidência de erros de medicação		< 0,5%	0%	OK	
	Evolução no prontuário do paciente UTI e Enfermaria		100%	100%	OK	
	Saída da UTI		18	9	Devido o Hospital de Campanha ser referência no tratamento de Covid19, atendemos todos os casos regulados via CROSS ou ligação aceitos pelo médico de plantão	Liberar 100% dos leitos com suporte ventilatório conforme RDC 7.
	Saída da Enfermaria		70	51	Devido o Hospital de Campanha ser referência no tratamento de Covid19, atendemos todos os casos regulados via CROSS ou ligação aceitos pelo médico de plantão	Liberar 100% dos leitos com suporte ventilatório conforme RDC 7.
	Paciente/dia UTI		274	158	Devido instabilidade da rede de gases supra citado, liberado somente 60% da taxa de ocupação.	Liberar 100% dos leitos com suporte ventilatório conforme RDC 7.
	Paciente/dia Enfermaria		492	289	Devido o Hospital de Campanha ser referência no tratamento de Covid19, atendemos todos os casos regulados via CROSS ou ligação aceitos pelo médico de plantão	Liberar 100% dos leitos com suporte ventilatório conforme RDC 7.
	Taxa de mortalidade na UTI e Enfermaria		15%	14%	OK	
	Taxa de Reinternação em 24horas – UTI		< 1%	0%	OK	
	Pneumonia associada à ventilação		7,40%	3,16%	OK	
	Densidade de incidência de Infecção do Trato Urinário relacionado a CVD UTI		1,93%	1,90%	OK	
	Densidade de incidência de Infecção por Corrente Sanguínea IPCS UTI		2,80%	0,48	OK	
	Incidência de Lesão por pressão (LPP)		0,71%	0,19%	OK	
	Taxa de utilização de ventilação mecânica UTI		Mínimo 35,83%	31,20%	OK	
	Taxa de utilização de Cateter Venoso Central CVC UTI		maximo 53,64%	35,16%	OK	

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
 FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
 PREFEITURA MUNICIPAL DE PENAPÓLIS  
 HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

## Relatório de Desempenho mês de Agosto de 2020

Período compreendido: 01/08/2020 a 31/08/2020

Responsável pelo relatório:

Dr André Luis Gomes – Diretor Médico das Unidades de Terapia Intensiva

Origem dos dados: Epimed Monitor® 

Indicadores de Interesse da SES	Metas	Resultado Obtido	Justificativa
Duração média da internação (dias)	8 dias	8,08 dias	
Taxa de ocupação (%)	> 90%	62,58 %	Livre demanda. Otimizando o link com a central de regulação para otimização das admissões.
Reinternação < 24 horas	0	0	
Taxa de evolução de prontuário (%)	100%	100%	
Taxa de Satisfação	< 10 reclamações	0 reclamações	
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%	15,4%	Sendo realizado treinamento e ação corretiva. Solicitado material para prevenção de lesão. Solicitado relatório de pacientes restritos a mudança de decúbito e fatores que contribuem para a instalação.
Densidade de incidência de PAV (nº eventos/1000 dias de VM)	17%o	10,3	Realizado implantação do Bundle de PAV – fisioterapia e enfermagem
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	

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

**Definições dos cálculos utilizados nas metas**

Tempo de Permanência	$N \text{ pacientes-dia} / \text{total de saídas}$
PAV	$(N \text{ de PAV} / \text{total de pacientes-dia em Vent. Mec.}) \times 1000$
ITU associado a CVD	$(N \text{ de ITU-CVD} / \text{total pacientes-dia com CVD}) \times 1000$
Infecção corrente sanguínea	$(N \text{ de infecções CS} / \text{total pacientes-dia com CVC}) \times 1000$
Lesão por pressão	$(N \text{ de LPP adquirida na UTI} / \text{total pacientes-dia}) \times 1000$
Taxa de ocupação	$(N \text{ de pacientes-dia} / N \text{ de leitos-dia})$
Índice de queda	$(N \text{ de quedas} / \text{total pacientes-dia}) \times 100$

Indicadores de Interesse da AHBB	Metas	Resultado Obtido
Total de Internações no Período (n)	30	29 Livre demanda.
Internações Novas (n)	25	22 Livre demanda.
Número total de saídas (alta+óbito) (n)	25	24 Livre demanda.
Reinternações na unidade < 24hs (n)	< 1%	0
Número de pacientes-dia (n)	150	194
Taxa de ocupação (%)	80%	62,58 % Otimização do link com a central de regulação.
Duração média da internação (dias)	<10 dias	8,08 dias
Escore gravidade (SAPS 3) (pontos)	-	49,46
Mortalidade esperada de acordo com SAPS 3 - Am. Latina(%)	-	26,07 %
Mortalidade Absoluta (nº óbitos)	-	15
Mortalidade Observada (%)	-	62,50 %
SMR (mortalidade observada/mortalidade esperada)	< 0,8	2,40 Otimização dos treinamentos dos protocolos assistenciais e rotina beira leito. Checklist ativos e com ações corretivas.
Taxa de Infecção Hospitalar	6%	0
Densidade de incidência de PAV (nº eventos/1000 dias de VM)	6‰	10,3% Realizado implantação do Bundle de PAV – fisioterapia e enfermagem
Taxa de utilização de VM (%)	-	45,36 %
Densidade de infecção primária da corrente sanguínea (nº de eventos/1000 cateter dia)	6,1%	0
Taxa de utilização de cateter central (%)	-	27,84 %
Densidade de incidência de ITU em SVD (nº de eventos/1000 cateter dia)	4,88%	0
Incidência de Úlcera de Pressão (nº de UPP / nº pacientes-dia) (%)	0,5%	15,4% Sendo realizado treinamento e ação corretiva. Solicitado material para prevenção de lesão. Solicitado relatório de pacientes restritos a mudança de decúbito e fatores que contribuem para a instalação.
Densidade de incidência de Quedas	0	0

(n° de eventos/n° pacientes-dia) (%)		
Taxa de evolução de prontuário (%)	100%	100%
Taxa de Satisfação	< 10 reclamações	0

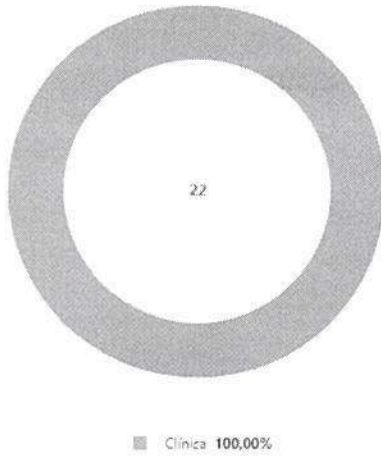
CASA

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
 FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
 PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
 HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19



