

Prestação de Contas

Junho
2021
1/2

Convênio nº 107/2017
Termo aditivo nº 00002/2020

Mirandópolis

www.ahbb.org.br

contato@ahbb.org.br

14 3532 5198

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

Convênio nº 107/2017
Fundo de Manutenção Hospitalar
Termo Aditivo nº 00002/2020
Secretaria de Assistência de Saúde
UGB: 000150 - Hospital de Referência
Dr. Dr. Osvaldo Brandão Filho da Silva
Rua Afonso Bespacher Guassoni

ANEXO
REPASSES AO TERCEIRO SETOR
DEMONSTRATIVO INTEGRAL DAS RECEITAS E DESPESAS - AUXÍLIOS / SUBVENÇÕES / CONTRIBUIÇÕES

ÓRGÃO CONCESSOR:
TIPO DE CONCESSÃO: (1)

GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO

OBJETO DO CONTRATO DE GESTÃO: O presente CONVÊNIO tem por objetivo promover o fortalecimento do desenvolvimento das ações e serviços de assistência à saúde, prestados aos usuários do SUS na região, mediante a transferência de recursos financeiros para ocorrer despesas com CUSTEIO, para aquisição de materiais, medicamentos e materiais de consumo, contratação de pessoal, benefícios e encargos para Gerenciamento 10 (dez) Leitos de Unidade de Terapia Intensiva Geral Adulto Tipo II do Hospital Estadual "Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis, conforme Plano de Trabalho.

EXERCÍCIO:

2021

ENTIDADE CONVENIADA:

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ:

45.349.461/0001-02

ENDEREÇO e CEP:

RUA JOSÉ ARIANA RODRIGUES, 303 - JD ARIANO - LINS/SP - CEP.: 16400-400

RESPONSÁVEL(IS) PELA ENTIDADE:

ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO

VALOR TOTAL RECEBIDO:

R\$ 312.598,88 (trezentos e doze mil quinhentos e noventa e oito reais e oitenta e oito centavos)

ORIGEM DOS RECURSOS (1):

Estadual

DEMONSTRATIVO DOS REPASSES PÚBLICOS RECEBIDOS

DATA PREVISTA PARA O REPASSE (2)	VALORES PREVISTOS (R\$)	DATA DO REPASSE	NÚMERO DO DOCUMENTO DE CRÉDITO	VALORES REPASSADOS (R\$)
07/06/2021	R\$ 312.598,88	07/06/2021	Transf. Bancária	R\$ 312.598,88
	R\$ -		Transf. Bancária	R\$ -
	R\$ -		Transf. Bancária	R\$ -
RECEITA COM APLICAÇÕES FINANCEIRAS DOS REPASSES PÚBLICOS				R\$ -
SALDO MÊS ANTERIOR				R\$ 272.955,37
TOTAL				R\$ 585.554,25
RECURSOS PRÓPRIOS APLICADOS PELA ENTIDADE				R\$ 7.853,28

O signatário, na qualidade de representante da entidade beneficiária: ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL, vem indicar, na forma abaixo detalhada, a aplicação dos recursos recebidos

DEMONSTRATIVO DAS DESPESAS REALIZADAS

CATEGORIA OU FINALIDADE DA DESPESA	PERÍODO DE REALIZAÇÃO	ORIGEM RECURSO	VALOR APLICADO R\$
MANUTENÇÃO/CUSTEIO	01/06/2021 a 30/06/2021	MUNICIPAL	R\$ 312.598,88
MANUTENÇÃO/CUSTEIO		PRÓPRIO	R\$ 7.853,28
TOTAL DAS DESPESAS			R\$ 367.296,85
RECURSO PÚBLICO NÃO APLICADO			R\$ 226.110,69
VALOR DEVOLVIDO AO ÓRGÃO CONCESSOR			R\$ -
VALOR AUTORIZADO PARA APLICAÇÃO NO EXERCÍCIO SEGUINTE			R\$ 226.110,69

Convênio nº 107/2017
Fonte de Recurso Estadual
Folha: 001/2020
Tema: Adm. nº 80074/2020
Secretaria do Estado de Saúde
Unidade de Saúde Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria em Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

89	24/05/2021	Nota Fiscal nº 1438746	Comercial Cirurgica Rioclaresense Ltda	Medicamentos/Material médico e hospitalar (*)	R\$	3.722,30	R\$	-	R\$	3.722,30	62.106	21/06/2021
90	25/05/2021	Nota Fiscal nº 15262	Cirurgica Neves Ltda EPP	Medicamentos/Material médico e hospitalar (*)	R\$	2.545,00	R\$	-	R\$	2.545,00	62.107	21/06/2021
91	25/05/2021	Nota Fiscal nº 518265	Supermed Com. E Imp. De Prod. Med. E Hospit. Ltda	Medicamentos/Material médico e hospitalar (*)	R\$	1.777,00	R\$	-	R\$	1.777,00	62.108	21/06/2021
92	25/05/2021	Nota Fiscal nº 212781	Supermed Com. E Imp. De Prod. Med. E Hospit. Ltda	Medicamentos/Material médico e hospitalar (*)	R\$	1.415,56	R\$	-	R\$	1.415,56	62.109	21/06/2021
93	25/05/2021	Nota Fiscal nº 598467	Comercial Cirurgica Rioclaresense Ltda	Medicamentos/Material médico e hospitalar (*)	R\$	1.425,00	R\$	-	R\$	1.425,00	62.110	21/06/2021
94	25/05/2021	Nota Fiscal nº 212782	Supermed Com. E Imp. De Prod. Med. E Hospit. Ltda	Medicamentos/Material médico e hospitalar (*)	R\$	936,42	R\$	-	R\$	936,42	62.111	21/06/2021
95	12/05/2021	Nota Fiscal nº 515893	Supermed Com. E Imp. De Prod. Med. E Hospit. Ltda	Medicamentos/Material médico e hospitalar (*)	R\$	1.276,40	R\$	-	R\$	1.276,40	62.112	21/06/2021
96	12/05/2021	Nota Fiscal nº 207585	Supermed Com. E Imp. De Prod. Med. E Hospit. Ltda	Medicamentos/Material médico e hospitalar (*)	R\$	652,95	R\$	-	R\$	652,95	62.113	21/06/2021
97	24/05/2021	Nota Fiscal nº 179646	Dupatni Hospitalar Comercio Importação e Exportação Ltda	Medicamentos/Material médico e hospitalar (*)	R\$	385,72	R\$	-	R\$	385,72	62.114	21/06/2021
98	10/05/2021	Nota Fiscal nº 175704	Dupatni Hospitalar Comercio Importação e Exportação Ltda	Medicamentos/Material médico e hospitalar (*)	R\$	757,81	R\$	-	R\$	757,81	62.115	21/06/2021
99	10/05/2021	Nota Fiscal nº 1180526	Dupatni Hospitalar Comercio Importação e Exportação Ltda	Medicamentos/Material médico e hospitalar (*)	R\$	284,85	R\$	-	R\$	284,85	62.116	21/06/2021
100	25/05/2021	Nota Fiscal nº 136228	Biomedical Equipamentos e Produtos Medicocirurgicos Ltda	Medicamentos/Material médico e hospitalar (*)	R\$	680,00	R\$	-	R\$	680,00	62.117	21/06/2021
101	25/05/2021	Nota Fiscal nº 166842	Bripel Embalagens Ltda	Outros materiais de consumo	R\$	366,00	R\$	-	R\$	366,00	62.118	21/06/2021
102	21/05/2021	Nota Fiscal nº 1438032	Comercial Cirurgica Rioclaresense Ltda	Medicamentos/Material médico e hospitalar (*)	R\$	991,86	R\$	-	R\$	991,86	62.119	21/06/2021
103	21/06/2021	811.720.904.211.749	Tarifas Bancárias	Despesas Bancárias	R\$	10,45	R\$	-	R\$	10,45	811.720.904.211.749	21/06/2021
104	25/06/2021	Nota Fiscal nº 32	T.H Engenharia Clinica Hospitalar	Outros serviços de terceiros	R\$	3.630,83	R\$	-	R\$	3.630,83	62.801	28/06/2021
105	27/04/2021	Nota Fiscal nº 171925	Dupatni Hospitalar Comercio Importação e Exportação Ltda	Medicamentos/Material médico e hospitalar (*)	R\$	2.096,47	R\$	-	R\$	2.096,47	62.802	28/06/2021
106	12/05/2021	Nota Fiscal nº 9658	Beive Comercio de Produtos Hospitalares Ltda	Medicamentos/Material médico e hospitalar (*)	R\$	1.360,00	R\$	-	R\$	1.360,00	62.803	28/06/2021
107	24/05/2021	Nota Fiscal nº 597953	Comercial Cirurgica Rioclaresense Ltda	Medicamentos/Material médico e hospitalar (*)	R\$	1.950,38	R\$	-	R\$	1.950,38	62.804	28/06/2021
108	31/05/2021	Nota Fiscal nº 215660	Supermed Com. E Imp. De Prod. Med. E Hospit. Ltda	Medicamentos/Material médico e hospitalar (*)	R\$	1.128,26	R\$	-	R\$	1.128,26	62.805	28/06/2021
109	16/06/2021	Nota Fiscal nº 24362	Center Maq Comercio de Maquinas	Medicamentos/Material médico e hospitalar (*)	R\$	471,65	R\$	-	R\$	471,65	62.806	28/06/2021
110	02/06/2021	Nota Fiscal nº 1443155	Comercial Cirurgica Rioclaresense Ltda	Medicamentos/Material médico e hospitalar (*)	R\$	533,30	R\$	-	R\$	533,30	62.807	28/06/2021
111	31/05/2021	Nota Fiscal nº 5205	Augusto Valério de Siqueira Papelaria	Outros materiais de consumo	R\$	495,40	R\$	-	R\$	495,40	62.808	28/06/2021
112	28/06/2021	831.791.200.780.289	Tarifas Bancárias	Despesas Bancárias	R\$	10,45	R\$	-	R\$	10,45	831.791.200.780.289	28/06/2021
113	28/06/2021	841.791.003.703.917	Tarifas Bancárias	Despesas Bancárias	R\$	60,00	R\$	-	R\$	60,00	841.791.003.703.917	28/06/2021
114	28/06/2021	841.791.004.226.029	Tarifas Bancárias	Despesas Bancárias	R\$	10,45	R\$	-	R\$	10,45	841.791.004.226.029	28/06/2021
115	28/06/2021	841.791.004.635.011	Tarifas Bancárias	Despesas Bancárias	R\$	70,00	R\$	-	R\$	70,00	841.791.004.635.011	28/06/2021
116	28/06/2021	881.791.006.742.246	Tarifas Bancárias	Despesas Bancárias	R\$	142,55	R\$	-	R\$	142,55	881.791.006.742.246	28/06/2021
117	17/06/2021	Rescisão	Priscila Santos Leite de Almeida	Recursos Humanos (5)	R\$	7.890,56	R\$	-	R\$	7.890,56	26.357	29/06/2021
118	21/06/2021	Rescisão	Thais de Souza Thomas	Recursos Humanos (5)	R\$	43,95	R\$	-	R\$	43,95	62.901	29/06/2021
119	25/06/2021	Nota Fiscal nº 69	J. E. de Araujo Odontologia Irelis EPP	Medicamentos/Material médico e hospitalar (*)	R\$	675,00	R\$	-	R\$	675,00	62.902	29/06/2021
120	30/06/2021	GRRF/FGTS	FGTS Arrecadação GRF	Recursos Humanos (5)	R\$	5.028,80	R\$	-	R\$	5.028,80	62.903	29/06/2021
121	29/06/2021	801.801.100.089.605	Tarifas Bancárias	Despesas Bancárias	R\$	10,45	R\$	-	R\$	10,45	801.801.100.089.605	29/06/2021
122	29/06/2021	871.800.904.970.625	Tarifas Bancárias	Despesas Bancárias	R\$	10,45	R\$	-	R\$	10,45	871.800.904.970.625	29/06/2021
TOTAL					R\$	367.296,85	R\$	-	R\$	367.296,85		

(1) Avaliada, submissão ou contribuição.

(2) Origem dos recursos: federal, estadual ou municipal, devendo ser elaborado um Anexo para cada fonte de recursos.

(3) Notas Fiscais e recibos.

(4) Não são despesas incluídas também os gastos que não são classificados contabilmente como DESPESAS, como, por exemplo, aquisição de bens permanentes.

Declaro(am), na qualidade de responsável(is) pela entidade supra epigrafada, sob as penas da Lei, que a despesa relacionada, examinada pelo Conselho Fiscal, comprova a exata aplicação dos recursos recebidos por os

Mirandópolis, 14 de Julho de 2021.

Responsável pela Conveniada:

João Pedro Pinotti Affonso
Diretor Administrativo

AHEBB - Associação Hospitalar Beneficente do Brasil
Sede Administrativa: Av. José Ariano Rodrigues, 303 - Jd. Ariano - Lins/SP - CEP: 16400 - 400 Tel: +55 14 3532 5198
www.ahebb.org.br

Recursos humanos (5)	R\$	116.006,97
Recursos humanos (6)	R\$	21.000,00
Medicamentos/Material médico e h.	R\$	102.426,18
Gêneros alimentícios	R\$	-
Outros materiais de consumo	R\$	861,40
Serviços médicos (7)	R\$	119.990,65
Outros serviços de terceiros	R\$	8.836,90
Locação de imóveis	R\$	-
Locações diversas	R\$	-
Utilidades públicas (7)	R\$	179,90
Combustível	R\$	-
Bens e materiais permanentes	R\$	-
Outros	R\$	-
Despesas financeiras e bancárias	R\$	324,80
Outras despesas	R\$	-
R\$	R\$	367.296,85

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

CONCILIAÇÃO BANCÁRIA


Empresa: Associação Hospitalar Beneficente do Brasil CNPJ: 45.349.461/0001-02 Período: 01/06/2021 a 30/06/2021 Convênio: Mirandópolis Convênio nº: 107/2017 - Termo Aditivo 0002/2020	Banco Do Brasil Ag: 6790-3 CC: 211-9
--	---

Data	Fornecedor	Nº Doc	Débito	Crédito	Saldo- Exercício
	BANCO DO BRASIL				
31/05/2021	Saldo Anterior				
		R\$			R\$
01/06/2021	Devolução AHBB Sede	553.062.007.004.231		R\$ 30.046,12	R\$ 30.046,12
01/06/2021	Ticket Serviços S/A	Nota Fiscal nº 29256341	R\$ 9.044,58		R\$ 21.001,54
01/06/2021	Ticket Serviços S/A	Nota Fiscal nº 1416798	R\$ 5.970,56		R\$ 15.030,98
01/06/2021	Supermed Com. E Imp. De Prod. Med. E Hospit. Ltda	Nota Fiscal nº 199581	R\$ 3.493,78		R\$ 11.537,20
01/06/2021	Comercial Cirurgica Rioclarense Ltda	Nota Fiscal nº 1432150	R\$ 4.022,20		R\$ 7.515,00
01/06/2021	Comercial Cirurgica Rioclarense Ltda	Nota Fiscal nº 1432007	R\$ 2.169,00		R\$ 5.346,00
01/06/2021	BW Distribuidora de Medicamentos Ltda	Nota Fiscal nº 20468	R\$ 5.346,00		-R\$ 0,00
04/06/2021	Devolução AHBB Sede	553.062.007.004.231		R\$ 46.063,52	R\$ 46.063,52
04/06/2021	Alessandra De Cassia Mardogan	Holerite	R\$ 178,77		R\$ 45.884,75
04/06/2021	Ana Augusta Feliciani Nogueira	Holerite	R\$ 1.463,62		R\$ 44.421,13
04/06/2021	Ana Paula Azevedo Zanatta	Holerite	R\$ 1.704,12		R\$ 42.717,01
04/06/2021	Bianca Caetano Costa	Holerite	R\$ 2.517,09		R\$ 40.199,92
04/06/2021	Bruna Beraldo Ferrante	Holerite	R\$ 2.593,39		R\$ 37.606,53
04/06/2021	Cátia Fernanda Ferraz	Holerite	R\$ 1.710,13		R\$ 35.896,40
04/06/2021	Cristiane Paçoaleto Vendram	Holerite	R\$ 1.426,42		R\$ 34.469,98
04/06/2021	Daniela dos Santos de Oliveira	Holerite	R\$ 1.605,88		R\$ 32.864,10
04/06/2021	Debora Cristina Locher	Holerite	R\$ 49,14		R\$ 32.814,96
04/06/2021	Denise Priscila Ancilotto Lisboa	Holerite	R\$ 1.679,12		R\$ 31.135,84
04/06/2021	Edilaine Munhoz	Holerite	R\$ 1.729,12		R\$ 29.406,72
04/06/2021	Edilene Manoel	Holerite	R\$ 1.488,62		R\$ 27.918,10
04/06/2021	Elaine Cristina Dias Borges	Holerite	R\$ 1.438,62		R\$ 26.479,48
04/06/2021	Eloisa Terciotti de Matos	Holerite	R\$ 2.073,59		R\$ 24.405,89
04/06/2021	Izabel Cristina de Souza	Holerite	R\$ 1.461,94		R\$ 22.943,95
04/06/2021	Leticia Maiara dos Santos	Holerite	R\$ 1.488,62		R\$ 21.455,33
04/06/2021	Lucas Carvalho dos Santos	Holerite	R\$ 1.753,63		R\$ 19.701,70
04/06/2021	Maira Teixeira de Castro	Holerite	R\$ 1.476,12		R\$ 18.225,58
04/06/2021	Marcia Maiara Possenti	Holerite	R\$ 1.972,23		R\$ 16.253,35
04/06/2021	Maria Eduarda Odoni Bomte	Holerite	R\$ 1.316,73		R\$ 14.936,62
04/06/2021	Natalia Pazinato da Silva	Holerite	R\$ 1.438,62		R\$ 13.498,00
04/06/2021	Natalia Xavier Nascimento Oliveira	Holerite	R\$ 2.858,97		R\$ 10.639,03
04/06/2021	Patricia Adriana Ferreira	Holerite	R\$ 1.710,62		R\$ 8.928,41
04/06/2021	Patricia Michele de Almeida	Holerite	R\$ 1.438,62		R\$ 7.489,79
04/06/2021	Regina Leia Parro Rodrigues	Holerite	R\$ 71,56		R\$ 7.418,23
04/06/2021	Ricardo de Carvalho	Holerite	R\$ 1.729,12		R\$ 5.689,11
04/06/2021	Thais Boaretto da Silva	Holerite	R\$ 4.237,98		R\$ 1.451,13
04/06/2021	Valeria Cristina de Souza	Holerite	R\$ 1.451,13		R\$ 0,00
07/06/2021	Repasso Publico	202.106.040.031.798		R\$ 312.598,88	R\$ 312.598,88
07/06/2021	Jaqueline Cristina Oswaldo	Holerite	R\$ 843,34		R\$ 311.755,54
07/06/2021	Transferecia AHBB Sede	553.062.007.004.231	R\$ 274.995,45		R\$ 36.760,09
07/06/2021	Sonia dos Santos Rocha	Holerite	R\$ 1.704,39		R\$ 35.055,70
07/06/2021	Alessandra Aparecida dos Santos	Holerite	R\$ 1.521,75		R\$ 33.533,95
07/06/2021	Ana Paula Perussi	Holerite	R\$ 1.411,08		R\$ 32.122,87
07/06/2021	Cristiane Dias da Silva	Holerite	R\$ 1.211,58		R\$ 30.911,29
07/06/2021	Eliana Cristina Rodrigues	Holerite	R\$ 1.457,34		R\$ 29.453,95
07/06/2021	Fernanda da Silva Gimenez	Holerite	R\$ 1.700,61		R\$ 27.753,34
07/06/2021	Mauro Celso Chiavelli	Holerite	R\$ 2.869,79		R\$ 24.883,55
07/06/2021	Samir Bispo dos Santos	Holerite	R\$ 1.488,62		R\$ 23.394,93
07/06/2021	Thais de Souza Thomas	Holerite	R\$ 1.554,35		R\$ 21.840,58
07/06/2021	Samtronic Industria e Comercio Ltda	Nota Fiscal nº 267080	R\$ 848,00		R\$ 20.992,58
07/06/2021	Comercial Cirurgica Rioclarense Ltda	Nota Fiscal nº 1432495	R\$ 2.055,24		R\$ 18.937,34
07/06/2021	Comercial Cirurgica Rioclarense Ltda	Nota Fiscal nº 0589750	R\$ 1.837,50		R\$ 17.099,84
07/06/2021	Supermed Com. E Imp. De Prod. Med. E Hospit. Ltda	Nota Fiscal nº 515893	R\$ 1.276,41		R\$ 15.823,43
07/06/2021	Supermed Com. E Imp. De Prod. Med. E Hospit. Ltda	Nota Fiscal nº 207819	R\$ 6.052,20		R\$ 9.771,23
07/06/2021	Supermed Com. E Imp. De Prod. Med. E Hospit. Ltda	Nota Fiscal nº 207585	R\$ 652,96		R\$ 9.118,27
07/06/2021	Thomson Reuters Bras	Nota Fiscal nº 1580753	R\$ 1.080,00		R\$ 8.038,27
07/06/2021	Cirurgica Neves Ltda EPP	Nota Fiscal nº 15190	R\$ 210,00		R\$ 7.828,27
07/06/2021	Dupatri Hospitalar Comercio Importação e Exportação Ltda	Nota Fiscal nº 1177610	R\$ 943,25		R\$ 6.885,02
07/06/2021	Comercial Cirurgica Rioclarense Ltda	Nota Fiscal nº 1435171	R\$ 2.552,13		R\$ 4.332,89
07/06/2021	Comercial Cirurgica Rioclarense Ltda	Nota Fiscal nº 1438032	R\$ 991,57		R\$ 3.341,32
07/06/2021	Comercial Cirurgica Rioclarense Ltda	Nota Fiscal nº 589152	R\$ 985,57		R\$ 2.355,75
07/06/2021	Espirito Santo Dist. De Produtos Hosp	Nota Fiscal nº 5786	R\$ 2.355,75		-R\$ 0,00
08/06/2021	Devolução AHBB Sede	553.062.007.004.231		R\$ 1.476,51	R\$ 1.476,51
08/06/2021	Comercial Cirurgica Rioclarense Ltda	Nota Fiscal nº 1421771	R\$ 1.476,51		-R\$ 0,00
08/06/2021	Devolução AHBB Sede	553.062.007.004.231		R\$ 27.318,84	R\$ 27.318,84
08/06/2021	FGTS Arrecadação GRF	GRRF/FGTS	R\$ 6.318,84		R\$ 21.000,00
09/06/2021	Gestare Serviços Combinados de Escritório	Nota Fiscal nº 237	R\$ 21.000,00		-R\$ 0,00
14/06/2021	Devolução AHBB Sede	553.062.007.004.231		R\$ 115.986,48	R\$ 115.986,48
14/06/2021	Winter - Gestão e Consultoria Médica Ltda EPP	Nota Fiscal nº 486	R\$ 84.465,00		R\$ 31.521,48
14/06/2021	Belive Comercio de Produtos Hospitalares Ltda	Nota Fiscal nº 9346	R\$ 1.700,00		R\$ 29.821,48
14/06/2021	Belive Comercio de Produtos Hospitalares Ltda	Nota Fiscal nº 9335	R\$ 2.800,00		R\$ 27.021,48
14/06/2021	União Química Farmaceutica Nacional	Nota Fiscal nº 504478	R\$ 8.700,00		R\$ 18.321,48
14/06/2021	Comercial Cirurgica Rioclarense Ltda	Nota Fiscal nº 597953	R\$ 1.949,81		R\$ 16.371,67
14/06/2021	Samtronic Industria e Comercio Ltda	Nota Fiscal nº 268029	R\$ 2.144,75		R\$ 14.226,92
14/06/2021	Supermed Com. E Imp. De Prod. Med. E Hospit. Ltda	Nota Fiscal nº 203316	R\$ 2.391,79		R\$ 11.835,13
14/06/2021	Supermed Com. E Imp. De Prod. Med. E Hospit. Ltda	Nota Fiscal nº 513795	R\$ 2.742,61		R\$ 9.092,52
14/06/2021	Supermed Com. E Imp. De Prod. Med. E Hospit. Ltda	Nota Fiscal nº 203317	R\$ 934,02		R\$ 8.158,50
14/06/2021	Supermed Com. E Imp. De Prod. Med. E Hospit. Ltda	Nota Fiscal nº 215659	R\$ 8.158,50		-R\$ 0,00
15/06/2021	Devolução AHBB Sede	553.062.007.004.231		R\$ 40.236,53	R\$ 40.236,53
15/06/2021	Kataoka e Perez. Serviços de Fisioterapia Ltda	Nota Fiscal nº 67	R\$ 28.000,00		R\$ 12.236,53
15/06/2021	Relogios de Ponto Bauru Ltda	Nota Fiscal nº 4579-1	R\$ 90,00		R\$ 12.146,53