## Gráficos do Mês de Agosto/2020

### Tipos e Razões da Internação

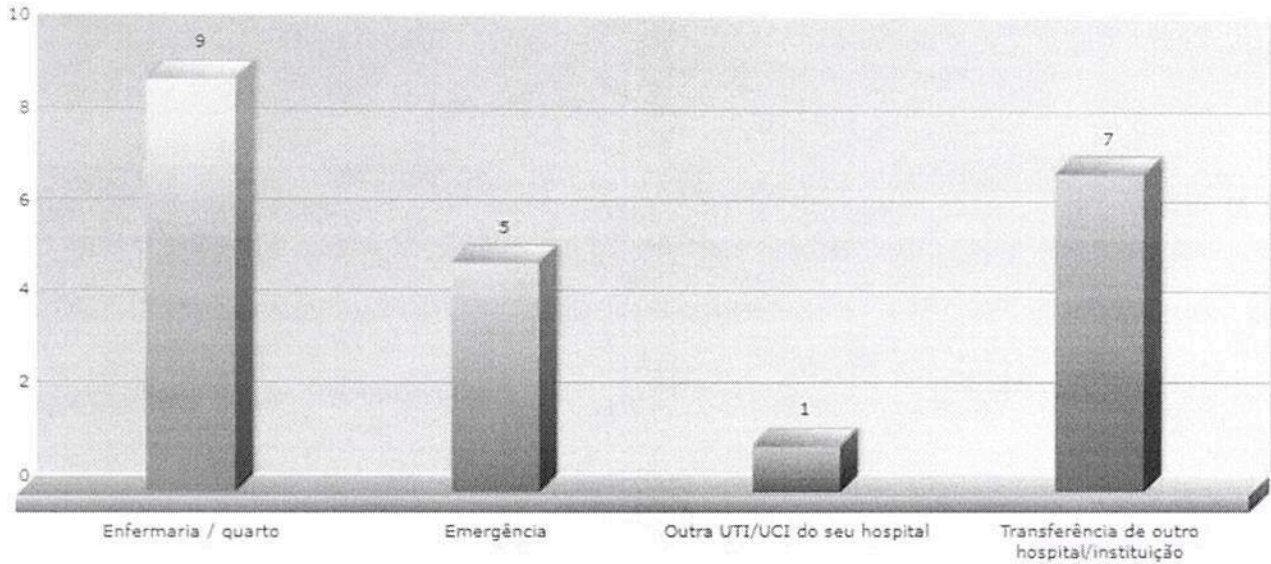


---

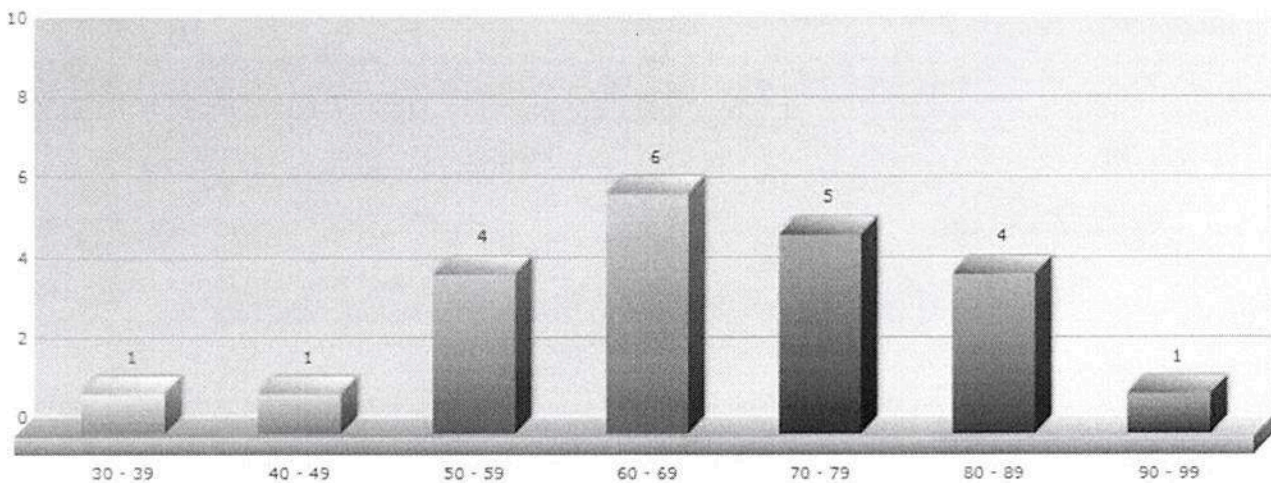
### Reinternações na Unidade



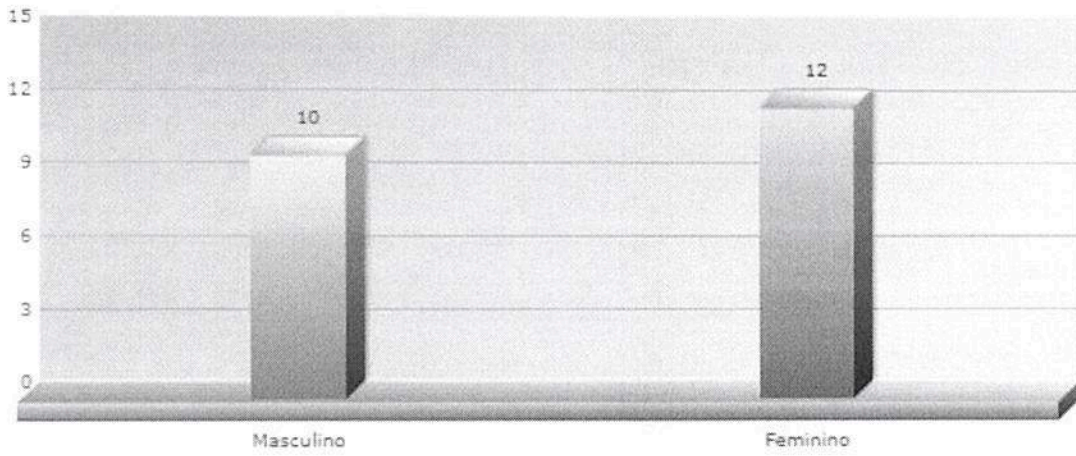
## Origem da Internação



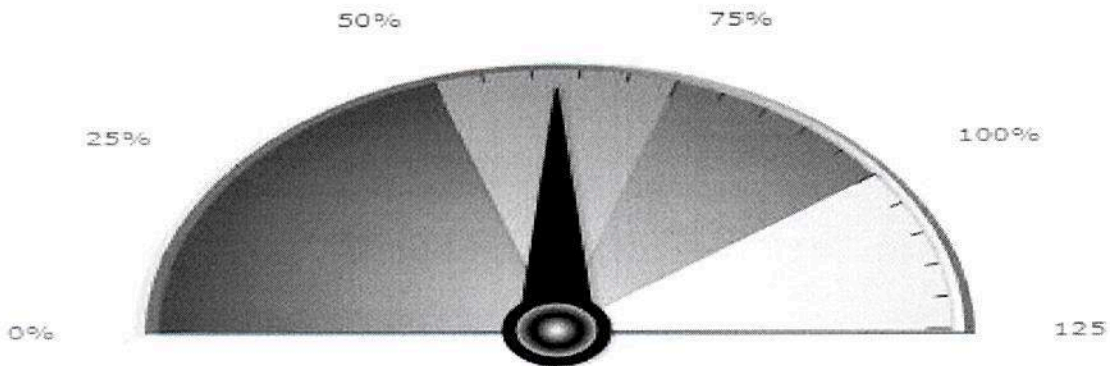
## Idade – Histograma



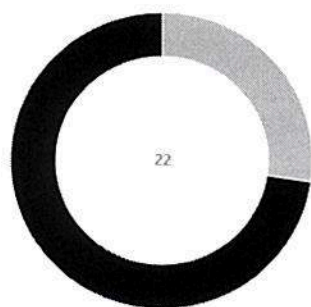
## Sexo



## Taxa de Ocupação

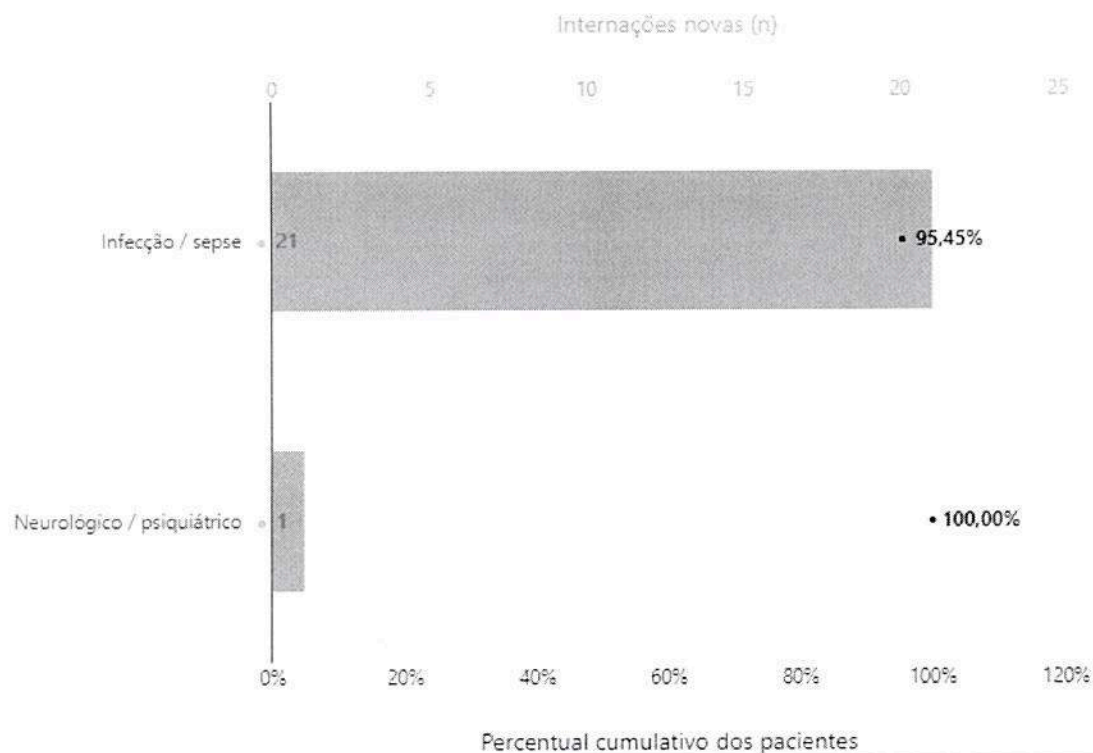


## Gravidade da Internação – Escore Saps 3

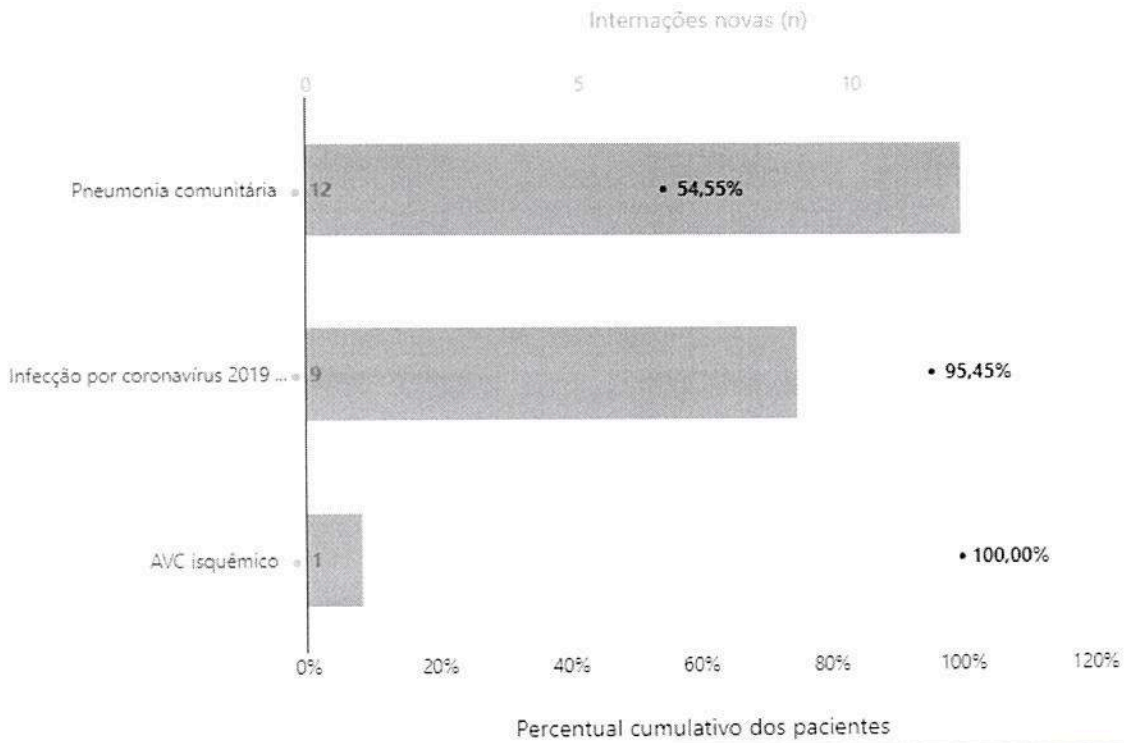


■ Intermediário 27,27%  
■ Alto 72,73%

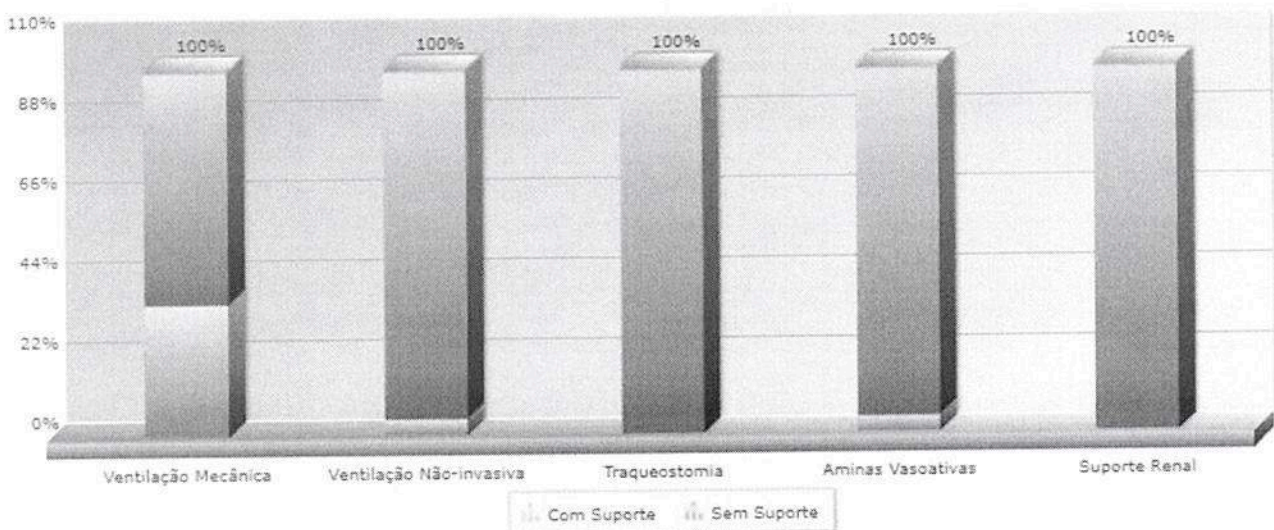
## CATEGORIAS DIAGNÓSTICAS



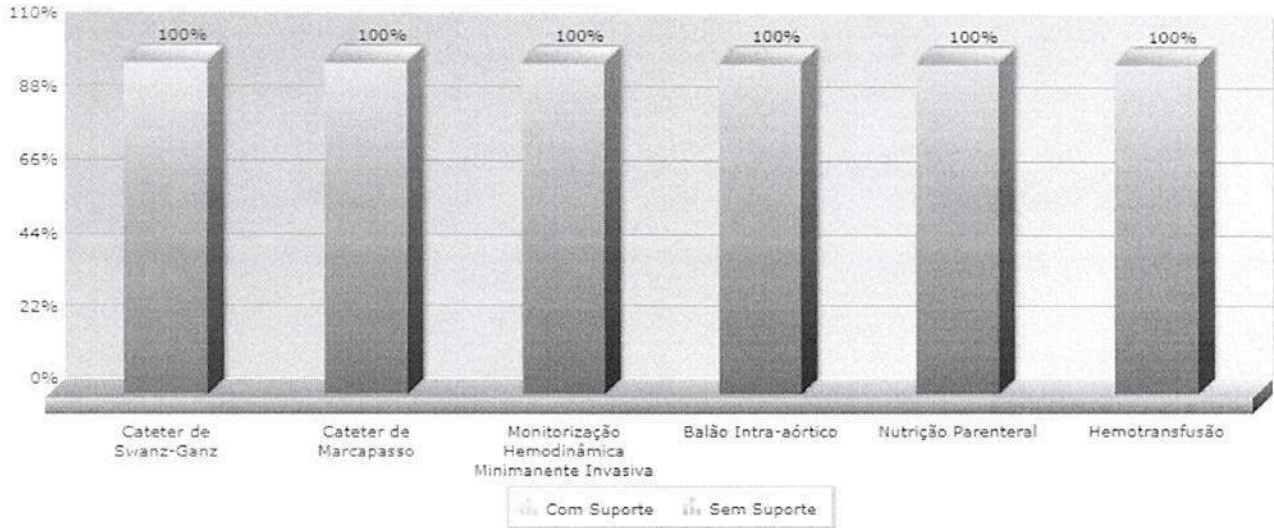
**DIAGNÓSTICOS PRINCIPAIS**



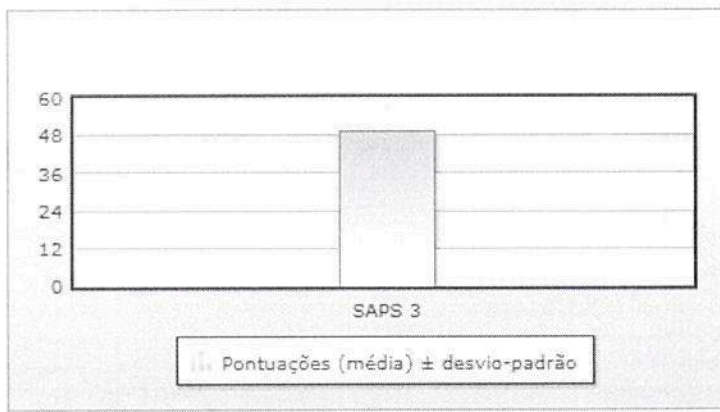
**MEDIDAS DE SUPORTE INVASIVO I**



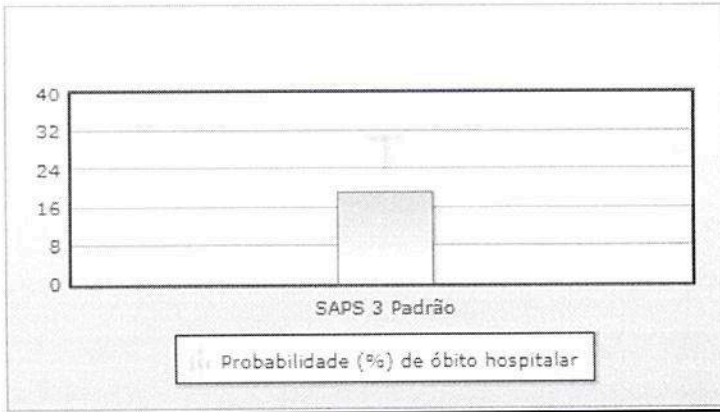
**MEDIDAS DE SUPORTE INVASIVO II**



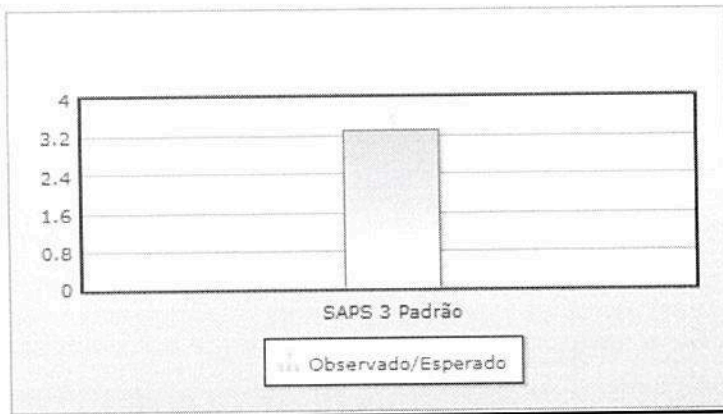
**SCORES DE PROGNÓSTICO – PONTUAÇÕES**



**SCORES DE PROGNÓSTICOS – PROBABILIDADE DE ÓBITO**



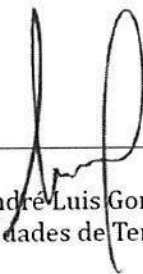
**SCORES DE PROGNÓSTICOS – TAXA DE MORTALIDADE PADRONIZADA PARA CADA SCORE**



**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, pode apresentar discrepâncias discretas dos valores obtidos através do NI. Para demonstrar a veracidade dos dados, segue em anexo o relatório em PDF emitido pela Epimed.

Sem outro assunto por hora, subscrevemo-nos com muita estima.



---

Dr André Luis Gomes  
Diretor Médico das Unidades de Terapia Intensiva



**Relatório de Desempenho do início das Atividades da**  
**Unidade de Enfermaria do Hospital Campanha AHBB**  
**Gestão em Saúde Agosto 2020**

**Período compreendido: 01/08/2020 a 31/08/2020**

**Responsável pelo relatório: Danilo Zanette e Elizandra Sanches Alves**

**1. Relatório descritivo Unidade Enfermaria**

Considerando o início das atividades na unidade de enfermaria do Hospital Campanha no dia 22/05/2020, achamos válido descrever a dinâmica de trabalho a partir de então, sempre potencializando o objetivo comum que é fazer saúde e mais que isso, salvar vidas.

A estrutura hospitalar é composta por vinte leitos de enfermaria e dez leitos de terapia intensiva devidamente equipada para atender o usuário internado. Dispomos de equipe multidisciplinar devidamente treinada e capacitada a ofertar o atendimento humanizado diante do enfrentamento do atual cenário pandêmico

Realizado processo seletivo buscando profissionais qualificados e para dispensar assistência adequada a clientela específica, após recrutamento iniciado treinamento entre todas as equipes multidisciplinares.

Realizada integração da equipe focando nas boas práticas da assistência segura, abordado os estágios de severidade e tratamento para COVID 19, enfatizando a importância do preenchimento adequado do Check list (onde a origem deverá preencher este check list para encaminhar o paciente) com treinamento de paramentação e desparamentação, realizado treinamento da equipe de higienização.

Foram realizadas reuniões pontuais com as lideranças, com escuta ativa/educação permanente e inclusão de rotinas assistenciais, adequado fluxos de lavanderia, serviço de nutrição, segurança predial, investido em treinamento em loco para as equipe assistenciais focando na melhoria da assistência prestada com foco nos indicadores observados.

Foi realizado um evento com marco do início do projeto Cuidando de Quem Cuida, o projeto tem como objetivo realizar uma atenção especial aos profissionais da saúde que

desempenham o trabalho de dedicação, comprometimento, amor, carinho, e humanização com os paciente que foi encaminhado para o Hospital Campanha Covid Centro Reg dos Consórcios, realizar atividades na qual o colaboradores possa aliviar os Stress e tensão do trabalho com atendimento de uma profissional em psicologia.

A Representante da Vigilância Estadual de Saúde compareceu ao Hospital de Campanha para visitar e concluir relatório ao estado sobre os equipamentos disposto na Unidade, a visita com troca de conhecimentos, foi enriquecedora, onde aprendemos ver com os olhos do órgão fiscalizador.

Realizado a visita para manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos hospitalares da empresa de engenharia clínica ECQ, foi identificado problemas com os aspiradores dois dos três foram levados para melhor análise do problema.

A montagem e implantação de três leitos semi-intensivos de suporte ventilatório, todos completos com um monitor cardíaco por leito, com os componentes de curva cardíaca, braçadeira de aferição de pressão e oxímetro de dedo, quatro bombas de infusão por leito, cama elétricas, respirados completo, um ventilador de transporte, todos em plenos funcionamento.