15/06/2021	Supermed Com. E Imp. De Prod. Med. E Hospit. Ltda	Nota Fiscal nº 516915	R\$ 1.346,41		R\$ 10.800,12
15/06/2021	Comercial Cirurgica Rioclarense Ltda	Nota Fiscal nº 1425771	R\$ 2.612,90		R\$ 8.187,22
15/06/2021	Comercial Cirurgica Rioclarense Ltda	Nota Fiscal nº 1438032	R\$ 991,57		R\$ 7.195,65
15/06/2021	Laboratorio São Paulo	Nota Fiscal nº 62121	R\$ 7.195,65		R\$ 0,00
16/06/2021	Devolução AHBB Sede	553.062.007.004.231		R\$ 4.220,57	R\$ 4.220,57
16/06/2021	Edilaine Munhoz	Férias	R\$ 2.241,24		R\$ 1.979,33
16/06/2021	Maira Teixeira de Castro	Férias	R\$ 1.979,33		R\$ 0,00
17/06/2021	Devolução AHBB Sede	553.062.007.004.231		R\$ 15.662,74	R\$ 15.662,74
17/06/2021	Eliana Cristina Rodrigues	Férias	R\$ 1.983,73		R\$ 13.679,01
17/06/2021	Ministério da Fazenda-5952	Pagamento	R\$ 4.657,17		R\$ 9.021,84
17/06/2021	Ministério da Fazenda-1708	Pagamento	R\$ 1.502,31		R\$ 7.519,53
17/06/2021	Ministério da Fazenda-0561	Pagamento	R\$ 745,70		R\$ 6.773,83
17/06/2021	Ministério da Fazenda	Pagamento GPS	R\$ 6.773,83		R\$ 0,00
21/06/2021	Devolução AHBB Sede	553.062.007.004.231		R\$ 23.063,15	R\$ 23.063,15
21/06/2021	F Net Telecom Ltda	Nota Fiscal nº 24	R\$ 179,90		R\$ 22.883,25
21/06/2021	Sinconnecta - Tecnologia de Informações	Nota Fiscal nº 7098	R\$ 863,00		R\$ 22.020,25
21/06/2021	Destra - Apoio e Prev em Seg Trabalho Ltda	Nota Fiscal nº 2023	R\$ 1.173,12		R\$ 20.847,13
21/06/2021	Comercial Cirurgica Rioclarense Ltda	Nota Fiscal nº 597953	R\$ 1.949,81		R\$ 18.897,32
21/06/2021	Comercial Cirurgica Rioclarense Ltda	Nota Fiscal nº 598155	R\$ 1.670,00		R\$ 17.227,32
21/06/2021	Comercial Cirurgica Rioclarense Ltda	Nota Fiscal nº 1438746	R\$ 3.722,30		R\$ 13.505,02
21/06/2021	Cirurgica Neves Ltda EPP	Nota Fiscal nº 15262	R\$ 2.545,00		R\$ 10.960,02
21/06/2021	Supermed Com. E Imp. De Prod. Med. E Hospit. Ltda	Nota Fiscal nº 518265	R\$ 1.777,00		R\$ 9.183,02
21/06/2021	Supermed Com. E Imp. De Prod. Med. E Hospit. Ltda	Nota Fiscal nº 212781	R\$ 1.415,56		R\$ 7.767,46
21/06/2021	Comercial Cirurgica Rioclarense Ltda	Nota Fiscal nº 598467	R\$ 1.425,00		R\$ 6.342,46
21/06/2021	Supermed Com. E Imp. De Prod. Med. E Hospit. Ltda	Nota Fiscal nº 212782	R\$ 936,42		R\$ 5.406,04
21/06/2021	Supermed Com. E Imp. De Prod. Med. E Hospit. Ltda	Nota Fiscal nº 515893	R\$ 1.276,40		R\$ 4.129,64
21/06/2021	Supermed Com. E Imp. De Prod. Med. E Hospit. Ltda	Nota Fiscal nº 207585	R\$ 652,95		R\$ 3.476,69
21/06/2021	Dupatri Hospitalar Comercio Importação e Exportação Ltda	Nota Fiscal nº 179646	R\$ 385,72		R\$ 3.090,97
21/06/2021	Dupatri Hospitalar Comercio Importação e Exportação Ltda	Nota Fiscal nº 175704	R\$ 757,81		R\$ 2.333,16
21/06/2021	Dupatri Hospitalar Comercio Importação e Exportação Ltda	Nota Fiscal nº 1180526	R\$ 284,85		R\$ 2.048,31
21/06/2021	Biomedical Equipamentos e Produtos Medico-Cirurgicos Ltda	Nota Fiscal nº 136228	R\$ 680,00		R\$ 1.368,31
21/06/2021	Biripel Embalagens Ltda	Nota Fiscal nº 166842	R\$ 366,00		R\$ 1.002,31
21/06/2021	Comercial Cirurgica Rioclarense Ltda	Nota Fiscal nº 1438032	R\$ 991,86		R\$ 10,45
21/06/2021	Tarifas Bancárias	811.720.904.211.749	R\$ 10,45		R\$ 0,00
28/06/2021	Devolução AHBB Sede	553.062.007.004.231		R\$ 11.959,74	R\$ 11.959,74
28/06/2021	T.H Engenharia Clínica Hospitalar	Nota Fiscal nº 32	R\$ 3.630,83		R\$ 8.328,91
28/06/2021	Dupatri Hospitalar Comercio Importação e Exportação Ltda	Nota Fiscal nº 171925	R\$ 2.096,47		R\$ 6.232,44
28/06/2021	Belive Comercio de Produtos Hospitalares Ltda	Nota Fiscal nº 9658	R\$ 1.360,00		R\$ 4.872,44
28/06/2021	Comercial Cirurgica Rioclarense Ltda	Nota Fiscal nº 597953	R\$ 1.950,38		R\$ 2.922,06
28/06/2021	Supermed Com. E Imp. De Prod. Med. E Hospit. Ltda	Nota Fiscal nº 215660	R\$ 1.128,26		R\$ 1.793,80
28/06/2021	Center Maq Comercio de Maquinas	Nota Fiscal nº 24362	R\$ 471,65		R\$ 1.322,15
28/06/2021	Comercial Cirurgica Rioclarense Ltda	Nota Fiscal nº 1443155	R\$ 533,30		R\$ 788,85
28/06/2021	Augusto Valério de Siqueira Papelaria	Nota Fiscal nº 5205	R\$ 495,40		R\$ 293,45
28/06/2021	Tarifas Bancárias	831.791.200.780.289	R\$ 10,45		R\$ 283,00
28/06/2021	Tarifas Bancárias	841.791.003.703.917	R\$ 60,00		R\$ 223,00
28/06/2021	Tarifas Bancárias	841.791.004.226.029	R\$ 10,45		R\$ 212,55
28/06/2021	Tarifas Bancárias	841.791.004.635.011	R\$ 70,00		R\$ 142,55
28/06/2021	Tarifas Bancárias	881.791.006.742.246	R\$ 142,55		R\$ 0,00
29/06/2021	Devolução AHBB Sede	553.062.007.004.231		R\$ 5.805,93	R\$ 5.805,93
29/06/2021	Devolução AHBB Sede- valor supermed em duplicidade	147.871.716		R\$ 7.853,28	R\$ 13.659,21
29/06/2021	Priscila Santos Leite de Almeida	Rescisão	R\$ 7.890,56		R\$ 5.768,65
29/06/2021	Thais de Souza Thomas	Rescisão	R\$ 43,95		R\$ 5.724,70
29/06/2021	J. E. de Araujo Odontologia Eireli EPP	Nota Fiscal nº 69	R\$ 675,00		R\$ 5.049,70
29/06/2021	FGTS Arrecadação GRF	GRRF/FGTS	R\$ 5.028,80		R\$ 20,90
29/06/2021	Tarifas Bancárias	801.801.100.089.605	R\$ 10,45		R\$ 10,45
29/06/2021	Tarifas Bancárias	871.800.904.970.625	R\$ 10,45		R\$ 0,00
30/06/2021	Devolução AHBB Sede	553.062.007.004.231		R\$ 226.110,69	R\$ 226.110,69

Mirandópolis, 14 de Julho de 2021.

Responsável pela Conveniada:


João Pedro Pinotti Affonso
Diretor Administrativo

AHBB – Associação Hospitalar Beneficente do Brasil

Sede Administrativa: Av. José Ariano Rodrigues, 303 – Jd. Ariano – Lins/SP - CEP: 16400 – 400 Tel.: +55 14 3532 5198
www.ahbb.org.br

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



Consultas - Extrato de conta corrente

G3363013271958451
30/06/2021 13:39:17

Cliente - Conta atual

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

Lançamentos

Dt. balancete	Dt. movimento	Ag. origem	Lote	Histórico	Documento	Valor R\$	Saldo
31/05/2021		0000	00000 000	Saldo Anterior			0,00 C
01/06/2021		3062	99015 870	Transferência recebida	553.062.007.004.231	30.046,12 C	
				01/06 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B			
01/06/2021		0000	13105 109	Pagamento de Boleto	60.101	9.044,58 D	
				TICKET SERVICOS S/A			
01/06/2021		0000	13105 109	Pagamento de Boleto	60.102	5.970,56 D	
				TICKET SERVICOS S/A			
01/06/2021		0000	13105 109	Pagamento de Boleto	60.103	3.493,78 D	
				BANCO SOFISA S/A			
01/06/2021		0000	13105 109	Pagamento de Boleto	60.104	4.022,20 D	
				COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENS			
01/06/2021		0000	13105 109	Pagamento de Boleto	60.105	2.169,00 D	
				COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENS			
01/06/2021		0000	13105 393	TED Transf.Eletr.Disponiv	60.106	5.346,00 D	0,00 C
				341 3239 026701170000197 BW DISTRIBUID			
04/06/2021		3062	99015 870	Transferência recebida	553.062.007.004.231	46.063,52 C	
				04/06 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B			
04/06/2021		0000	13134 250	Folha de Pagamento	46.852	46.063,52 D	0,00 C
07/06/2021		0000	14138 632	Ordem Bancária	202.106.040.031.798	312.598,88 C	
				463772220003-90 SP-SEC DA FAZENDA E PL			
07/06/2021		6790	99015 470	Transferência enviada	550.448.000.018.441	843,34 D	
				07/06 0448 18441-1 JAQUELINE C OS			
07/06/2021		6790	99015 470	Transferência enviada	553.062.007.004.231	274.995,45 D	
				07/06 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B			
07/06/2021		0000	13105 393	TED Transf.Eletr.Disponiv	60.701	1.704,39 D	
				104 1354 30441818870 SONIA DOS SANTOS			
07/06/2021		0000	13105 393	TED Transf.Eletr.Disponiv	60.702	1.521,75 D	
				033 0139 11735608823 ALESSANDRA APAREC			
07/06/2021		0000	13105 393	TED Transf.Eletr.Disponiv	60.703	1.411,08 D	
				033 0477 42797945883 ANA PAULA PERUSSI			
07/06/2021		0000	13105 393	TED Transf.Eletr.Disponiv	60.704	1.211,58 D	
				033 0132 31176341855 CRISTIANE DIAS DA			
07/06/2021		0000	13105 393	TED Transf.Eletr.Disponiv	60.705	1.457,34 D	
				237 0167 29487360808 ELIANA CRISTINA R			
07/06/2021		0000	13105 393	TED Transf.Eletr.Disponiv	60.706	1.700,61 D	
				033 0477 39141563840 FERNANDA DA SILVA			
07/06/2021		0000	13105 393	TED Transf.Eletr.Disponiv	60.707	2.869,79 D	
				237 0167 36576071884 MAURO CELSO CHIAV			
07/06/2021		0000	13105 393	TED Transf.Eletr.Disponiv	60.708	1.488,62 D	
				033 3337 24612142802 SAMIR BISPO DOS S			
07/06/2021		0000	13105 393	TED Transf.Eletr.Disponiv	60.709	1.554,35 D	
				033 0132 37879617809 TAIS DE SOUZA THO			
07/06/2021		0000	13105 109	Pagamento de Boleto	60.710	848,00 D	
				SAMTRONIC INDUSTRIA E COMERCIO			
07/06/2021		0000	13105 109	Pagamento de Boleto	60.711	2.055,24 D	
				COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENS			
07/06/2021		0000	13105 109	Pagamento de Boleto	60.712	1.837,50 D	
				COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENS			
07/06/2021		0000	13105 109	Pagamento de Boleto	60.713	1.276,41 D	
				BANCO SOFISA S/A			
07/06/2021		0000	13105 109	Pagamento de Boleto	60.714	2.055,20 D	

Convertido em 14/07/2022
Fonte de Recurso Estadual
Termo Aditivo nº 00002/2020
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

			BANCO SOFISA S/A			
07/06/2021	0000	13105 109	Pagamento de Boleto	60.715	652,96 D	
			BANCO SOFISA S/A			
07/06/2021	0000	13105 109	Pagamento de Boleto	60.716	1.080,00 D	
			THOMSON REUTERS BRAS			
07/06/2021	0000	13105 109	Pagamento de Boleto	60.717	210,00 D	
			CIRURGICA NEVES LTDA - EPP			
07/06/2021	0000	13105 109	Pagamento de Boleto	60.718	943,25 D	
			DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IM			
07/06/2021	0000	13105 109	Pagamento de Boleto	60.719	2.552,13 D	
			COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENS			
07/06/2021	0000	13105 109	Pagamento de Boleto	60.720	991,57 D	
			COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENS			
07/06/2021	0000	13105 109	Pagamento de Boleto	60.721	985,57 D	
			COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENS			
07/06/2021	0000	13105 393	TED Transf.Eletr.Disponiv	60.722	2.355,75 D	0,00 C
			756 5042 045349461000374 ASSOCIACAO HO			
08/06/2021	3062	99015 870	Transferência recebida	553.062.007.004.231	1.476,51 C	
			08/06 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B			
08/06/2021	0000	13105 109	Pagamento de Boleto	60.801	1.476,51 D	0,00 C
			COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENS			
09/06/2021	3062	99015 870	Transferência recebida	553.062.007.004.231	27.318,84 C	
			09/06 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B			
09/06/2021	0000	13105 375	Impostos	60.901	6.318,84 D	
			FGTS ARRECADACAO GRF			
09/06/2021	0000	13105 393	TED Transf.Eletr.Disponiv	60.902	21.000,00 D	0,00 C
			341 0049 034298678000114 GESTARE SERVI			
14/06/2021	3062	99015 870	Transferência recebida	553.062.007.004.231	115.986,48 C	
			14/06 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B			
14/06/2021	0000	13105 393	TED Transf.Eletr.Disponiv	61.401	84.465,00 D	
			341 0049 026392666000126 WINTER - GEST			
14/06/2021	0000	13105 109	Pagamento de Boleto	61.402	1.700,00 D	
			BELIVE MEDICAL P H LTDA			
14/06/2021	0000	13105 109	Pagamento de Boleto	61.403	2.800,00 D	
			BELIVE MEDICAL P H LTDA			
14/06/2021	0000	13105 109	Pagamento de Boleto	61.404	8.700,00 D	
			UNIAO QUIMICA FARMACEUTICA NACIONAL S			
14/06/2021	0000	13105 109	Pagamento de Boleto	61.405	1.949,81 D	
			COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENS			
14/06/2021	0000	13105 109	Pagamento de Boleto	61.406	2.144,75 D	
			SAMTRONIC INDUSTRIA E COMERCIO			
14/06/2021	0000	13105 109	Pagamento de Boleto	61.407	2.391,79 D	
			BANCO SOFISA S/A			
14/06/2021	0000	13105 109	Pagamento de Boleto	61.408	2.742,61 D	
			BANCO SOFISA S/A			
14/06/2021	0000	13105 109	Pagamento de Boleto	61.409	934,02 D	
			BANCO SOFISA S/A			
14/06/2021	0000	13105 109	Pagamento de Boleto	61.410	8.158,50 D	0,00 C
			SUPERMED COMERCIO E IMPORTACAO DE PROD			
15/06/2021	3062	99015 870	Transferência recebida	553.062.007.004.231	40.236,53 C	
			15/06 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B			
15/06/2021	0000	13105 393	TED Transf.Eletr.Disponiv	61.501	28.000,00 D	
			077 0001 033433450000127 KATAOKA SERVI			
15/06/2021	0000	13105 109	Pagamento de Boleto	61.502	90,00 D	
			RELOGIOS DE PONTO BAURU LTDA			
15/06/2021	0000	13105 109	Pagamento de Boleto	61.503	1.346,41 D	
			BANCO SOFISA S/A			
15/06/2021	0000	13105 109	Pagamento de Boleto	61.504	2.612,90 D	
			COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENS			
15/06/2021	0000	13105 109	Pagamento de Boleto	61.505	991,57 D	
			COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENS			
15/06/2021	0000	13105 393	TED Transf.Eletr.Disponiv	61.506	7.195,65 D	0,00 C
			237 0110 051100840000167 LABORATORIO S			
16/06/2021	3062	99015 870	Transferência recebida	553.062.007.004.231	4.220,57 C	
			16/06 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B			

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

16/06/2021	0000	13134 250 Folha de Pagamento	17.874	4.220,57 D	0,00 C
17/06/2021	3062	99015 870 Transferência recebida 553.062.007.004.231	15.662,74 C		
		17/06 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B			
17/06/2021	0000	13105 393 TED Transf.Eletr.Disponiv	61.701	1.983,73 D	
		237 0167 29487360808 ELIANA CRISTINA R			
17/06/2021	0000	13105 375 Impostos	61.702	4.657,17 D	
		DARF - 45.349.461/0001-02 -5952			
17/06/2021	0000	13105 375 Impostos	61.703	1.502,31 D	
		DARF - 45.349.461/0001-02 -1708			
17/06/2021	0000	13105 375 Impostos	61.704	745,70 D	
		RFB- DARF PRETO CALCULADO			
17/06/2021	0000	13105 196 INSS Arrecadação	61.705	6.773,83 D	0,00 C
		GPS- Ident.: 45349461000889 - 05/2021			
21/06/2021	3062	99015 870 Transferência recebida 553.062.007.004.231	23.063,15 C		
		21/06 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B			
21/06/2021	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	62.101	179,90 D	
		F B BABETO ME			
21/06/2021	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	62.102	863,00 D	
		SINCONECTA - TECNOLOGIA DE INFORMACAO			
21/06/2021	0000	13105 393 TED Transf.Eletr.Disponiv	62.103	1.173,12 D	
		341 0220 011814918000190 DESTRA - APOI			
21/06/2021	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	62.104	1.949,81 D	
		COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENS			
21/06/2021	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	62.105	1.670,00 D	
		COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENS			
21/06/2021	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	62.106	3.722,30 D	
		COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENS			
21/06/2021	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	62.107	2.545,00 D	
		CIRURGICA NEVES LTDA - EPP			
21/06/2021	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	62.108	1.777,00 D	
		SUPERMED COMERCIO E IMPORTACAO DE PROD			
21/06/2021	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	62.109	1.415,56 D	
		SUPERMED COMERCIO E IMPORTACAO DE PROD			
21/06/2021	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	62.110	1.425,00 D	
		COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENS			
21/06/2021	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	62.111	936,42 D	
		SUPERMED COMERCIO E IMPORTACAO DE PROD			
21/06/2021	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	62.112	1.276,40 D	
		BANCO SOFISA S/A			
21/06/2021	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	62.113	652,95 D	
		BANCO SOFISA S/A			
21/06/2021	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	62.114	385,72 D	
		DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IM			
21/06/2021	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	62.115	757,81 D	
		DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IM			
21/06/2021	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	62.116	284,85 D	
		DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IM			
21/06/2021	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	62.117	680,00 D	
		BIOMEDICAL			
21/06/2021	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	62.118	366,00 D	
		BIRIPEL EMBALAGENS LTDA			
21/06/2021	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	62.119	991,86 D	
		COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENS			
21/06/2021	0000	13113 310 Tar DOC/TED Eletrônico 811.720.904.211.749	10,45 D		0,00 C
		Cobrança referente a 17/06/2021			
28/06/2021	3062	99015 870 Transferência recebida 553.062.007.004.231	11.959,74 C		
		28/06 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B			
28/06/2021	0000	13105 393 TED Transf.Eletr.Disponiv	62.801	3.630,83 D	
		341 0049 042160334000172 TH ENGENHARIA			
28/06/2021	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	62.802	2.096,47 D	
		DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IM			
28/06/2021	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	62.803	1.360,00 D	
		BELIVE MEDICAL P H LTDA			
28/06/2021	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	62.804	1.950,38 D	
		COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENS			

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

28/06/2021	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	62.805	1.128,26 D	
		BANCO SOFISA S/A			
28/06/2021	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	62.806	471,65 D	
		CENTER MAQ COMERCIO DE MAQUINA			
28/06/2021	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	62.807	533,30 D	
		COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENS			
28/06/2021	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	62.808	495,40 D	
		AUGUSTO VALERIO DE SIQUEIRA PAPELARIA			
28/06/2021	0000	13113 310 Tar DOC/TED Eletrônico	831.791.200.780.289	10,45 D	
		Cobrança referente a 28/06/2021			
28/06/2021	0000	13113 170 Tarifa Modulo	841.791.003.703.917	60,00 D	
		Cobrança referente a 25/06/2021			
28/06/2021	0000	13113 310 Tar DOC/TED Eletrônico	841.791.004.226.029	10,45 D	
		Cobrança referente a 21/06/2021			
28/06/2021	0000	13113 170 Tarifa Modulo	841.791.004.635.011	70,00 D	
		Cobrança referente a 25/06/2021			
28/06/2021	0000	13113 435 Tarifa Pacote de Serviços	881.791.006.742.246	142,55 D	0,00 C
		Cobrança referente a 25/06/2021			
29/06/2021	3062	99015 870 Transferência recebida	553.062.007.004.231	5.805,93 C	
		29/06 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B			
29/06/2021	0000	14175 976 TED-Pag Fornecedores	147.871.716	7.853,28 C	
		756 5042 45349461000374 ASSOCIACAO HOS			
29/06/2021	0000	13134 250 Folha de Pagamento	26.357	7.890,56 D	
29/06/2021	0000	13105 393 TED Transf.Eletr.Disponiv	62.901	43,95 D	
		033 0132 37879617809 TAIS DE SOUZA THO			
29/06/2021	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	62.902	675,00 D	
		J E DE ARAUJO ODONTOLOGIA EIRELI EPP			
29/06/2021	0000	13105 375 Impostos	62.903	5.028,80 D	
		FGTS ARREC GRRF			
29/06/2021	0000	13113 310 Tar DOC/TED Eletrônico	801.801.100.089.605	10,45 D	
		Cobrança referente a 29/06/2021			
29/06/2021	0000	13113 435 Tarifa Pacote de Serviços	871.800.904.970.625	10,45 D	0,00 C
		Cobr parc ref a 25/06/2021			
30/06/2021	3062	03062 870 Transferência recebida	553.062.007.004.231	226.110,69 C	
		30/06 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B			
30/06/2021	0000	00000 999 S A L D O		226.110,69 C	
Saldo				226.110,69C	
Juros *				0,00	
Data de Debito de Juros				30/06/2021	
IOF *				0,00	
Data de Debito de IOF				01/07/2021	

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

Serviço de Atendimento ao Consumidor - SAC 0800 729 0722

Ouvidoria BB 0800 729 5678

Para deficientes auditivos 0800 729 0088

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



Consultas - Emissão de comprovantes

G3340413562039571
04/07/2021 17:08:22

04/07/2021 - BANCO DO BRASIL - 17:08:14
679006790 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

ITAU UNIBANCO S.A.

34191090400128233293981658220009286410000904458

BENEFICIARIO:

TICKET SERVICOS S/A

NOME FANTASIA:

TICKET SERVICOS S/A

CNPJ: 47.866.934/0001-74

BENEFICIARIO FINAL:

TICKET SERVICOS S/A

CNPJ: 47.866.934/0001-74

PAGADOR:

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICE

CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	60.101
DATA DE VENCIMENTO	04/06/2021
DATA DO PAGAMENTO	01/06/2021
VALOR DO DOCUMENTO	9.044,58
VALOR COBRADO	9.044,58

NR.AUTENTICACAO B.621.BA1.882.FA2.16F



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

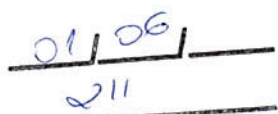
SAC BB
0800 729 0722
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de
produtos e servicos.

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

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

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

 PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFS-e RPS Nº 152172 Série D3, emitido em 28/04/2021 20210507u47866934000174	Número da Nota 29256341			
	Data e Hora de Emissão 28/04/2021 19:45:17 Código de Verificação MIBD-UU8C			
PRESTADOR DE SERVIÇOS				
 CPF/CNPJ: 47.866.934/0001-74 Nome/Razão Social: TICKET SERVICOS S.A Endereço: AV DOUTORA RUTH CARDOSO 7815 - PINHEIROS - CEP: 05425-070 Município: São Paulo	Inscrição Municipal: 5.987.120-2 UF: SP			
TOMADOR DE SERVIÇOS				
Nome/Razão Social: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02 Endereço: AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303, SALA 03 - JARDIM ARIANO - CEP: 16400-400 Município: Lins				
Inscrição Municipal: ---- UF: SP E-mail: wgalenti@ahbb.org.br				
INTERMEDIÁRIO DE SERVIÇOS				
CPF/CNPJ: ---- Nome/Razão Social: ----				
DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS				
TRE DISPONIBILIZACAO DE BENEFICIO QTD 1 R\$9.257,50 DESCONTOS CONCEDIDOS -R\$212,92 VALOR DA CORRETAGEM OU COMISSAO: ZERO Pedido Web: 924147 Ped GP: 33531777 Contrato: 2004030057121 IE: ISENTO IM: IRF 1,50%-IN/SRF 177/87 e 107/91 LEI 12741/12 VL.TRIB.R\$0,00 Data de Vencimento: 04/06/2021 VALOR TOTAL: R\$9.044,58				
VALOR TOTAL DO SERVIÇO = R\$ 0,00				
INSS (R\$)	IRRF (R\$)	CSLL (R\$)	COFINS (R\$)	PIS/PASEP (R\$)
-	-	-	-	-
Código do Serviço				
03205 - Fornecimento e administração de vales-refeição, vales-alimentação, vales-transporte e similares				
Valor Total das Deduções (R\$)	Base de Cálculo (R\$)	Alíquota (%)	Valor do ISS (R\$)	Crédito (R\$)
0,00	0,00	2,00%	0,00	0,00
Município da Prestação do Serviço		Número Inscrição da Obra	Valor Aproximado dos Tributos / Fonte	
-		-	IBPT	
OUTRAS INFORMAÇÕES				
(1) Esta NFS-e foi emitida com respaldo na Lei nº 14.097/2005; (2) Esta NFS-e substitui o RPS Nº 152172 Série D3, emitido em 28/04/2021;				


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

Instruções de Impressão

Imprimir em impressora jato de tinta (Ink jet) ou laser em qualidade normal. (Não use modo econômico).
Utilize folha A4 (210 x 297 mm) ou Carta (216 x 279 mm) - Corte na linha indicada.