Visita com intuito de fiscalizador do CREMESP, representado pelo Delegado Dr Orávio, o mesmo realizou perguntas sobre, treinamentos de colaboradores, equipamentos, composição da equipe multidisciplinar, realizou visita nos setores de enfermaria e UTI, outra visita surpresa com muita troca de experiências profissionais e testemunhos de situações vividas.

A formalização do contrato com a empresa de esterilização de traqueias, cotovelos, Ts, e outros componentes condutores de ar para o funcionamento dos ventiladores mecânicos, realizado empenho, entrega e recebimento de materiais.

Iniciou no mês de agosto o Momento de Espiritualidade, onde recebemos todas as sexta feiras um membro de ordem religiosa para oração, reflexão, meditação e apoio espiritual aos colaboradores do Hospital Campanha.

Dando continuidade aos projetos de sucesso é realizado todos os dias as vídeos chamadas dos pacientes para com suas famílias, onde é um momento de muita emoção e alegria onde o conforto dos familiares é evidente ao ver seu ente querido.

## 2. Metas Quantitativas da Unidade de Enfermaria

Índices Previstos no Contrato		Índices Obtidos
Leitos Disponíveis	20	
Tempo de permanência	15 dias	11 dias
Taxa de Ocupação	90%	60%

### 3. Metas Qualitativas Unidade ENFERMARIA

Índices Previstos no Contrato		Índices Obtidos
Pacientes/dia	540	542
Satisfação dos clientes e/ou família relacionado à assistência	90%	90%
Reclamações na Ouvidoria	< 1%	0,00
Prontuários Evoluídos	100%	100%
Perda de Sondas/ Drenos	1,75%	0,00%
Perda de AVP	0,20%	0,11%
Perda de CVC	0,20%	0,00
Índice de Ulcera de Pressão	0,00	0,,19
Extubação acidental	0,51%	0,00
Índice de Flebite	0,24%	0,00
Não conformidade de medicação	<0,5%	0,00
Índice de queda do paciente	0,51%	0,00
Alta da unidade	30	51
Taxa de mortalidade	15%	9%
Taxa de reinternação em 24 horas	<1%	0,00

**Análise descritiva dos resultados:** Em relação aos óbitos ocorridos na unidade foi verificado que 90% dos pacientes admitidos no hospital campanha estão enquadrados no grupo de risco citados pela OMS.

*Finalizamos o presente relatório afirmando que a equipe selecionada para o cuidado a ser prestado ao paciente suspeito ou confirmado COVID 19 permanece empenhada em desenvolver uma assistência qualificada e humanizada.*

Atenciosamente,

São Paulo, 16 de setembro de 2020.

**Danilo Zanette**  
Responsável Técnico de enfermagem – AHBB

**Elizandra Sanches Alves**  
Gerente Assistencial Regional – AHBB

Penápolis, 21 de Setembro de 2020.

-  
**OFÍCIO Nº: 003/2020**

<b>CONTRATANTE</b>	<b>PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS</b>
<b>PROCESSO:</b>	<b>96/2020</b>
<b>PROJETO:</b>	<b>HOSPITAL CAMPANHA</b>
<b>EXERCÍCIO:</b>	<b>AGOSTO/2020</b>

**PRESTAÇÃO DE CONTAS ASSISTENCIAL AGOSTO/2020**

A **Associação Hospitalar Beneficente do Brasil**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob nº 45.349.461/0007-02 em cumprimento ao estabelecido no Processo nº 96/2020, firmado entre o município de Penápolis, com o compromisso entre as partes para gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde no **HOSPITAL DE CAMPANHA DE PENÁPOLIS**, vem respeitosamente encaminhar a Prestação de Contas Assistencial.

No ensejo, reitero votos de estima e considerações.

**Atenciosamente**

---

Abel José Costa  
Diretor Técnico

Excelentíssimo Senhor,  
**Wilson Carlos Braz**  
Secretário Municipal de Saúde de Penápolis

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
FUNTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

# RELATÓRIO ASSISTENCIAL

**AGOSTO/2020**

*HOSPITAL CAMPANHA  
PROCESSO: N° 96/2020  
PENÁPOLIS-SP*

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO N° 96/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

## Sumário

1. INTRODUÇÃO .....	4
RECURSOS HUMANOS .....	5
Previstos e Contratados. ....	5
1.1. Pessoa Jurídica: .....	6
2. LEITOS .....	6
3. ACOLHIMENTO: .....	6
4. SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO – S.A.U .....	7
4.1 Tipos de Serviços /Atendimentos Realizados (satisfação do usuário):.....	7
4.2 Demonstrativos em gráfico .....	7
5. METAS .....	8
6. EDUCAÇÃO PERMANENTE .....	9
7. ALIMENTAÇÃO .....	12
8. CONTRATOS TERCEIROS.....	12
9. CONCLUSÃO FINAL .....	13

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

## **1. INTRODUÇÃO**

Este Relatório de Gestão e Execução de Ações – Metas Qualitativas/Quantitativas, é um mecanismo de acompanhamento e avaliação dos serviços complementares de saúde, Hospital de Campanha de Penápolis – 24h, no Município de Penápolis/SP – Conforme Processo Nº **96/2020**. Visa demonstrar o desempenho das atividades previstas e realizadas, de 01 de Agosto de 2020 a 31 de Agosto de 2020 a fim de permitir verificar os resultados e metas consolidadas.

Em cumprimento das metas para vigência do Projeto de lei acima citado, considera relevante a demonstração dos resultados obtidos para total transparência, visando sempre à qualidade dos serviços contratados.

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19



**RECURSOS HUMANOS**

Previstos e Contratados.