Corte na linha pontilhada
Recibo do Pagador



Ticket Serviços S/A
Av. Dra. Ruth Cardoso, 7815 - Torre II 4º, 6º e 7º andares
Pinheiros - São Paulo - SP - CEP 05425-070

Itaú Banco Itaú S.A. | **341-7** | **34191.09040 01282.332939 81658.220009 2 86410000904458**

Beneficiário 47.866.934/0001-74 TICKET SERVICOS S/A		Agência/Código do Beneficiário 2938/16582-2	Espécie R\$	Quantidade	Nosso número 109/04012823-3
Número do documento 1.MB-152172	CPF/CNPJ 47.866.934/0001-74	Vencimento 04/06/2021		Valor Documento 9.044,58	
(-) Desconto / Abatimentos	(-) Outras deduções	(+) Mora / Multa	(+) Outros acréscimos	(=) Valor cobrado	

Pagador
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA

Instruções (Todas as informações deste bloquete são de exclusiva responsabilidade do cedente) Autenticação Mecânica

Obrigado por escolher a Edenred

Corte na linha pontilhada

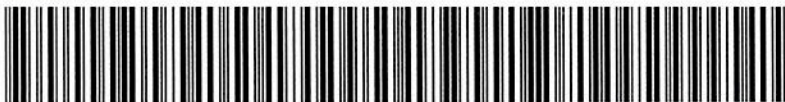
Itaú Banco Itaú S.A. | **341-7** | **34191.09040 01282.332939 81658.220009 2 86410000904458**

Local de Pagamento PAGÁVEL EM QUALQUER AGÊNCIA ATÉ O VENCIMENTO					Vencimento 04/06/2021
Beneficiário 47.866.934/0001-74 TICKET SERVICOS S/A					Agência/Código do Beneficiário 2938/16582-2
Data do Documento 28/04/2021	No documento 1.MB-152172	Espécie Doc DS	Aceite NAO	Data do Processamento 28/04/2021	Nosso Número 109/04012823-3
Use do Banco	Carteira	Espécie R\$	Quantidade	Valor Documento	(=) Valor do Documento 9.044,58

Instruções (Todas as informações deste bloquete são de exclusiva responsabilidade do cedente)					(-) Desconto/Abatimento
COBRAR 10% DE MULTA APOS O VENCIMENTO					(-) Outras Deduções
COBRAR MORA DIARIA DE: R\$4,52					(+) Mora/Multa
*** VALOR DE MORA DIARIA EXPRESSO EM REAIS ***					(+) Outros acréscimos
TITULO SUJEITO A PROTESTO APOS O VENCIMENTO					(=) Valor Cobrado
COBRANCA ESCRITURAL SEM EMISSAO DE DUPLICATA					
NAO RECEBER APOS 30 DIAS DO VENCIMENTO					

Pagador
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA **45.349.461/0001-02**
AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303 SALA 03 - JARDIM ARIANO - 16400400 - LINS - SP | Cód. baixa

Sacador/Avalista Autenticação Mecânica - Ficha de Compensação



Corte na linha pontilhada

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



NOTA DE DEBITO

Número
152172-ND

Data de Emissão
28/04/2021

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 DO BRASIL
Endereço: AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303, SALA 03 - JARDIM ARIANO - CEP: 16400-400
Município: LINS UF: SP

DISCRIMINAÇÃO

TRE DISPONIBILIZACAO DE BENEFICIO QTD 1 R\$9.257,50
DESCONTOS CONCEDIDOS -R\$212,92
Pedido Web: 924147 Ped GP: 33531777 Contrato: 2004030057121 IE:ISENTO IM:

VALOR TOTAL: R\$ 9.044,58

DESCRIÇÃO:

DISPONIBILIZACAO DE BENEFICIOS / CUPONS

NOTA DE DEBITO Nº	VALOR DE NOTA DE DEBITO	FORMA DE PAGAMENTO
152172-ND	R\$ 9.044,58	04/06/2021

OUTRAS INFORMAÇÕES

Este(a) NOTA DE DEBITO é relativa a RPS 152172 de 28/04/2021.

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

RELATÓRIO DE DETALHES DO PEDIDO

Número do Pedido Enviado: 924147

Realizado em: 28/04/2021

Valor (R\$): 9.257,50

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\$): 9.257,50

Data de Crédito:

Quantidade de Beneficiários: 35

Data de Entrega: 03/05/2021

CPF	MATRÍCULA	BENEFICIÁRIO	DEPARTAMENTO	DIAS ÚTEIS	VALOR DIA	VALOR MÊS	VALOR DO BENEFÍCIO
117.356.088-23	11735608823	ALESSANDRA A SANT	AHBB MIRANDOPOLIS				R\$ 262,50
214.220.888-63	2122	ANA A F NOGUEIRA	AHBB MIRANDOPOLIS				R\$ 245,00
214.801.238-03	2123	ANA P A ZANATTA	AHBB MIRANDOPOLIS				R\$ 245,00
427.979.458-83	42797945883	ANA PAULA PERUSSI	AHBB MIRANDOPOLIS				R\$ 245,00
301.663.768-50	2336	BIANCA CAETANO COSTA	AHBB MIRANDOPOLIS				R\$ 227,50
368.501.738-12	36850173812	BRUNA BERALDO FERRANTE	AHBB MIRANDOPOLIS				R\$ 227,50
377.077.858-86	37707785886	CATIA FERNANDA FERRAZ	AHBB MIRANDOPOLIS				R\$ 227,50
311.763.418-55	31176341855	CRISTIANE DIAS DA SILVA	AHBB MIRANDOPOLIS				R\$ 227,50
295.136.688-43	29513668843	CRISTIANE P VENDRAME	AHBB MIRANDOPOLIS				R\$ 227,50
218.471.208-65	21847120865	DANIELA SANTOS OLIVEIRA	AHBB MIRANDOPOLIS				R\$ 227,50
385.855.778-19	38585577819	DEBORA CRISTINA LOCHE	AHBB MIRANDOPOLIS				R\$ 17,50
322.986.678-96	2132	DENISE P A LISB	AHBB MIRANDOPOLIS				R\$ 245,00
108.823.788-64	2134	EDILAINE MUNHOZ MAQUEA	AHBB MIRANDOPOLIS				R\$ 245,00
291.914.308-52	2135	EDILENE MANOEL	AHBB MIRANDOPOLIS				R\$ 245,00
095.608.758-25	9560875825	ELAINE C D BORGES	AHBB MIRANDOPOLIS				R\$ 245,00
294.873.608-08	29487360808	ELIANA C RODRIGUES	AHBB MIRANDOPOLIS				R\$ 245,00
444.702.378-41	44470237841	ELOISA T M SANC	AHBB MIRANDOPOLIS				R\$ 455,00
391.415.638-40	39141563840	FERNANDA SILVA GIMENEZ	AHBB MIRANDOPOLIS				R\$ 227,50

Unidade de Entrega: AHBB SEDE

Valor dos Benefícios (R\$): 9.257,50

Data de Crédito:
Quantidade de Beneficiários: 35

Data de Entrega: 03/05/2021

CPF	MATRÍCULA	BENEFICIÁRIO	DEPARTAMENTO	DIAS ÚTEIS	VALOR DIA	VALOR MÊS	VALOR DO BENEFÍCIO
095.493.888-75	2130	IZABEL CRISTINA DE SOUZA	AHBB MIRANDOPOLIS				R\$ 280,00
400.061.728-14	2148	LUCAS CARVALHO SANTOS	AHBB MIRANDOPOLIS				R\$ 245,00
427.566.218-03	2149	MAIRA TEIXEIRA DE CASTRO	AHBB MIRANDOPOLIS				R\$ 227,50
382.523.438-05	38252343805	MARCIA MAIARA POSSENTI	AHBB MIRANDOPOLIS				R\$ 367,50
502.653.368-05	50265336805	MARIA E O BOMTEMPO	AHBB MIRANDOPOLIS				R\$ 507,50
365.760.718-84	36576071884	MAURO CELSO CHIAVELLI	AHBB MIRANDOPOLIS				R\$ 385,00
434.914.478-10	43491447810	NATALIA PAZINATO SILVA	AHBB MIRANDOPOLIS				R\$ 227,50
394.946.148-52	39494614852	NATALIA X N OLIV	AHBB MIRANDOPOLIS				R\$ 227,50
285.280.548-02	2153	PATRICIA A FERREIRA	AHBB MIRANDOPOLIS				R\$ 245,00
305.075.078-27	2164	PATRICIA MICHELE ALMEIDA	AHBB MIRANDOPOLIS				R\$ 227,50
298.440.178-66	2155	PRISCILA SL ALMEI	AHBB MIRANDOPOLIS				R\$ 490,00
281.686.478-23	2157	RICARDO DE CARVALHO	AHBB MIRANDOPOLIS				R\$ 227,50
246.121.428-02	24612142802	SAMIR BISPO DOS SANTOS	AHBB MIRANDOPOLIS				R\$ 227,50
304.418.188-70	30441818870	SONIA DOS SANTOS ROCHA	AHBB MIRANDOPOLIS				R\$ 245,00
378.796.178-09	37879617809	TAIS DE SOUZA THOMAS	AHBB MIRANDOPOLIS				R\$ 227,50
329.168.118-50	33	THAIS BOARETO DA SILVA	AHBB MIRANDOPOLIS				R\$ 367,50
298.834.288-12	29883428812	VALERIA CRISTINA SOUZA C	AHBB MIRANDOPOLIS				R\$ 245,00

Contrato: 2004030057121

UNIDADE DE ENTREGA	DEPARTAMENTO	DATA DE CRÉDITO	DATA DE ENTREGA	QUANTIDADE BENEFICIÁRIOS	VALOR DO BENEFÍCIO
AHBB SEDE	AHBB MIRANDOPOLIS		03/05/2021	35	R\$ 9.257,50
				TOTAL BENEFÍCIOS	R\$ 9.257,50
RESUMO DO PRODUTO					SUB TOTAL
Total de Benefícios					R\$ 9.257,50

TOTAL

R\$ 9.257,50

04/07/2021 - BANCO DO BRASIL - 17:08:14
679006790 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

ITAU UNIBANCO S.A.

34191090400127557293981658220009986410000597056

BENEFICIARIO:

TICKET SERVICOS S/A

NOME FANTASIA:

TICKET SERVICOS S/A

CNPJ: 47.866.934/0001-74

BENEFICIARIO FINAL:

TICKET SERVICOS S/A

CNPJ: 47.866.934/0001-74

PAGADOR:

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICE

CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO 60.102

DATA DE VENCIMENTO 04/06/2021

DATA DO PAGAMENTO 01/06/2021

VALOR DO DOCUMENTO 5.970,56

VALOR COBRADO 5.970,56

NR.AUTENTICACAO 3.FA9.C22.865.475.16D

Central de Atendimento BB

4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas

0800 729 0001 Demais localidades.

Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB

0800 729 0722

Informacoes, reclamacoes, cancelamento de produtos e servicos.

Ouvidoria

0800 729 5678



Reclamacoes nao solucionadas nos canais habituais agencia, SAC e demais canais de atendimento.

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala

0800 729 0088

Informacoes, reclamacoes, cancelamento de cartao, outros produtos e servicos de Ouvidoria.

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

 PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFS-e RPS Nº 152094 Série D3, emitido em 28/04/2021 20210507047866934000174	Número da Nota 29256269			
	Data e Hora de Emissão 28/04/2021 18:25:29 Código de Verificação CYYW-ISK2			
PRESTADOR DE SERVIÇOS				
 CPF/CNPJ: 47.866.934/0001-74 Nome/Razão Social: TICKET SERVICOS S.A Endereço: AV DOUTORA RUTH CARDOSO 7815 - PINHEIROS - CEP: 05425-070 Município: São Paulo	Inscrição Municipal: 5.987.120-2 UF: SP			
TOMADOR DE SERVIÇOS				
Nome/Razão Social: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02 Endereço: AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303, SALA 03 - JARDIM ARIANO - CEP: 16400-400 Município: Lins				
Inscrição Municipal: ---- UF: SP E-mail: wgalenti@ahbb.org.br				
INTERMEDIÁRIO DE SERVIÇOS				
CPF/CNPJ: ---- Nome/Razão Social: ----				
DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS				
TA DISPONIBILIZACAO DE BENEFICIO QTD 1 R\$6.080,00 DESCONTOS CONCEDIDOS -R\$109,44 VALOR DA CORRETAGEM OU COMISSAO: ZERO Pedido Web: 922693 Ped GP: 33531732 Contrato: 2004030048091 IE: ISENTO IM: IRF 1,50%-IN/SRF 177/87 e 107/91 LEI 12741/12 VL.TRIB.R\$0,00 Data de Vencimento: 04/06/2021 VALOR TOTAL: R\$5.970,56				
VALOR TOTAL DO SERVIÇO = R\$ 0,00				
INSS (R\$)	IRRF (R\$)	CSLL (R\$)	COFINS (R\$)	PIS/PASEP (R\$)
-	-	-	-	-
Código do Serviço				
03205 - Fornecimento e administração de vales-refeição, vales-alimentação, vales-transporte e similares				
Valor Total das Deduções (R\$)	Base de Cálculo (R\$)	Alíquota (%)	Valor do ISS (R\$)	Crédito (R\$)
0,00	0,00	2,00%	0,00	0,00
Município da Prestação do Serviço		Número Inscrição da Obra	Valor Aproximado dos Tributos / Fonte	
-		-	IBPT	
OUTRAS INFORMAÇÕES				
(1) Esta NFS-e foi emitida com respaldo na Lei nº 14.097/2005; (2) Esta NFS-e substitui o RPS Nº 152094 Série D3, emitido em 28/04/2021;				

Convênio nº 107/2017
 Fonte de Recurso Estadual
 Termo Aditivo nº 0002/2020
 Secretaria do Estado da Saúde
 UGE: 090196 - Hospital Estadual
 Osvaldo Brandi Faria de Mirandópolis
 Tipo de Despesa: Custeio

Instruções de Impressão

Imprimir em impressora jato de tinta (Ink jet) ou laser em qualidade normal. (Não use modo econômico).
Utilize folha A4 (210 x 297 mm) ou Carta (216 x 279 mm) - Corte na linha indicada.

VA
nina

Corte na linha pontilhada
Recibo do Pagador



Ticket Serviços S/A
Av. Dra. Ruth Cardoso, 7815 - Torre II 4º, 6º e 7º andares
Pinheiros - São Paulo - SP - CEP 05425-070

Itaú Banco Itaú S.A. | **341-7** | **34191.09040 01275.572939 81658.220009 9 86410000597056**

Beneficiário 47.866.934/0001-74 TICKET SERVICOS S/A		Agência/Código do Beneficiário 2938/16582-2	Espécie R\$	Quantidade	Nosso número 109/04012755-7
Número do documento 1.MB-152094		CPF/CNPJ 47.866.934/0001-74	Vencimento 04/06/2021		Valor Documento 5.970,56
(-) Desconto / Abatimentos	(-) Outras deduções	(+) Mora / Multa	(+) Outros acréscimos	(=) Valor cobrado	

Pagador
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA

Instruções (Todas as informações deste bloqueto são de exclusiva responsabilidade do cedente) Autenticação Mecânica
Obrigado por escolher a Edenred

Corte na linha pontilhada

Itaú Banco Itaú S.A. | **341-7** | **34191.09040 01275.572939 81658.220009 9 86410000597056**

Local de Pagamento PAGÁVEL EM QUALQUER AGÊNCIA ATÉ O VENCIMENTO					Vencimento 04/06/2021
Beneficiário 47.866.934/0001-74 TICKET SERVICOS S/A					Agência/Código do Beneficiário 2938/16582-2
Data do Documento 28/04/2021	No documento 1.MB-152094	Espécie Doc DS	Aceite NAO	Data do Processamento 28/04/2021	Nosso Número 109/04012755-7
Uso do Banco	Carteira	Espécie R\$	Quantidade	Valor Documento	(=) Valor do Documento 5.970,56

Instruções (Todas as informações deste bloqueto são de exclusiva responsabilidade do cedente)					(-) Desconto/Abatimento
COBRAR 10% DE MULTA APOS O VENCIMENTO					(-) Outras Deduções
COBRAR MORA DIARIA DE: R\$2,99					(+) Mora/Multa
*** VALOR DE MORA DIARIA EXPRESSO EM REAIS ***					(+) Outros acréscimos
TITULO SUJEITO A PROTESTO APOS O VENCIMENTO					(=) Valor Cobrado
COBRANCA ESCRITURAL SEM EMISSAO DE DUPLICATA					
NAO RECEBER APOS 30 DIAS DO VENCIMENTO					

Pagador
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA **45.349.461/0001-02**
AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303 SALA 03 - JARDIM ARIANO - 16400400 - LINS - SP

Sacador/Avalista Cód. baixa
Autenticação Mecânica - Ficha de Compensação



Corte na linha pontilhada

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

RELATÓRIO DE DETALHES DO PEDIDO

Número do Pedido Enviado: 922693

Realizado em: 28/04/2021

Valor (R\$): 6.080,00

Método Pagamento: Faturamento

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

Solicitante: ANA CLAUDIA DA SILVA

Ticket Alimentação Eletrônico

Unidade de Entrega: AHBB SEDE

Valor dos Benefícios (R\$): 6.080,00

Data de Crédito:

Quantidade de Beneficiários: 39

Data de Entrega: 03/05/2021

CPF	MATRÍCULA	BENEFICIÁRIO	DEPARTAMENTO	VALOR DO BENEFÍCIO
328.629.558-25	2329	ALCIONE BOGAZ	AHBB MIRANDOPOLIS	R\$ 150,00
117.356.088-23	11735608823	ALESSANDRA A SANT	AHBB MIRANDOPOLIS	R\$ 150,00
295.556.788-47	2163	ALESSANDRA C MARDEGAN	AHBB MIRANDOPOLIS	R\$ 150,00
214.220.888-63	2122	ANA A F NOGUEIRA	AHBB MIRANDOPOLIS	R\$ 150,00
214.801.238-03	2123	ANA P A ZANATTA	AHBB MIRANDOPOLIS	R\$ 150,00
427.979.458-83	42797945883	ANA PAULA PERUSSI	AHBB MIRANDOPOLIS	R\$ 150,00
301.663.768-50	2336	BIANCA CAETANO COSTA	AHBB MIRANDOPOLIS	R\$ 150,00
368.501.738-12	36850173812	BRUNA BERALDO FERRANTE	AHBB MIRANDOPOLIS	R\$ 150,00
377.077.858-86	37707785886	CATIA FERNANDA FERRAZ	AHBB MIRANDOPOLIS	R\$ 150,00
311.763.418-55	31176341855	CRISTIANE DIAS DA SILVA	AHBB MIRANDOPOLIS	R\$ 150,00
295.136.688-43	29513668843	CRISTIANE P VENDRAME	AHBB MIRANDOPOLIS	R\$ 150,00
218.471.208-65	21847120865	DANIELA SANTOS OLIVEIRA	AHBB MIRANDOPOLIS	R\$ 150,00
385.855.778-19	38585577819	DEBORA CRISTINA LOCHE	AHBB MIRANDOPOLIS	R\$ 150,00
322.986.678-96	2132	DENISE P A LISB	AHBB MIRANDOPOLIS	R\$ 150,00
108.823.788-64	2134	EDILAINE MUNHOZ MAQUEA	AHBB MIRANDOPOLIS	R\$ 150,00
291.914.308-52	2135	EDILENE MANOEL	AHBB MIRANDOPOLIS	R\$ 150,00
095.608.758-25	9560875825	ELAINE C D BORGES	AHBB MIRANDOPOLIS	R\$ 150,00
294.873.608-08	29487360808	ELIANA C RODRIGUES	AHBB MIRANDOPOLIS	R\$ 150,00

Unidade de Entrega: AHBB SEDE

Valor dos Benefícios (R\$): 6.080,00

Data de Crédito:
Quantidade de Beneficiários: 39

Data de Entrega: 03/05/2021

CPF	MATRÍCULA	BENEFICIÁRIO	DEPARTAMENTO	VALOR DO BENEFÍCIO
444.702.378-41	44470237841	ELOISA T M SANC	AHBB MIRANDOPOLIS	R\$ 150,00
391.415.638-40	39141563840	FERNANDA SILVA GIMENEZ	AHBB MIRANDOPOLIS	R\$ 150,00
095.493.888-75	2130	IZABEL CRISTINA DE SOUZA	AHBB MIRANDOPOLIS	R\$ 150,00
389.267.668-29	2146	KELLY C R ROCHA	AHBB MIRANDOPOLIS	R\$ 150,00
400.061.728-14	2148	LUCAS CARVALHO SANTOS	AHBB MIRANDOPOLIS	R\$ 150,00
427.566.218-03	2149	MAIRA TEIXEIRA DE CASTRO	AHBB MIRANDOPOLIS	R\$ 150,00
382.523.438-05	38252343805	MARCIA MAIARA POSSENTI	AHBB MIRANDOPOLIS	R\$ 150,00
502.653.368-05	50265336805	MARIA E O BOMTEMPO	AHBB MIRANDOPOLIS	R\$ 150,00
365.760.718-84	36576071884	MAURO CELSO CHIAVELLI	AHBB MIRANDOPOLIS	R\$ 150,00
434.914.478-10	43491447810	NATALIA PAZINATO SILVA	AHBB MIRANDOPOLIS	R\$ 150,00
394.946.148-52	39494614852	NATALIA X N OLIV	AHBB MIRANDOPOLIS	R\$ 150,00
285.280.548-02	2153	PATRICIA A FERREIRA	AHBB MIRANDOPOLIS	R\$ 150,00
305.075.078-27	2164	PATRICIA MICHELE ALMEIDA	AHBB MIRANDOPOLIS	R\$ 150,00
298.440.178-66	2155	PRISCILA S L ALMEI	AHBB MIRANDOPOLIS	R\$ 150,00
259.782.788-73	2128	REGINA L PR DE	AHBB MIRANDOPOLIS	R\$ 150,00
281.686.478-23	2157	RICARDO DE CARVALHO	AHBB MIRANDOPOLIS	R\$ 150,00
246.121.428-02	24612142802	SAMIR BISPO DOS SANTOS	AHBB MIRANDOPOLIS	R\$ 150,00
304.418.188-70	30441818870	SONIA DOS SANTOS ROCHA	AHBB MIRANDOPOLIS	R\$ 150,00
378.796.178-09	37879617809	TAIS DE SOUZA THOMAS	AHBB MIRANDOPOLIS	R\$ 150,00
329.168.118-50	33	THAIS BOARETO DA SILVA	AHBB MIRANDOPOLIS	R\$ 380,00
298.834.288-12	29883428812	VALERIA CRISTINA SOUZA C	AHBB MIRANDOPOLIS	R\$ 150,00

Contrato: 2004030048091

UNIDADE DE ENTREGA	DEPARTAMENTO	DATA DE CRÉDITO	DATA DE ENTREGA	QUANTIDADE BENEFICIÁRIOS	VALOR DO BENEFÍCIO
--------------------	--------------	-----------------	-----------------	--------------------------	--------------------

AHBB SEDE	AHBB MIRANDOPOLIS	03/05/2021	39	R\$ 6.080,00
		TOTAL BENEFÍCIOS	39	R\$ 6.080,00
RESUMO DO PRODUTO				SUBTOTAL
Total de Benefícios				R\$ 6.080,00
TOTAL				R\$ 6.080,00



NOTA DE DEBITO

Número
152094-ND

Data de Emissão
28/04/2021

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 DO BRASIL
Endereço: AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303, SALA 03 - JARDIM ARIANO - CEP: 16400-400
Município: LINS UF: SP

DISCRIMINAÇÃO

TA DISPONIBILIZACAO DE BENEFICIO QTD 1 R\$6.080,00
DESCONTOS CONCEDIDOS -R\$109,44
Pedido Web: 922693 Ped GP: 33531732 Contrato: 2004030048091 IE:ISENTO IM:

VALOR TOTAL: R\$ 5.970,56

DESCRIÇÃO:

DISPONIBILIZACAO DE BENEFICIOS / CUPONS

NOTA DE DEBITO Nº	VALOR DE NOTA DE DEBITO	FORMA DE PAGAMENTO
152094-ND	R\$ 5.970,56	04/06/2021

OUTRAS INFORMAÇÕES

Este(a) NOTA DE DEBITO é relativa a RPS 152094 de 28/04/2021.

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

04/07/2021 - BANCO DO BRASIL - 17:08:15
679006790 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

03399484570130000004717878501042686410000349378

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	60.103
DATA DE VENCIMENTO	04/06/2021
DATA DO PAGAMENTO	01/06/2021
VALOR DO DOCUMENTO	3.493,78
VALOR COBRADO	3.493,78

=====

NR.AUTENTICACAO D.9B8.074.870.288.FE5
=====

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.