CATEGORIA PREVISTA NO PLANO	QUANTIDADE PREVISTA NO PLANO	CONTRATADOS	JULHO/2020		
			DEMISSÃO	CONTRAT. NO MÊS	TOTAL
Auxiliares Administrativos	2	2	-	-	-
Enfermeiro RT*	1	1	-	-	-
Enfermeiros	10	10	-	-	-
Técnicos/Auxiliares de Enfermagem	46	43	6	3	40
Recepcionista	6	6	-	-	-
Farmacêutico	1	1	-	-	-
Auxiliares de Farmácia	5	5	-	-	-
Assistente Social	1	1	-	-	-
Assistente de RH	1	0		1	1
<b>TOTAL</b>	<b>72</b>	<b>69</b>	<b>6</b>	<b>4</b>	<b>67</b>

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

**COVID-19**

**1.1. Pessoa Jurídica:**

<b>Categoria Prevista</b>	<b>Contratado</b>
<b>Plantões UTI</b>	Médico Clínico Geral – 2 por Plantão – Diurno / Noturno
<b>Plantões Enfermaria</b>	Médico Clínico Geral – 2 por Plantão – Diurno / Noturno
<b>Diarista UTI</b>	Carga horária mensal 180 hrs
<b>Diarista Enfermaria</b>	Carga horária mensal 180 hrs
<b>Diretor Técnico</b>	Abel José da Costa
<b>Médico Coordenador</b>	Alexandre Damo

**2. LEITOS**

O Hospital Campanha de Penápolis dispõe de 20 leitos de Enfermaria e 10 leitos de U.T.I

<b>TAXA DE OCUPAÇÃO DE LEITOS ENFERMARIA</b>		
<b>MÉDIA MENSAL PACTUADO</b>	<b>Nº DE PACIENTE/DIA</b>	<b>TAXA DE OCUPAÇÃO</b>
810	350	58,90%

<b>TAXA DE OCUPAÇÃO DE LEITOS U.T.I</b>		
<b>MÉDIA MENSAL PACTUADO</b>	<b>Nº DE PACIENTE/DIA</b>	<b>TAXA DE OCUPAÇÃO</b>
270	192	61,29%

**3. ACOLHIMENTO:**

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

#### 4. SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO – S.A.U

##### 4.1 Tipos de Serviços /Atendimentos Realizados (satisfação do usuário):

Com o objetivo de avaliar o atendimento e a satisfação dos pacientes quanto à qualidade do serviço prestado, o Hospital de Campanha de Penápolis - AHBB Gestão em Saúde, implantou a pesquisa de satisfação que é realizada pelo paciente no momento da alta.

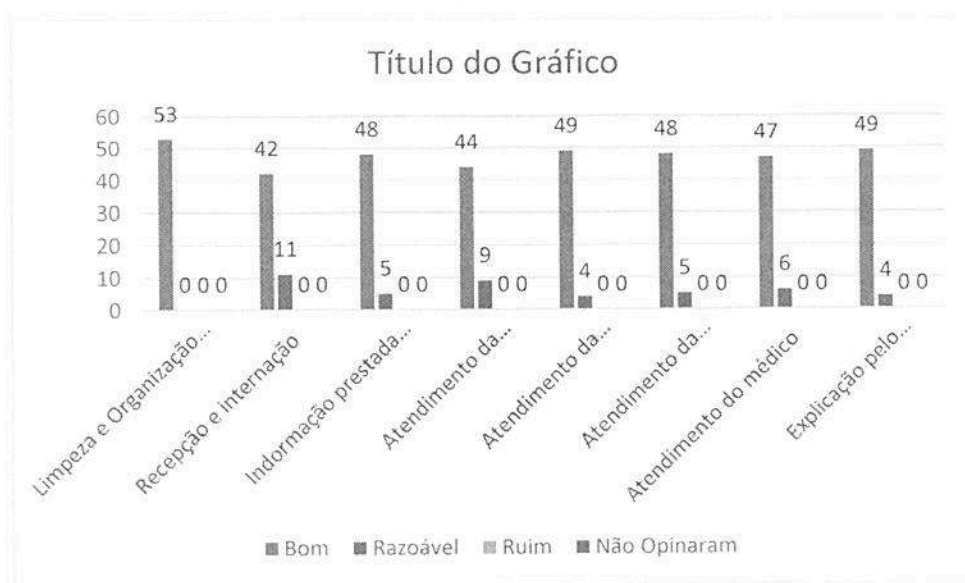
##### 4.2 Demonstrativos em gráfico

Com o intuito de analisar os pontos fortes e fracos no andamento do projeto no Hospital Campanha de Penápolis, seguem abaixo os gráficos relacionados à pesquisa de satisfação realizada no mês de Agosto, somando um total de 67 pesquisas espontâneas.

PERCEBENDO OS SERVIÇOS DE SAÚDE					
Descrição	AGOSTO (N = 67)				TOTAL
	Bom	Razoável	Ruim	Não Opinaram	
1 – Limpeza e Organização	53	0	0	0	
2 – Recepção e Internação	42	11	0	0	
3 - Informações prestada pela recepção por telefone	48	5	0	0	
4 – Atendimento da Psicóloga	44	9	0	0	
5 – Atendimento da Assistente Social	49	4	0	0	
6 - Atendimento Equipe Médica	47	6	0	0	
7 - Atendimento Equipe de Enfermagem	48	5	0	0	
8 – Explicação pelo médico, sobre a doença, tratamento que será realizado	49	4	0	0	
<b>TOTAL</b>	<b>380</b>	<b>44</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
 FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
 PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
 HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

**COVID-19**



Nota Geral do Hospital Campanha	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Não Opinaram	Total
<b>AGOSTO</b>	0	0	0	0	0	0	0	0	6	9	38	0	53

### 4.3 OUVIDORIA

#### 4.3.1 Apontamentos

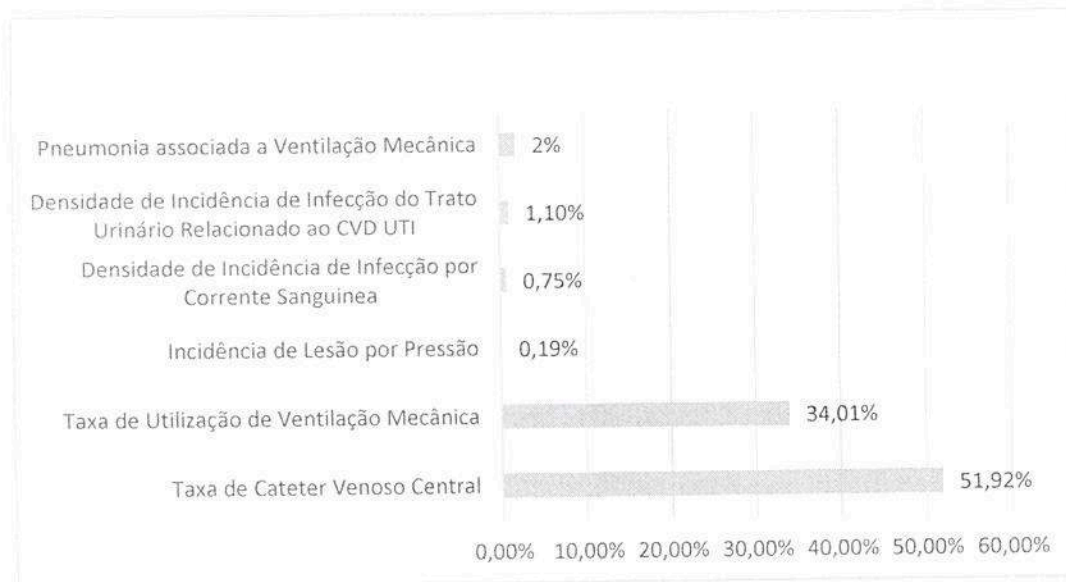
Não houve reclamações registradas na ouvidoria no Mês de Agosto/2020.

### 5. METAS

Metas	Pactuadas (Mensal)	REALIZADO AGOSTO
<b>Pneumonia associada à ventilação</b>	7,40%	2,00%
<b>Densidade de incidência de Infecção do Trato Urinário relacionado a CVD UTI</b>	1,93%	1,1%
<b>Densidade de incidência de Infecção por Corrente Sanguínea IPCS UTI</b>	2,80%	0,75%

<b>Incidência de Lesão por pressão (LPP)</b>	0,71%	0,19%
<b>Taxa de utilização de ventilação mecânica UTI</b>	35,83%	34,01%
<b>Taxa de utilização de Cateter Venoso Central CVC UTI</b>	53,64%	51,92%

**Gráfico - Metas Realizadas no mês de Agosto/2020**



## 6. EDUCAÇÃO PERMANENTE

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
**HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19**

### ATIVIDADES REALIZADAS

Data	Equipe	Assunto Treinamento	Ministrado por
14/08/2020	ENFERMAGEM	PREVENÇÃO DE ESTUBAÇÃO ACIDENTAL	MAIRA

PROCEDIMENTOS	META PACTUADA	REALIZADO JULHO
Taxa de ocupação Hospitalar UTI	90%	61,29%
Taxa de ocupação Hospitalar Enfermaria	90%	51,39%
Média de Permanência UTI	15 dias	11 dias
Média de Permanência Enfermaria	07 dias	9
Estudo da satisfação dos clientes e/ou família relacionado à assistência UTI e Enfermaria	90%	92%
Reclamação na ouvidoria UTI e Enfermaria	< 1%	0
Incidência de queda do paciente UTI	0%	0
Incidência de queda do paciente Enfermaria	<2%	0
Saídas não planejadas de sondas/tubos/drenos UTI e Enfermaria	1,78%	0,1%
Incidência de perda de cateter venoso central UTI	0,20%	0,11%
Incidência de perda de cateter venoso inserção periférica UTI	0,20%	0,07%
Extubação não planejada	0,51%	0
Incidência de flebite	0,24%	0
Incidência de erros de medicação	< 0,5%	0
Evolução no prontuário do paciente UTI e Enfermaria	100%	100%
Saída da UTI	18	7
Saída da Enfermaria	70	51

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
 FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
 PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
 HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

<b>Paciente/dia UTI</b>	274	192
<b>Paciente/dia Enfermaria</b>	492	350
<b>Taxa de mortalidade na UTI e Enfermaria</b>	15%	9%
<b>Taxa de Reinternação em 24horas – UTI</b>	< 1%	0
<b>PROCEDIMENTOS</b>	<b>META PACTUADA</b>	<b>REALIZADO JULHO</b>
<b>Taxa de ocupação Hospitalar UTI</b>	90%	61,29%
<b>Taxa de ocupação Hospitalar Enfermaria</b>	90%	51,39%
<b>Média de Permanência UTI</b>	15 dias	11 dias
<b>Média de Permanência Enfermaria</b>	07 dias	9
<b>Estudo da satisfação dos clientes e/ou família relacionado à assistência UTI e Enfermaria</b>	90%	92%
<b>Reclamação na ouvidoria UTI e Enfermaria</b>	< 1%	0
<b>Incidência de queda do paciente UTI</b>	0%	0
<b>Incidência de queda do paciente Enfermaria</b>	<2%	0
<b>Saídas não planejadas de sondas/tubos/drenos UTI e Enfermaria</b>	1,78%	0,1%
<b>Incidência de perda de cateter venoso central UTI</b>	0,20%	0,11%
<b>Incidência de perda de cateter venoso inserção periférica UTI</b>	0,20%	0,07%
<b>Extubação não planejada</b>	0,51%	0
<b>Incidência de flebite</b>	0,24%	0

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
 FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
 PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
 HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

<b>Incidência de erros de medicação</b>	< 0,5%	0	
<b>Evolução no prontuário do paciente UTI e Enfermaria</b>	100%	100%	
<b>Saída da UTI</b>	18	7	
<b>Saída da Enfermaria</b>	70	51	
<b>Paciente/dia UTI</b>	274	192	
<b>Paciente/dia Enfermaria</b>	492	350	
<b>Taxa de mortalidade na UTI e Enfermaria</b>	15%	9%	
<b>Taxa de Reinternação em 24horas – UTI</b>	< 1%	0	
25/08	ENFERMAGEM	TREINAMENTO PARA USO DE BOMBA DE INFUSÃO SANTRONIC	ELIZANDRA SANCHES

## 7. ALIMENTAÇÃO

A Associação Hospitalar Beneficente do Brasil fornece alimentação assistência nutricional aos pacientes internados dentro das especificações médicas.. No mês de Agosto de 2020 foram oferecidas 1,719 refeições.

Tipo	QUANTIDADE
	REFEIÇÃO
Desjejum	350
Almoço	368
Lanche da Tarde	316
Jantar	358
Lanche da Noite	318
Dieta Enteral	99

## 8. CONTRATOS TERCEIROS

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
 FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
 PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
 HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19



**COVID-19**

<b>Previsto</b>	<b>Contratado</b>
Ar Comprimido	Luk Industria e Comercio de Usinas Geradoras de Oxigênio LTDA
Bombas de infusão	Samtronic Industria e Comércio LTDA
Lavanderia	Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Penápolis
Nutrição	Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Penápolis
Esterilização	Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Penápolis
Gasometria	Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Penápolis
Exames Laboratoriais	Domingues Cruz
Exames de Imagem	Ultra Mag
Desinsetização	Shield Controle de Pragas LTDA
Fisioterapia	Smart Health Fisioterapia LTDA
Esterelização de Traqueias	Esterevita

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 86/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

**9. CONCLUSÃO FINAL**

Considerando a proposta das metas quantitativas no Plano de Trabalho da gestão, a apresentação dos números de metas, os procedimentos realizados pela equipe multidisciplinar do Hospital Campanha, conclui-se que foram atingidas na medida do que foi pactuado, sempre garantindo um atendimento igualitário e universal aos usuários como é preconizado pelo SUS – Sistema Único de Saúde com a assistência e integralidade a todos.

---

Abel José Costa  
Diretor Técnico

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA  
Hospital Luís Valente - Penápolis - SP

## Relatório de Desempenho mês de Setembro de 2020

Período compreendido: 01/09/2020 a 30/09/2020

Responsável pelo relatório:

Dr André Luis Gomes – Diretor Médico das Unidades de Terapia Intensiva

Origem dos dados: Epimed Monitor® 

Indicadores de Interesse da SES	Metas	Resultado Obtido
Duração média da internação (dias)	8 dias	10,13 dias
Taxa de ocupação (%)	> 90%	50,67%
Reinternação < 24 horas	0	0
Taxa de evolução de prontuário (%)	100%	100%
Taxa de Satisfação	< 10	0,1%
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
Densidade de incidência de PAV (nº eventos/1000 dias de VM)	17%o	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

### Definições dos cálculos utilizados nas metas

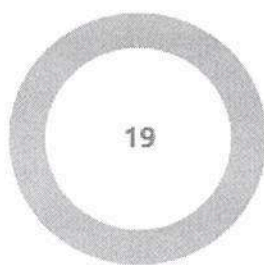
Tempo de Permanência	$N \text{ pacientes-dia} / \text{total de saídas}$
PAV	$(N \text{ de PAV} / \text{total de pacientes-dia em Vent. Mec.}) \times 1000$
ITU associado a CVD	$(N \text{ de ITU-CVD} / \text{total pacientes-dia com CVD}) \times 1000$
Infecção corrente sanguínea	$(N \text{ de infecções CS} / \text{total pacientes-dia com CVC}) \times 1000$
Lesão por pressão	$(N \text{ de LPP adquirida na UTI} / \text{total pacientes-dia}) \times 1000$
Taxa de ocupação	$(N \text{ de pacientes-dia} / N \text{ de leitos-dia})$
Índice de queda	$(N \text{ de quedas} / \text{total pacientes-dia}) \times 100$

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 002000  
 FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
 PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
 HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

<b>Indicadores de Interesse da AHBB</b>	<b>Metas</b>	<b>Resultado Obtido</b>
Total de Internações no Período (n)	30	24
Internações Novas (n)	25	19
Número total de saídas (alta+óbito) (n)	25	15
Reinternações na unidade < 24hs (n)	< 1%	0
Número de pacientes-dia (n)	150	152
Taxa de ocupação (%)	80%	50,67%
Duração média da internação (dias)	<10 dias	10,13 dias
Escore gravidade (SAPS 3) (pontos)	-	50,40
Mortalidade esperada de acordo com SAPS 3 - Am. Latina(%)	-	26,62 %
Mortalidade Absoluta (nº óbitos)	-	8
Mortalidade Observada (%)	-	53,33 %
SMR (mortalidade observada/mortalidade esperada)	< 0,8	2,00
Taxa de Infecção Hospitalar	6%	0
Densidade de incidência de PAV (nº eventos/1000 dias de VM)	6%o	0
Taxa de utilização de VM (%)	-	55,26 %
Densidade de infecção primária da corrente sanguínea (nº de eventos/1000 cateter dia)	6,1%	0
Taxa de utilização de cateter central (%)	-	21,05 %
Densidade de incidência de ITU em SVD (nº de eventos/1000 cateter dia)	4,88%	0
Incidência de Úlcera de Pressão (nº de UPP / nº pacientes-dia) (%)	0,5%	0
Densidade de incidência de Quedas (nº de eventos/nº pacientes-dia) (%)	0	0
Taxa de evolução de prontuário (%)	100%	100%
Taxa de Satisfação	< 10 reclamações	0