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

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

DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRONICA

0-ENTRADA 1
1-SAIDA 1

Nº 199581
SERIE 1
FOLHA 1/1



CHAVE DE ACESSO
3521 0411 2060 9900 0441 5500 1000 1995 8110 0019 6427

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

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

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO
135210437531934 22/04/2021 18:01:06

INSCRIÇÃO ESTADUAL
188.070.970.117

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO

CNPJ
11.206.039/0004-41

DESTINATÁRIO / REMETENTE

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

CNPJ/CPF
45.349.461/0001-02

DATA DA EMISSÃO
22/04/2021

ENDEREÇO
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03

BARRIO/DISTRITO
JARDIM ARIANO

CEP
16400-400

DATA DE VALIDADE
22 ABR 2021

MUNICÍPIO
LINS

FONE/FAX
1435325198

UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA

FATURA / DUPLICATA

001 20/05/2021 3.493,78 002 04/06/2021 3.493,78

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
6.987,56	1.076,29	0,00	0,00	6.987,56
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
				6.987,56

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	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
100	CAIXA			1.015,50	1.015,50

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
15842	SOL.CL.DE SODIO 0,9% 60 FRA 100ML-FARMACE LT 2014983B (30) 09/2022 (Fornecedor: 238- 5, Lote: 2014983B, Qtde: 30 ,Data Fab: 01/ 09/2020, Data Val: 30/09/2022)	30039099	000	5102	CX	30	128,7003	3.861,01	3.861,01	513,51		13,30	
29572	SOL.CL.DE SODIO 0,9% 500ML 20FR-ECOFLAC LT 20535025D4 (19) 01/2024 \ LT 21027338D2 (11) 01/2024 (Fornecedor: 2975, Lote: 205- 35025D4, Qtde: 19 ,Data Fab: 01/01/2021, Data Val: 31/01/2024 / Fornecedor: 2975, Lote: 21027338D2, Qtde: 11 ,Data Fab: 01/- 01/2021, Data Val: 31/01/2024)	30049099	300	5102	CX	30	52,7517	1.582,55	1.582,55	284,88		18,00	
29569	SOL.CL.DE SODIO 0,9% 100DML 10FR-ECOFLAC LT 20526358C3 (40) 12/2023 (Forneced- dor: 2975, Lote: 20526358C3, Qtde: 40 ,Da- ta Fab: 01/12/2020, Data Val: 31/12/2023)	30049099	300	5102	CX	40	38,6000	1.544,00	1.544,00	277,92		18,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
#RBV40R8V60|UTI MIRANDOPOLIS - CONVENIO 0107/2017
Pedido: 199211
End. Entrega: AV.DR.RAUL DA CUNHA BUENO,585 , MIRANDOPOLIS - 16800-000,
MIRANDOPOLIS-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
Rota....: 2 Cubagem: 2,31

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 26/04/2021

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

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

04/07/2021 - BANCO DO BRASIL - 17:08:15
679006790 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO DO BRASIL

00190000090171153600100913330171186410000402220
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	60.104
NOSSO NUMERO	17115360000913330
CONVENIO	01711536
DATA DE VENCIMENTO	04/06/2021
DATA DO PAGAMENTO	01/06/2021
VALOR DO DOCUMENTO	4.022,20
VALOR COBRADO	4.022,20

=====

NR.AUTENTICACAO 4.BE0.E8B.581.97F.F06
=====

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

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

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

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

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

Identificação do emitente



COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA
 PO FMELO MARCONATO 1000 - NUCLEO RESIDENCIAL DOUTOR JOAO ALDO NASSIF -
 JAGUARIUNA - SP
 13916-074 - 1735225800

DANFE
 DOCUMENTO AUXILIAR DA
 NOTA FISCAL ELETRONICA

0 - ENTRADA
 1 - SAÍDA

Nº. 1432150 FL 1 / 1
 SÉRIE 1



CHAVE DE ACESSO
3521 0567 7291 7800 0491 5500 1001 4321 5014 6878 1316

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
135210505001608 07/05/2021 23:46:11

CNPJ
67.729.178/0004-91

NATUREZA DA OPERAÇÃO
VENDA DENTRO ESTADO

INSCRIÇÃO ESTADUAL **395060142110** INSCR. EST. SUBS. TRIBUTARIO CNPJ

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL CNPJ / CPF **45.349.461/0001-02** DATA DA EMISSÃO **07/05/2021**

ENDEREÇO **AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303** BAIRRO / DISTRITO **JARDIM ARIANO** CEP **16400-400** DATA DA ENTRADA/SAÍDA **07/05/2021**

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
1432150/1	04/06/2021	4.022,20	1432150/2	02/07/2021	4.022,20			

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CALCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CALCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUTO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
8.044,40	1.447,99	0,00	0,00	8.044,40

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	8.044,40

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL
NIKKEY RIO PRETO LOG. E TRANSP. FRETE POR CONTA **0 - Por conta do emitente** CÓDIGO ANTT PLACA DO VEÍCULO 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 **1,00** ESPÉCIE **VOLUME(S)** MARCA NUMERO **0,00002** PESO BRUTO **2,522** PESO LIQUIDO **2,522**

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CODIGO	DESCRIÇÃO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / SH	CST	CFOP	UN	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	B.CALC ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTAS ICMS	IPI
031852	ROCURONIO 10MG/ML, BROMETO (MYLAN) L. RS055 Q: 130,0000 F: 30/11/20 V: 30/10/2022	30049079	200	5102	FA	130,00	61,88	8.044,40	8.044,40	1.447,99	0,00	18,00	0,00

CÁLCULO 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: 46374500001247-AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Município: MIRANDOPOLIS CEP: 16800000 UF: SP País: BRASIL UNID.NEGOC.: 002 PREZADO CLIENTE, FAVOR CONFERIR NO ATO DA ENTREGA - NAO ACEITAREMOS RECLAMACOES APOS 48hs DO RECEBIMENTO. DATA ENTREGA: 08/05/2021 Pedido: 1919021 Autorização de Compra(Pedido Cliente): 1919021 *** 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 Cobrança Privado. AFE: 1.04197-7 ** AE: 1.22375-2 ** ASS: 1302/16 Validade: 23/04/2021 MODAL: RODOVIARIO / TIPO ENTREGA: EXPRESSA LOCAL DE ENTREGA: Endereço: AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Município: MIRANDOPOLIS CEP: 16800000 UF: SP País: BRASIL(Código Interno Emitente: 4768 Nome Fantasia: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL) LOCAL DE ENTREGA: AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Município: MIRANDOPOLIS UF: SP País: BRASIL

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDOPOLIS
RECEBIDO 08/05/2021
 ASS. _____

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

04/07/2021 - BANCO DO BRASIL - 17:08:15
679006790 0003

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO DO BRASIL

00190000090171153600100913227179686410000216900

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	60.105
NOSSO NUMERO	17115360000913227
CONVENIO	01711536
DATA DE VENCIMENTO	04/06/2021
DATA DO PAGAMENTO	01/06/2021
VALOR DO DOCUMENTO	2.169,00
VALOR COBRADO	2.169,00

=====

NR.AUTENTICACAO D.82E.5DD.70F.513.127

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 emittente



COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA
 FL. R.MILIO MARGONIA TO 1000 - NUCLEO RESIDENCIAL DOUTOR JOAO ALDO NASSIF - JAGUARUNA - SP
 CEP: 13915-074 - 1935225800

DANFE
 DOCUMENTO AUXILIAR DA
 NOTA FISCAL ELETRONICA

0 - ENTRADA
 1 - SAÍDA

Nº. 1432007 FL 1 / 1
 SÉRIE 1



CHAVE DE ACESSO
3521 0567 7291 7800 0491 5500 1001 4320 0712 7498 4827

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
135210504726358 07/05/2021 21:35:32

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

ENDEREÇO
AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303

Bairro / Distrito
JARDIM ARIANO

CNPJ / CPF
45.349.461/0001-02

CEP
16400-400

DATA DA EMISSÃO
07/05/2021

MUNICIPIO
LINS

FONE / FAX
1836591243

UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL
647598751114

HORA DE SAÍDA
07/05/2021

FATURA/DUPLICATA

FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR
1432007/1	04/06/2021	2.169,00	1432007/2	02/07/2021	2.169,00			

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUTO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS	
4.338,00	520,56	0,00	0,00	4.338,00	
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	4.338,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL
NIKKEY RIO PRETO LOG. E TRANSP.

FRETE POR CONTA
 0 - Por conta do emittente

CODIGO 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
1,00

ESPÉCIE
VOLUME(S)

MARCA

NUMERO
0,00000

PESO BRUTO
4,510

PESO LIQUIDO
4,510

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / SH	CST	CFOP	UN	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	B CALC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALIQUOTAS ICMS	ALIQUOTAS IPI
032505	PROPOFOL 10MG/ML 20ML (BIOQUIMICO) (ITEM GENERIC O) L: BB210209 Q: 100,0000 F: 23/02/21 V: 23/07/2022 *** Portaria 344/98 C1	30049095	000	5102	AP	100,00	43,38	4.338,00	4.338,00	520,56	0,00	12,00	9,00

CÁLCULO DO ISSQN

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

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
 LOCAL DE ENTREGA: 46374500001247-AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Município: MIRANDOPOLIS CEP: 16800000 UF: SP País: BRASIL UNID.NEGOC.: 002 PREZADO CLIENTE, FAVOR CONFERIR NO ATO DA ENTREGA - NAO ACEITAREMOS RECLAMACOES APOS 48hs DO RECEBIMENTO DATA ENTREGA: 08/05/2021 Pedido: 1918557 Autorizacao de Compra(Pedido Cliente): 1918557 *** 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: 23/04/2021 MODAL: RODOVIARIO / TIPO ENTREGA: EXPRESSA LOCAL DE ENTREGA: Endereço: AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Município: MIRANDOPOLIS CEP: 16800000 UF: SP País: BRASIL(Código Interno Emittente: 4768 Nome Fantasia: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL) LOCAL DE ENTREGA: AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Município: MIRANDOPOLIS UF: SP País: BRASIL

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 08/05/2021
ASS. _____

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

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
04/07/2021 - AUTOATENDIMENTO - 17.08.15
6790306790 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

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

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : ASSOCIACAO H B DO BRASIL
BANCO: 341 - ITAÚ UNIBANCO S.A.
AGENCIA: 3239-5 - RIO CENTRO DA BARRA
CONTA: 24.857-2

FAVORECIDO: BW DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS LT
CPF/CNPJ: 26.701.170/0001-97
VALOR: R\$ 5.346,00
DEBITO EM: 01/06/2021

=====

DOCUMENTO: 060106
AUTENTICACAO SISBB: 2.8A9.8F3.3BC.D93.0FD

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

RECEBEMOS DE BW DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS LTDA OS PRODUTOS E/OU SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA INDICADA ABAIXO. EMISSÃO: 02/06/2021 VALOR TOTAL: R\$ 5.346,00 DESTINATÁRIO: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

NF-e
Nº.: 20468
Série: 1

DATA DO RECEBIMENTO IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

BW DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS LTDA

RUA DA SOJA, 94 - 94 A
PENHA CIRCULAR
RIO DE JANEIRO - RJ
21011100
Fone: 2125271912

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA

1

Nº: 20468
SÉRIE: 1
FOLHA: 1 / 1



CHAVE DE ACESSO

3321.0626.7011.7000.0197.5500.1000.0204.6810.6525.0119

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO

Venda de mercadoria adquirida ou re

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

333210087686688 / 02/06/2021 - 16:33:27

INSCRIÇÃO ESTADUAL

87275671

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBT. TRIBUT.