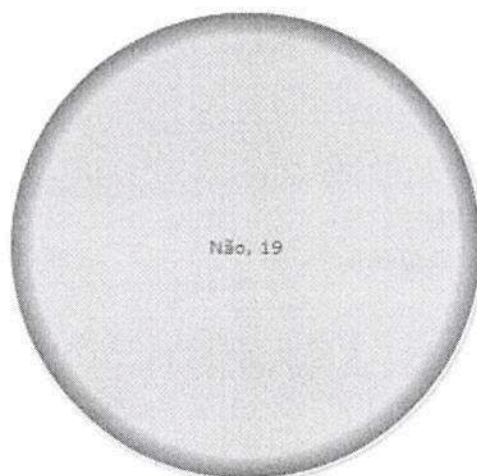
## Gráficos do Mês de Setembro/2020

### Tipos e Razões da Internação

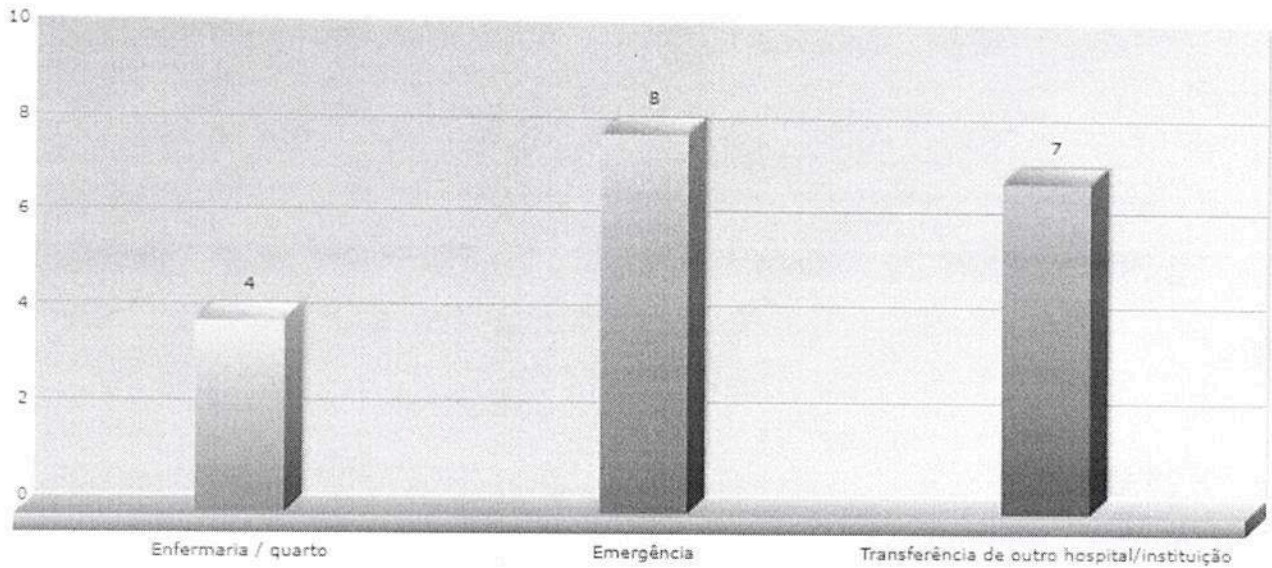


■ Clínica 100,00%

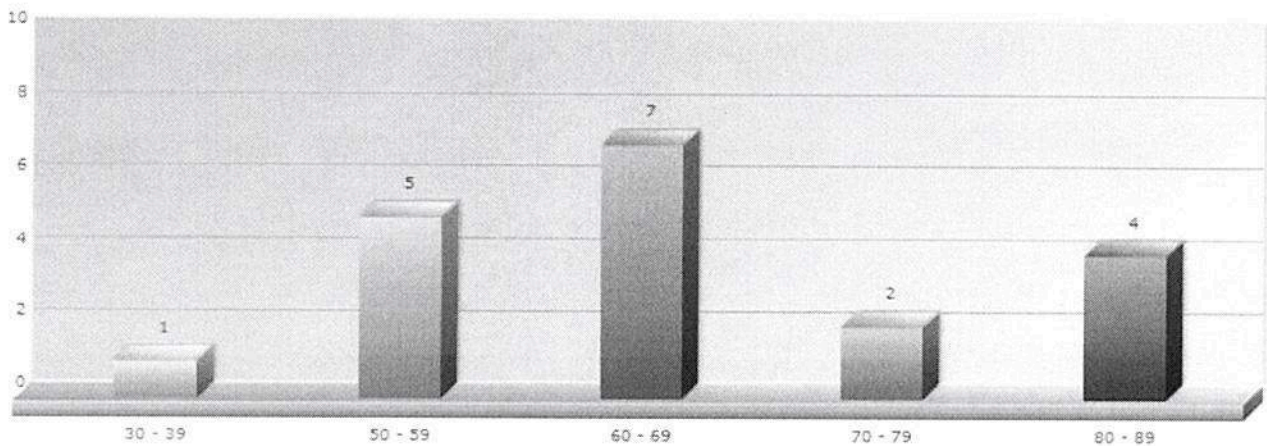
### Reinternações na Unidade



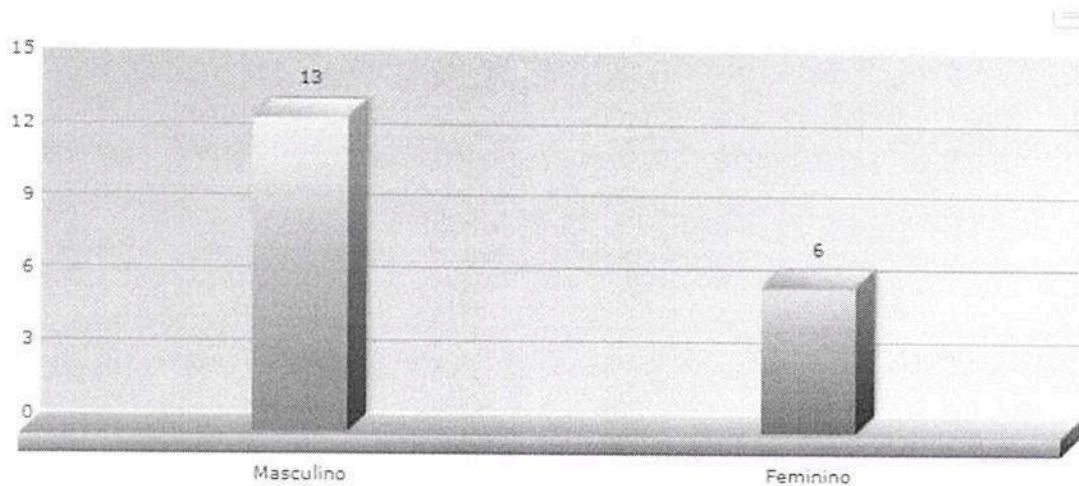
## Origem da Internação



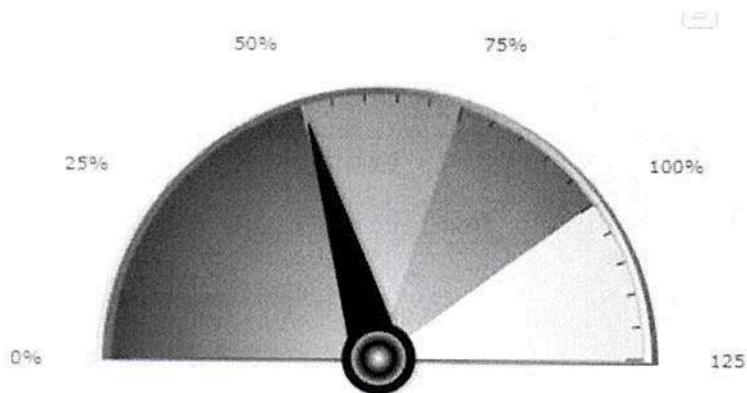
## Idade – Histograma



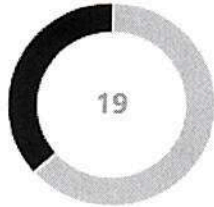
## Sexo



## Taxa de Ocupação

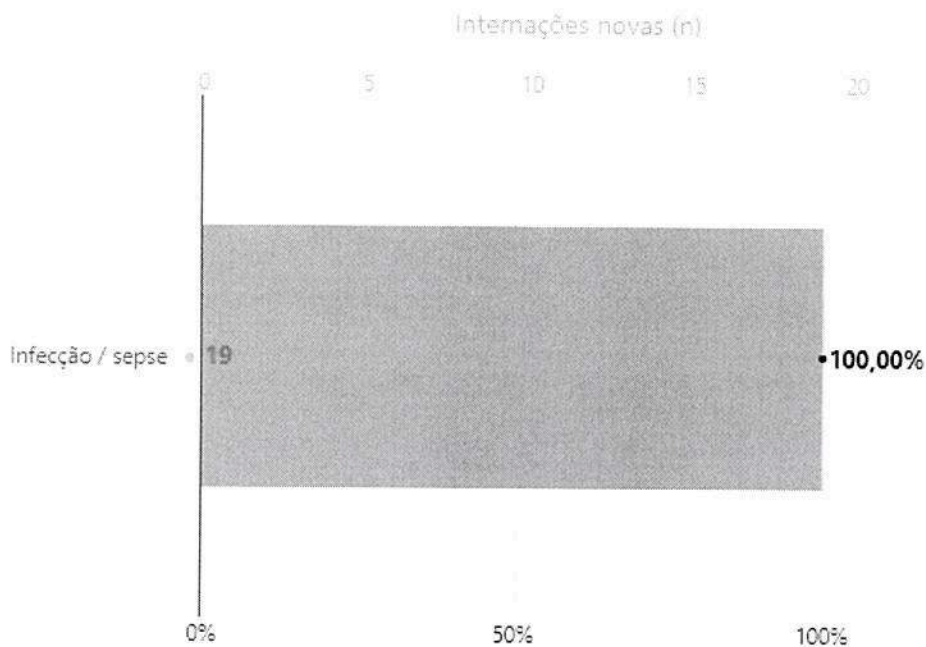


## Gravidade da Internação – Escore Saps 3



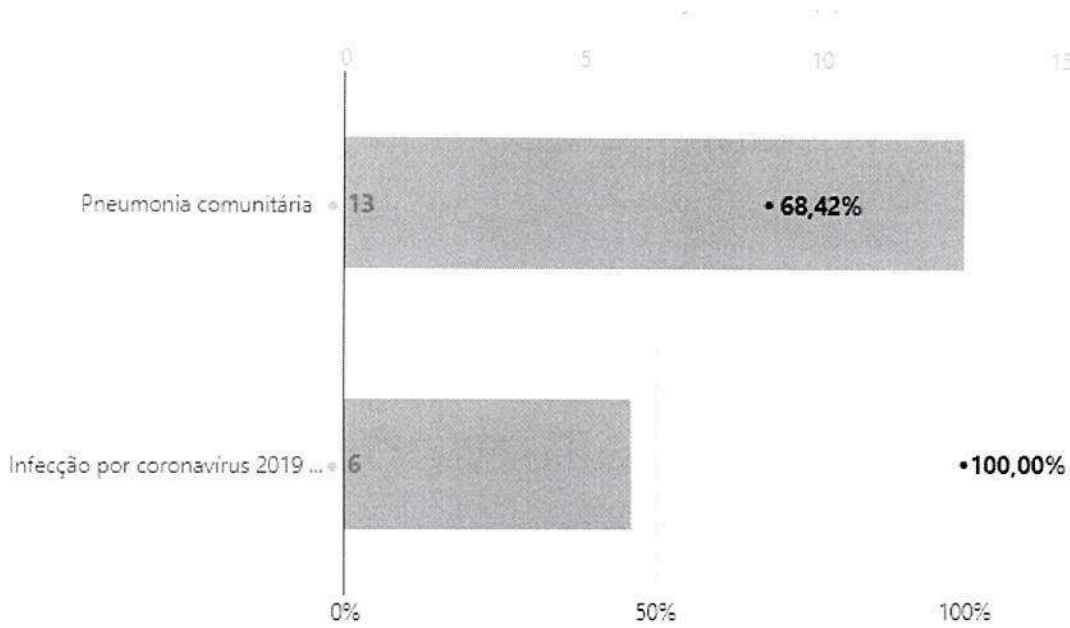
■ Intermediário 63,16%  
■ Alto 36,84%

## CATEGORIAS DIAGNÓSTICAS

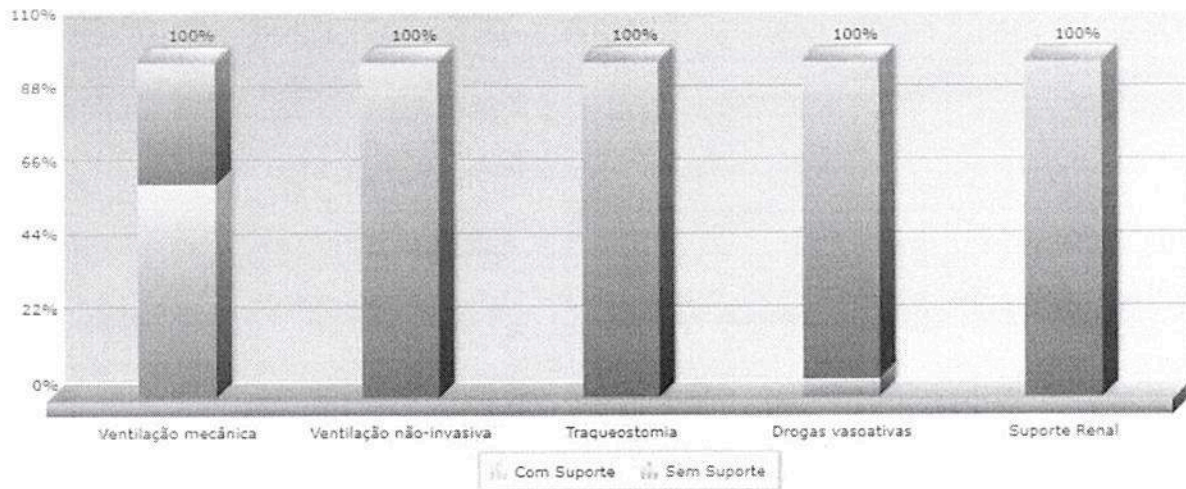




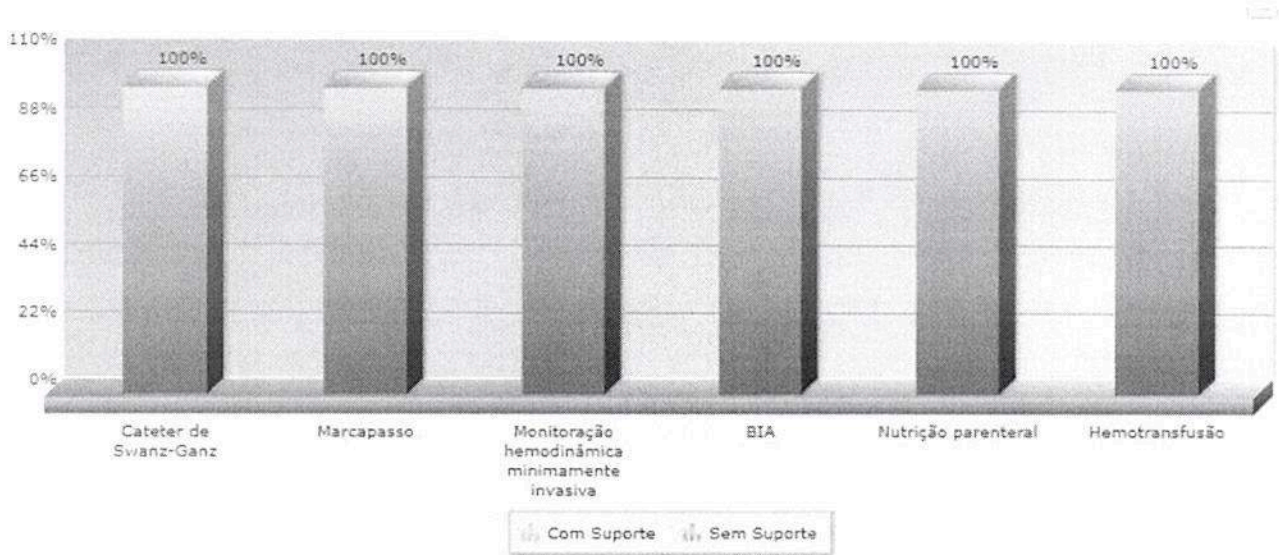
**DIAGNÓSTICOS PRINCIPAIS**



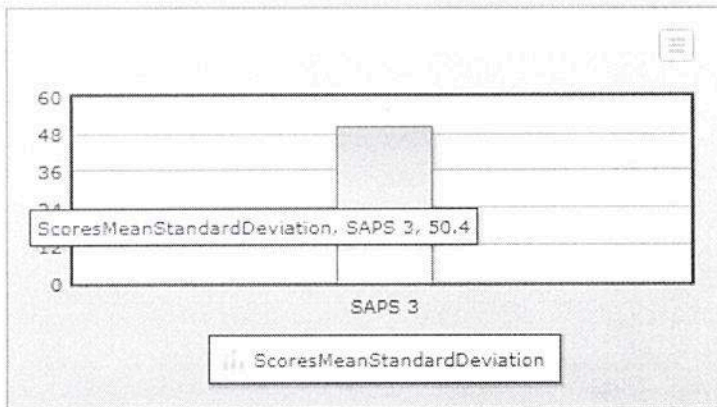
**MEDIDAS DE SUPORTE INVASIVO I**



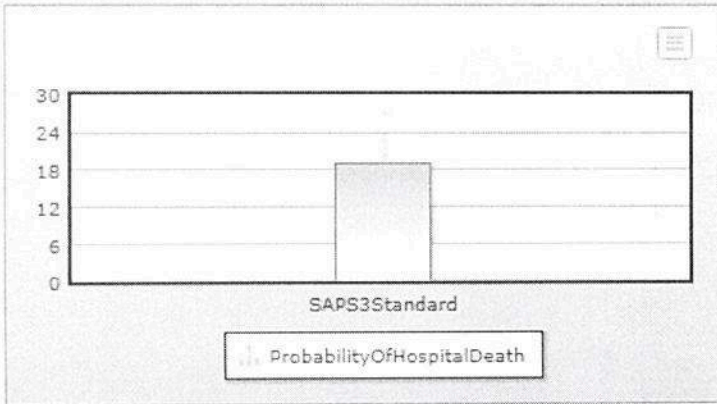
**MEDIDAS DE SUPORTE INVASIVO II**



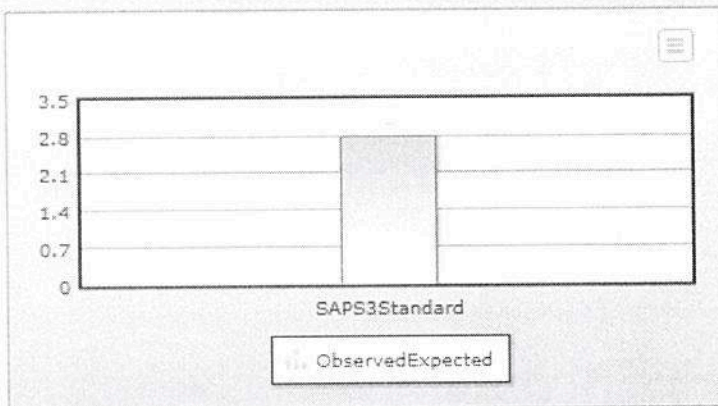
**SCORES DE PROGNÓSTICO – PONTUAÇÕES**



**SCORES DE PROGNÓSTICOS – PROBABILIDADE DE ÓBITO**



**SCORES DE PROGNÓSTICOS – TAXA DE MORTALIDADE PADRONIZADA PARA CADA SCORE**

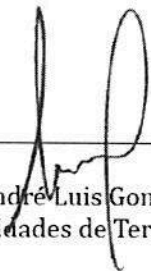


CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

### 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, pode apresentar discrepâncias discretas dos valores obtidos através do NI. Para demonstrar a veracidade dos dados, segue em anexo o relatório em PDF emitido pela Epimed.

Sem outro assunto por hora, subscrevemo-nos com muita estima.



---

Dr André Luis Gomes  
Diretor Médico das Unidades de Terapia Intensiva

**Relatório de Desempenho do inicio das Atividades da**  
**Unidade de Enfermaria do Hospital Campanha AHBB**  
**Gestão em Saúde Setembro 2020**

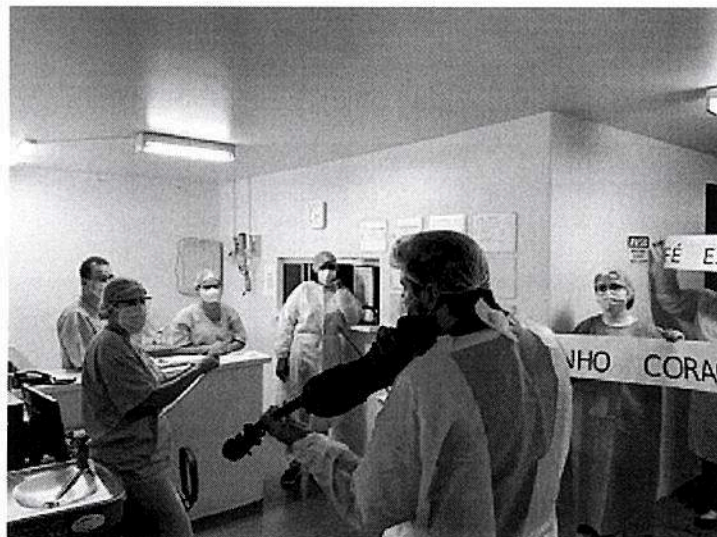
**Período compreendido: 01/09/2020 a 30/09/2020**

**Responsável pelo relatório: Danilo Zanette e Elizandra Sanches Alves**

**1. Relatório descritivo da Enfermaria.**

Realizado manutenção preventiva de equipamentos médicos hospitalares, pela ECQ, a qual comparece todos os meses para prestar o serviço a Unidade do Hospital de Campanha Covid 19 – Centro Reg dos Consórcios.

Projeto Cuidando de Quem Cuida, continua firma na empreitada de atender os colaboradores neste momento delicado em que o mundo está vivendo, compreendendo as dificuldade enfrentadas por cada um no seu dia a dia, tanto dentro da unidade quanto fora. No dia nove de setembro foi realizado o projeto Musicoterapia, com participação do músico Fernando Alves, que encantou pacientes e funcionários ao som de violino e saxofone.





Continuamos alimentando o CENSO COVID 19 apontando a ocupação diariamente dos pacientes internados na Unidade de terapia Intensiva e demais enfermarias, de forma

especifica os casos de COVID positivo e caso suspeito dando nos transparência na taxa de ocupação hospitalar.

Em trabalho conjunto com a Secretaria Municipal de Comunicação, no qual são repassados os números de paciente internados, positivos, negativos e quais suas respectivas cidade de residência.

Realizado treinamento de Prevenção de Extubação Acidental para toda a equipe de enfermagem enfermaria/uti, um dia de dividir conhecimentos e agregar valores profissionais, a capacitação foi ministrada pela equipe de fisioterapia do Hospital Campanha Covid19 – Centro Reg dos Consórcios.





Continuando com o trabalho de Normas e Rotinas, são realizadas visitas multidisciplinares aos pacientes internados, dentre os profissionais estão, psicóloga, enfermagem, médico e assistente social, identificação a necessidade dos pacientes e sanando – as.

Retorno de profissionais de enfermagem devido a atestado médico e contratação de novos colaboradores para compor a equipe de enfermagem, afim de continuar prestando um serviço de humanização e qualidade aos usuários.

## 2. Metas Quantitativas da Unidade de Terapia Intensiva.

	<b>Índices Previstos no Contrato</b>	<b>Índices Obtidos</b>
<b>Leitos Disponíveis</b>	10	10
<b>Tempo de permanência</b>	3 a 8 dias	7 dias
<b>Taxa de Ocupação</b>	90%	52,66%

## 3. Metas Qualitativas Unidade de Terapia Intensiva

	<b>Índices Previstos no Contrato</b>	<b>Índices Obtidos</b>
<b>Pacientes/dia</b>	274	289
<b>Satisfação dos clientes e/ou família relacionado à assistência</b>	90%	97%
<b>Reclamações na Ouvidoria</b>	< 1%	0,0%



<b>Prontuários Evoluídos</b>	100%	100%
<b>Perda de Sondas/ Drenos</b>	1,75%	0,24%
<b>Perda de AVP</b>	0,20%	0,19%
<b>Perda de CVC</b>	0,20%	0%
<b>Índice de Ulcera de Pressão</b>	0,71%	0%
<b>Extubação acidental</b>	0,51%	0%
<b>Índice de Flebite</b>	0,24%	0%
<b>Não conformidade de medicação</b>	<0,5%	0%
<b>Índice de queda do paciente</b>	0,51%	0%
<b>Alta da unidade</b>	30%	50%
<b>Taxa de mortalidade</b>	15%%	0,6%
<b>Taxa de reinternação em 24 horas</b>	<1%	0%

*Finalizamos o presente relatório afirmando que a equipe selecionada para o cuidado a ser prestado ao paciente suspeito ou confirmado COVID 19 permanece empenhada em desenvolver uma assistência qualificada e humanizada.*

Atenciosamente,

São Paulo, 10 de Setembro de 2020.

**Danilo Zanette**  
Responsável Técnico de enfermagem – AHBB

**Elizandra Sanches Alves**  
Gerente Assistencial Regional – AHBB

Penápolis, 10 de Outubro de 2020.

-  
**OFÍCIO Nº: 010/2020**

<b>CONTRATANTE</b>	<b>PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS</b>
<b>PROCESSO:</b>	<b>96/2020</b>
<b>PROJETO:</b>	<b>HOSPITAL CAMPANHA</b>
<b>EXERCÍCIO:</b>	<b>SETEMBRO/2020</b>

**PRESTAÇÃO DE CONTAS ASSISTENCIAL – SETEMBRO/2020**

A **Associação Hospitalar Beneficente do Brasil**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob nº 45.349.461/0007-02 em cumprimento ao estabelecido no Processo nº 96/2020, firmado entre o município de Penápolis, com o compromisso entre as partes para gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde no **HOSPITAL DE CAMPANHA DE PENÁPOLIS**, vem respeitosamente encaminhar a Prestação de Contas Assistencial.

No ensejo, reitero votos de estima e considerações.

**Atenciosamente**

---

ALEXANDRE ARANTES DAMO  
RT DA UTI

Excelentíssimo Senhor,  
Daniel Rodrigueiro  
Secretário Municipal de Saúde de Penápolis

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

# RELATÓRIO ASSISTENCIAL

## SETEMBRO/2020

*HOSPITAL CAMPANHA  
PROCESSO: N º 96/2020  
PENÁPOLIS-SP*

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

## Sumário

1. INTRODUÇÃO .....	4
RECURSOS HUMANOS .....	4
Previstos e Contratados .....	4
1.1. Pessoa Jurídica: .....	5
2. LEITOS .....	5
3. PROJETO CUIDANDO DE QUEM CUIDA.....	6
4. SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO – S.A.U .....	9
4.1 Tipos de Serviços /Atendimentos Realizados (satisfação do usuário):.....	<b>Erro!</b>
<b>Indicador não definido.</b>	
4.2 Demonstrativos em gráfico .....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
5. METAS .....	11
6. EDUCAÇÃO PERMANENTE .....	16
7. ALIMENTAÇÃO .....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
8. CONTRATOS TERCEIROS.....	17
9. CONCLUSÃO FINAL .....	18

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

## 1. INTRODUÇÃO

Este Relatório de Gestão e Execução de Ações – Metas Qualitativas/Quantitativas, é um mecanismo de acompanhamento e avaliação dos serviços complementares de saúde, Hospital de Campanha de Penápolis – 24h, no Município de Penápolis/SP – Conforme Processo N° 96/2020. Visa demonstrar o desempenho das atividades previstas e realizadas, de 01 de Setembro de 2020 a 30 de Setembro de 2020 a fim de permitir verificar os resultados e metas consolidadas.

Em cumprimento das metas para vigência do Projeto de lei acima citado, considera relevante a demonstração dos resultados obtidos para total transparência, visando sempre à qualidade dos serviços contratados.

## RECURSOS HUMANOS

Previstos e Contratados.

CATEGORIA PREVISTA NO PLANO	QUANTIDADE PREVISTA NO PLANO	CONTRATADOS	Setembro/2020		
			DEMISSÃO	CONTRAT. NO MÊS	TOTAL
Auxiliares Administrativos	2	2	-	-	-
Enfermeiro RT*	1	1	-	-	-
Enfermeiros	10	10	1	1	10
Técnicos/Auxiliares de Enfermagem	46	43	7	3	39
Recepcionista	6	6	1	1	6
Farmacêutico	1	1	-	-	-
Auxiliares de Farmácia	5	5	-	-	-
Assistente Social	1	1	-	-	-
Assistente de RH	1	0		1	1
<b>TOTAL</b>	<b>72</b>	<b>69</b>	<b>6</b>	<b>4</b>	<b>67</b>

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO N° 96/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

### 1.1. Pessoa Jurídica:

Categoria Prevista	Contratado
Plantões UTI	Médico Clínico Geral – 2 por Plantão – Diurno / Noturno
Plantões Enfermaria	Médico Clínico Geral – 2 por Plantão – Diurno / Noturno
Diarista UTI	Carga horária mensal 180 hrs
Diarista Enfermaria	Carga horária mensal 180 hrs
Diretor Técnico	Alexandre Damo
Médico Coordenador	Alexandre Damo

## 2. LEITOS

O Hospital Campanha de Penápolis dispõe de 20 leitos de Enfermaria e 10 leitos de U.T.I

TAXA DE OCUPAÇÃO DE LEITOS ENFERMARIA		
MÉDIA MENSAL PACTUADO	Nº DE PACIENTE/DIA	TAXA DE OCUPAÇÃO
810	289	57,80%

TAXA DE OCUPAÇÃO DE LEITOS U.T.I		
MÉDIA MENSAL PACTUADO	Nº DE PACIENTE/DIA	TAXA DE OCUPAÇÃO
270	158	52,66%

## 3. ACOLHIMENTO:

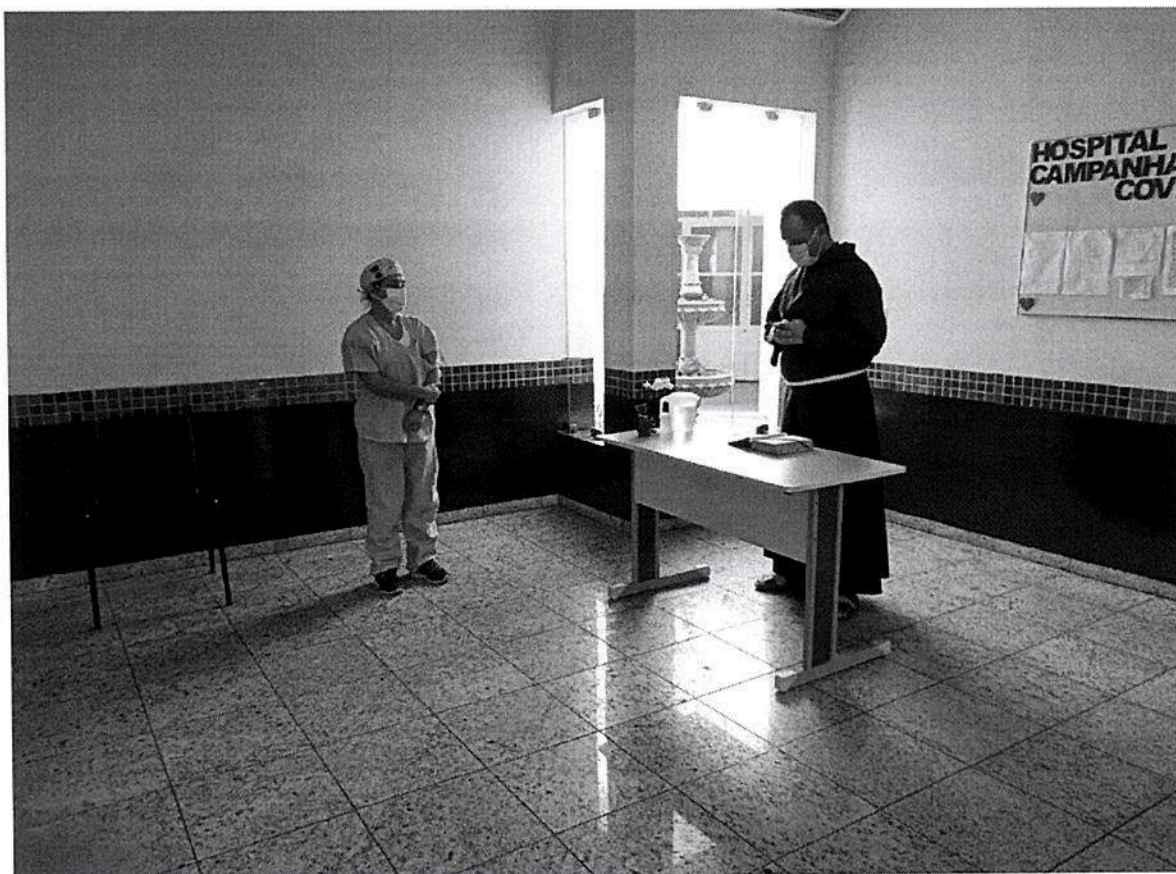
A paramentação nos Hospitais de Campanha são primordiais devido ao alto risco de contaminação a norma regulamentadora NR-32 especifica como deve ser realizado os procedimentos dês da paramentação, quando existe a necessidade da troca do EPI e como realizar o descarte adequado até o momento da desparamentação.

O Hospital de Penápolis por sua vez segue os padrões estabelecidos pela norma NR-32 com treinamentos para toda a equipe multidisciplinar.

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENAPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

#### 4. CUIDANDO DE QUEM CUIDA

Continuando o projeto Cuidando de Quem Cuida, temos todas as sextas feiras, um momento de oração, onde funcionários e pacientes, um momento de muita paz e tranquilidade, mantendo a sintonia com o pessoal e espiritual.



Apresentação do Projeto Cuidando de Quem Cuida – com a Psicóloga

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19



Dinâmica no projeto Cuidando de Quem Cuida



CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 06/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19



*Equipe de enfermagem, devidamente paramentada.*



*Equipe de enfermagem Hospital Campanha.*

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19



*Assistente Social do Hospital Campanha realizando chamada de vídeo com pacientes*

## **SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO – S.A.U**

### **Tipos de Serviços /Atendimentos Realizados (satisfação do usuário):**

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 93/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

**COVID-19**

Com o objetivo de avaliar o atendimento e a satisfação dos pacientes quanto à qualidade do serviço prestado, o Hospital de Campanha de Penápolis - AHBB Gestão em Saúde, implantou a pesquisa de satisfação que é realizada pelo paciente no momento da alta.

**Demonstrativos em gráfico**

Com o intuito de analisar os pontos fortes e fracos no andamento do projeto no Hospital Campanha de Penápolis, seguem abaixo os gráficos relacionados à pesquisa de satisfação realizada no mês de Setembro, somando um total de 36 pesquisas espontâneas.

PERCEBENDO OS SERVIÇOS DE SAÚDE					
Descrição	SETEMBRO(N = )				TOTAL
	Bom	Razoável	Ruim	Não Opinaram	
1 - Limpeza e Organização do local	35	1	0	0	
2 – Recepção da internação	31	5	0	0	
3 – Informação prestada na recepção por telefone	33	3	0	0	
4 – Atendimento da psicóloga	31	5	0	0	
5 – Atendimento da assistente social	34	2	0	0	
6 – Atendimento da equipe de enfermagem	30	6	0	0	
7 – Atendimento do médico	30	6	0	0	
8 – Explicação pelo médico, sobre a doença, tratamento que será realizado	32	4	0	0	
<b>TOTAL</b>	36				

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 90/2020  
 FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
 PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
 HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19



### 4.3 OUVIDORIA

Nota Geral do Hospital Campanha	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Não Opinaram	Total
<b>SETEMBRO</b>	0	0	0	0	0	0	0	0	3	6	27	0	36

#### 4.3.1 Apontamentos

Não houve reclamações registradas na ouvidoria no Mês de Setembro/2020.

### 5. METAS

### 6. EDUCAÇÃO PERMANENTE

#### ATIVIDADES REALIZADAS

Data	Equipe	Assunto Treinamento	Ministrado por
14/09/2020	ENFERMAGEM	PREVENÇÃO DE EXTUBAÇÃO ACIDENTAL	MAIRA/CAROLINE/GABRIEL/BRUNA

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

PROCEDIMENTOS	META PACTUADA	REALIZADO JULHO
Taxa de ocupação Hospitalar UTI	90%	52,66%
Taxa de ocupação Hospitalar Enfermaria	90%	57,80%
Média de Permanência UTI	15 dias	11 dias
Média de Permanência Enfermaria	07 dias	7
Estudo da satisfação dos clientes e/ou família relacionado à assistência UTI e Enfermaria	90%	97%
Reclamação na ouvidoria UTI e Enfermaria	< 1%	0,01%
Incidência de queda do paciente UTI	0%	0
Incidência de queda do paciente Enfermaria	<2%	0
Saídas não planejadas de sondas/tubos/drenos UTI e Enfermaria	1,78%	0,42%
Incidência de perda de cateter venoso central UTI	0,20%	0,11%
Incidência de perda de cateter venoso inserção periférica UTI	0,20%	0,07%
Extubação não planejada	0,51%	0,18%
Incidência de flebite	0,24%	0
Incidência de erros de medicação	< 0,5%	0
Evolução no prontuário do paciente UTI e Enfermaria	100%	100%
Saída da UTI	18	9
Saída da Enfermaria	70	51

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

Paciente/dia UTI	274	158
Paciente/dia Enfermaria	492	289
Taxa de mortalidade na UTI e Enfermaria	15%	9%
Taxa de Reinternação em 24horas – UTI	< 1%	0
<b>PROCEDIMENTOS</b>	<b>META PACTUADA</b>	<b>REALIZADO SETEMBRO</b>
Taxa de ocupação Hospitalar UTI	90%	52,00%
Taxa de ocupação Hospitalar Enfermaria	90%	57,80%
Média de Permanência UTI	15 dias	11 dias
Média de Permanência Enfermaria	07 dias	9
Estudo da satisfação dos clientes e/ou família relacionado à assistência UTI e Enfermaria	90%	7%
Reclamação na ouvidoria UTI e Enfermaria	< 1%	0
Incidência de queda do paciente UTI	0%	0
Incidência de queda do paciente Enfermaria	<2%	0
Saídas não planejadas de sondas/tubos/drenos UTI e Enfermaria	1,78%	0,1%
Incidência de perda de cateter venoso central UTI	0,20%	0,11%
Incidência de perda de cateter venoso inserção periférica UTI	0,20%	0,07%
Extubação não planejada	0,51%	0
Incidência de flebite	0,24%	0

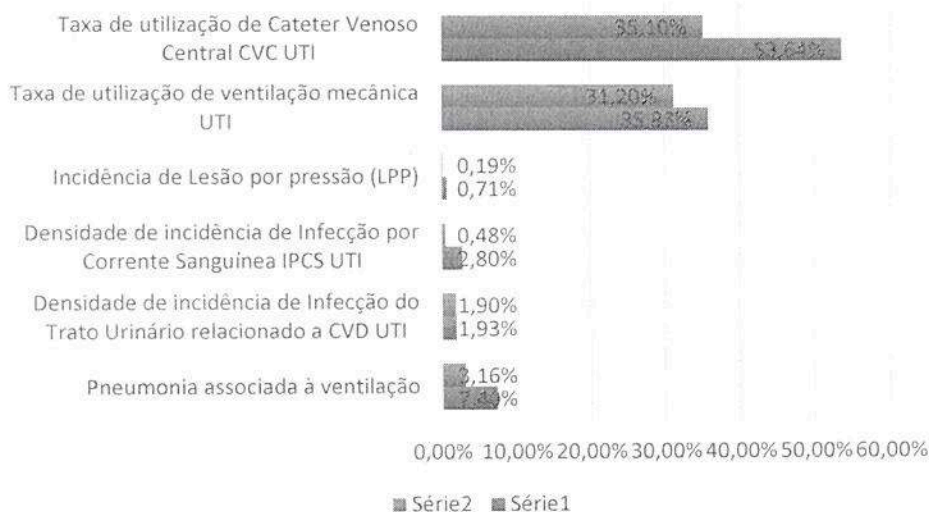
CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
 FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
 PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
 HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

<b>Incidência de erros de medicação</b>	< 0,5%	0
<b>Evolução no prontuário do paciente UTI e Enfermaria</b>	100%	100%
<b>Saída da UTI</b>	18	7
<b>Saída da Enfermaria</b>	70	51
<b>Paciente/dia UTI</b>	274	192
<b>Paciente/dia Enfermaria</b>	492	350
<b>Taxa de mortalidade na UTI e Enfermaria</b>	15%	9%
<b>Taxa de Reinternação em 24horas – UTI</b>	< 1%	0

<b>Metas</b>	<b>Pactuadas (Mensal)</b>	<b>REALIZADO SETEMBRO</b>
<b>Pneumonia associada à ventilação</b>	7,40%	3,16%
<b>Densidade de incidência de Infecção do Trato Urinário relacionado a CVD UTI</b>	1,93%	1,9%
<b>Densidade de incidência de Infecção por Corrente Sanguínea IPCS UTI</b>	2,80%	0,48%
<b>Incidência de Lesão por pressão (LPP)</b>	0,71%	0,19%
<b>Taxa de utilização de ventilação mecânica UTI</b>	35,83%	31,20%
<b>Taxa de utilização de Cateter Venoso Central CVC UTI</b>	53,64%	35,10%

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
 FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
 PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
 HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

### Gráfico - Metas Realizadas no mês de Setembro/2020



## 7. ALIMENTAÇÃO

A Associação Hospitalar Beneficente do Brasil fornece alimentação assistida nutricional aos pacientes internados dentro das especificações médicas. No mês de Setembro de 2020 foram oferecidas 1,719 refeições.

Tipo	QUANTIDADE
	REFEIÇÃO
Desjejum	350
Almoço	368
Lanche da Tarde	316
Jantar	358
Lanche da Noite	318
Dieta Enteral	99

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
 FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
 PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
 HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19



**8. EDUCAÇÃO PERMANENTE**

**ATIVIDADES REALIZADAS**

Data	Equipe	Assunto Treinamento	Ministrado por
14/09/2020	ENFERMAGEM	PREVENÇÃO DE EXTUBAÇÃO ACIDENTAL	MAIRA/CAROLINE/GABRIEL/BRUNA



CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19



## 9. CONTRATOS TERCEIROS

Previsto	Contratado
Ar Comprimido	Luk Industria e Comercio de Usinas Geradoras de Oxigênio LTDA
Bombas de infusão	Samtronic Industria e Comércio LTDA
Lavanderia	Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Penápolis
Nutrição	Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Penápolis
Esterilização	Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Penápolis

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 98/2020  
 FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
 PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
 HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19

**COVID-19**

Gasometria	Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Penápolis
Exames Laboratoriais	Domingues Cruz
Exames de Imagem	Ultra Mag
Desinsetização	Shield Controle de Pragas LTDA
Fisioterapia	Smart Health Fisioterapia LTDA
Esterelização de Traqueias	Esterevita

**10. CONCLUSÃO FINAL**

Considerando a proposta das metas quantitativas no Plano de Trabalho da gestão, a apresentação dos números de metas, os procedimentos realizados pela equipe multidisciplinar do Hospital Campanha, conclui-se que foram atingidas na medida do que foi pactuado, sempre garantindo um atendimento igualitário e universal aos usuários como é preconizado pelo SUS – Sistema Único de Saúde com a assistência e integralidade a todos.

---

ALEXANDRE ARANTES DAMO  
RT DA UTI

CONVÊNIO CONFORME PROCESSO Nº 96/2020  
FONTE DE RECURSO MUNICIPAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS  
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19