CNPJ

26.701.170/0001-97

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ / CPF

45.349.461/0001-02

DATA DA EMISSAO

02/06/2021

ENDEREÇO

AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 - SALA 03

BAIRRO / DISTRITO

JARDIM ARIANO

CEP

16400-400

DATA DA SAÍDA

02/06/2021

MUNICÍPIO

LINS

UF

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA

INFORMAÇÕES DO LOCAL DE ENTREGA

NOME / RAZÃO SOCIAL

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ / CPF

45.349.461/0001-02

INSCRIÇÃO ESTADUAL

ENDEREÇO

AV JOSE ARIANO RODRIGUES

NUMERO

303

COMPLEMENTO

SALA 03

CEP

16400-400

BAIRRO / DISTRITO

JARDIM ARIANO

MUNICÍPIO

LINS

UF

SP

FONE / FAX

FATURA / DUPLICATA

001 02/06/2021 5.346,00

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE CÁLC ICMS	VALOR DO ICMS	BASE CÁLC ICMS S.T.	VALOR DO ICMS S.T. + FCP ST	VALOR ICMS DESON	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
5.346,00	641,52	0,00	0,00	0,00	5.346,00
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESP. ACESSORIAS	VALOR TOTAL DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	5.346,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL

O PROPRIO

FRETE POR CONTA EMITENTE

CODIGO ANTT

PLACA VEICULO

UF

CNPJ / CPF

ENDEREÇO

MUNICÍPIO

UF

INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE

ESPECIE

MARCA

NUMERO

PESO BRUTO

PESO LIQUIDO

3

0,000

0,000

CÁLCULO DO ISSQN

INSCRIÇÃO MUNICIPAL

VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS

BASE DE CÁLCULO DO ISSQN

VALOR DO ISSQN

0,00

0,00

0,00

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CODIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	CST	CFOP	UN	QUANT	VALOR UNIT	DESCONTO	VALOR TOTAL	B.CÁLC ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALIQ. ICMS	ALIQ. IPI
53493	DIAZEPAM 5MG 2ML 100 AMP Reg.MS:1018600300011 Lt: 20102721 Val.: 01/04/2023 Qtd.: 18	30049064	000	6108	CX	18	297,00000	0,00	5346,00	5346,00	641,52	0,00	12	0

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

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

RESERVADO AO FISCO

ICMS UF destino: 320,76-ICMS UF Origem: 0,00-FCP:0,00 ALIQUOTA FCP: % Pedido No: 3521 COMISSAO DE DEFESA DO CONSUMIDOR DA ALERJ : RUA 1o DE MARCO S N, PALACIO TIRADENTES, CENTRO, RIO DE JANEIRO, CEP :20010-000, TEL 021 - 2588-1612 OU 0800-282706 - PROCON:RUA DA AJUDA, No05, SUB SOLO, CEP: 20040-000, CENTRAL DO BRASIL, PCA CRISTIANO OTTON, S N, SUB SOLO, CEP: 20221-250, CENTRO, RIO DE JANEIRO, RJ - DISQUE PROCON: 151 SOLICITADO POR ANDERSON

EXTRATO MENSAL

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

8781 DIAS NORMAIS	30,00	1.191,49 P	998 I.N.S.S.	8,00	132,37 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00 P			
247 ADICIONAL NOTURNO 40%	112,00	242,63 P			

D: 0 Proventos: 1.654,12 Descontos: 132,37 Informativa: 132,32 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.521,75
 F: 0 Base INSS: 1.654,12 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.654,12 Valor FGTS: 132,32 Base IRRF: 1.521,75

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

806 MEDIA HORAS FERIAS	532,18	532,18 P	339 DESC ODONTO COMPANY	12,50	12,50 D
807 VANTAGENS FERIAS	220,00	220,00 P	937 ADIANTAMENTO DE FERIAS	0,00	3.684,52 D
931 1/3 DAS FERIAS	33,33	1.100,20 P	821 INSS FERIAS	10,62	467,38 D
8783 DIAS FERIAS	30,00	2.548,41 P	821 INSS DIFERENCA FERIAS	0,00	14,46 D
247 ADICIONAL NOTURNO 40%	48,00	222,41 P	998 I.N.S.S.	7,50	16,68 D
			942 IRRF FERIAS	22,50	248,89 D

D: 0 Proventos: 4.623,20 Descontos: 4.444,43 Informativa: 369,85 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 178,77
 F: 0 Base INSS: 4.623,20 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 4.623,20 Valor FGTS: 369,85 Base IRRF: 191,27
 FERIAS DE 02/05/2021 - 31/05/2021

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

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

D: 2 Proventos: 1.617,71 Descontos: 154,09 Informativa: 129,41 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.463,62
 F: 2 Base INSS: 1.617,71 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.617,71 Valor FGTS: 129,41 Base IRRF: 1.109,44

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

8781 DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71 P	339 DESC ODONTO COMPANY	25,00	25,00 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00 P	998 I.N.S.S.	8,12	152,88 D
247 ADICIONAL NOTURNO 40%	104,00	264,29 P			

D: 0 Proventos: 1.882,00 Descontos: 177,88 Informativa: 150,56 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.704,12
 F: 0 Base INSS: 1.882,00 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.882,00 Valor FGTS: 150,56 Base IRRF: 1.729,12

Impr.: 4233 ANA PAULA PERUSSI Situação: Trabalhando CPF: 427.979.458-83 PIS: 267.09435.57-0
 Cargo: 71 TEC. ENFERMAGEM Vínculo: Celetista Contrato Intermittente Adm: 02/03/2021 CTPS/Série: 020763/370
 C: 900 Depto: 600 Filial: 1 Salário: 6,35

9435 HORAS TRAB INTERMITENTE	144,35	917,09 P	825 INSS 13o SALARIO	7,50	8,01 D
9437 DSR HORISTA INTERMITENTE	0,00	220,10 P	998 I.N.S.S.	7,84	111,65 D
9442 FERIAS PROPORC TRAB INTERMITE	1,00	106,80 P			
9443 1/3 FERIAS PROPORC TRAB INTERM	33,33	35,60 P			
9441 13 SALARIO TRAB INTERMITENTE	1,00	106,80 P			
342 INSALUBRIDADE 20% INTERMITEN	20,00	144,35 P			

D: 0 Proventos: 1.530,74 Descontos: 119,66 Informativa: 122,45 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.411,08
 F: 0 Base INSS: 1.530,74 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.530,74 Valor FGTS: 122,45 Base IRRF: 1.411,08

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

EXTRATO MENSAL

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

8781 DIAS NORMAIS	30,00	2.548,41 P	998	I.N.S.S.	9,06	254,05 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00 P	999	IMPOSTO DE RENDA	7,50	34,34 D
247 ADICIONAL NOTURNO 40%	8,00	37,07 P				

D: 1 Proventos: 2.805,48 Descontos: 288,39 Informativa: 224,43 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 2.517,09
F: 1 Base INSS: 2.805,48 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 2.805,48 Valor FGTS: 224,43 Base IRRF: 2.361,84

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

8781 DIAS NORMAIS	20,00	1.698,94 P	998	I.N.S.S.	9,17	267,39 D
8870 DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTE	10,00	849,47 P	999	IMPOSTO DE RENDA	7,50	55,90 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	146,67 P				
9230 INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR	20,00	73,33 P				
247 ADICIONAL NOTURNO 40%	32,00	148,27 P				

D: 0 Proventos: 2.916,68 Descontos: 323,29 Informativa: 233,33 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 2.593,39
F: 0 Base INSS: 2.916,68 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 2.916,68 Valor FGTS: 233,33 Base IRRF: 2.649,29
Doença período igual ou inferior a 15 dias: 28/04/2021 a 10/05/2021

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

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

D: 0 Proventos: 2.768,41 Descontos: 2.768,41 Informativa: 0 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 0,00
F: 0 Base INSS: 0,00 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 0,00 Valor FGTS: 0,00 Base IRRF: 0,00
Doença período superior a 15 dias: 16/07/2018 a 30/12/2021

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

8781 DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71 P	339	DESC ODONTO COMPANY	37,50	37,50 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00 P	998	I.N.S.S.	8,13	154,70 D
247 ADICIONAL NOTURNO 40%	112,00	284,62 P				

D: 1 Proventos: 1.902,33 Descontos: 192,20 Informativa: 152,18 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.710,13
F: 1 Base INSS: 1.902,33 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.902,33 Valor FGTS: 152,18 Base IRRF: 1.558,04

npr.: 4155 CRISTIANE DIAS DA SILVA Situação: Trabalhando CPF: 311.763.418-55 PIS: 127.56162.17-7
Cargo: 71 TEC. ENFERMAGEM Vínculo: Celetista Contrato Intermitente Adm: 11/02/2021 CTPS/Série: 87815/154
C: 900 Depto: 600 Filial: 1 Salário: 6,35

5 HORAS AFAST.INSS (P/DOENC	107,45	107,45 P	988	DESCONTO HORAS AFASTADAS	0,00	107,45 D
9435 HORAS TRAB INTERMITENTE	101,55	645,17 P	825	INSS 13o SALARIO	7,50	6,86 D
9437 DSR HORISTA INTERMITENTE	0,00	107,53 P	998	I.N.S.S.	7,65	93,32 D
9442 FERIAS PROPORC TRAB INTERMITE	1,00	91,52 P				
9443 1/3 FERIAS PROPORC TRAB INTERM	33,33	30,51 P				
9441 13 SALARIO TRAB INTERMITENTE	1,00	91,52 P				
342 INSALUBRIDADE 20% INTERMITEN	20,00	101,55 P				
247 ADICIONAL NOTURNO 40%	96,00	243,96 P				

D: 0 Proventos: 1.419,21 Descontos: 207,63 Informativa: 104,93 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.211,58
IF: 0 Base INSS: 1.311,76 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.311,76 Valor FGTS: 104,93 Base IRRF: 1.211,58
Doença período igual ou inferior a 15 dias: 30/04/2021 a 03/05/2021

Empresa: 107 - ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA
CNPJ: 45.349.461/0008-89
Cálculo: Folha Mensal
Competência: 05/2021

Página: 3/10
Emissão: 07/06/2021
Horas: 17:10:49

EXTRATO MENSAL

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

8781 DIAS NORMAIS	29,00	1.351,12 P	339	DESC ODONTO COMPANY	12,50	12,50 D
806 MEDIA HORAS FERIAS	0,05	0,05 P	937	ADIANTAMENTO DE FERIAS	0,00	66,12 D
807 VANTAGENS FERIAS	7,33	7,33 P	812	INSS FERIAS	8,24	5,84 D
931 1/3 DAS FERIAS	33,33	17,99 P	821	INSS DIFERENCA FERIAS	0,00	0,63 D
8783 DIAS FERIAS	1,00	46,59 P	998	I.N.S.S.	7,94	124,24 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	212,67 P				

D: 1 Proventos: 1.635,75 Descontos: 209,33 Informativa: 130,86 Informativa Dedutora: 0,01 Líquido: 1.426,42
F: 0 Base INSS: 1.635,75 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.635,75 Valor FGTS: 130,85 Base IRRF: 1.249,33
FERIAS DE 02/04/2021 - 01/05/2021

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

8781 DIAS NORMAIS	29,00	1.351,13 P	937	ADIANTAMENTO DE FERIAS	0,00	75,00 D
806 MEDIA HORAS FERIAS	8,52	8,52 P	812	INSS FERIAS	8,69	7,31 D
807 VANTAGENS FERIAS	7,33	7,33 P	821	INSS DIFERENCA FERIAS	0,00	0,19 D
931 1/3 DAS FERIAS	33,33	20,81 P	998	I.N.S.S.	8,05	140,70 D
8783 DIAS FERIAS	1,00	46,59 P	942	IRRF FERIAS	7,50	0,94 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	212,67 P				
247 ADICIONAL NOTURNO 40%	72,00	182,97 P				

D: 0 Proventos: 1.830,02 Descontos: 224,14 Informativa: 146,40 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.605,88
F: 0 Base INSS: 1.830,02 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.830,02 Valor FGTS: 146,40 Base IRRF: 1.605,88
FERIAS DE 02/04/2021 - 01/05/2021

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

806 MEDIA HORAS FERIAS	225,17	225,17 P	339	DESC ODONTO COMPANY	12,50	12,50 D
807 VANTAGENS FERIAS	220,00	220,00 P	937	ADIANTAMENTO DE FERIAS	0,00	2.002,32 D
931 1/3 DAS FERIAS	33,33	545,55 P	812	INSS FERIAS	8,24	179,89 D
8783 DIAS FERIAS	30,00	1.191,49 P	821	INSS DIFERENCA FERIAS	0,00	2,49 D
247 ADICIONAL NOTURNO 40%	32,00	69,32 P	998	I.N.S.S.	7,50	5,19 D

D: 0 Proventos: 2.251,53 Descontos: 2.202,39 Informativa: 180,11 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 49,14
F: 0 Base INSS: 2.251,53 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 2.251,53 Valor FGTS: 180,11 Base IRRF: 61,64
FERIAS DE 01/05/2021 - 30/05/2021

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

8781 DIAS NORMAIS	29,00	1.351,12 P	339	DESC ODONTO COMPANY	50,00	50,00 D
8870 DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTE	1,00	46,59 P	998	I.N.S.S.	8,12	152,88 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	212,67 P				
9230 INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR	20,00	7,33 P				
247 ADICIONAL NOTURNO 40%	104,00	264,29 P				

D: 2 Proventos: 1.882,00 Descontos: 202,88 Informativa: 150,56 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.679,12
F: 1 Base INSS: 1.882,00 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.882,00 Valor FGTS: 150,56 Base IRRF: 1.349,94
doença período igual ou inferior a 15 dias: 21/05/2021 a 21/05/2021

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

EXTRATO MENSAL

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

8781 DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71 P	998	I.N.S.S.	8,12	152,88 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00 P				
247 ADICIONAL NOTURNO 40%	104,00	264,29 P				

D: 0 Proventos: 1.882,00 **Descontos:** 152,88 **Informativa:** 150,56 **Informativa Dedutora:** 0 **Líquido:** 1.729,12
F: 0 Base INSS: 1.882,00 **Excedente INSS:** 0,00 **Base FGTS:** 1.882,00 **Valor FGTS:** 150,56 **Base IRRF:** 1.729,12

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

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

D: 1 Proventos: 1.617,71 **Descontos:** 129,09 **Informativa:** 129,41 **Informativa Dedutora:** 0 **Líquido:** 1.488,62
F: 1 Base INSS: 1.617,71 **Excedente INSS:** 0,00 **Base FGTS:** 1.617,71 **Valor FGTS:** 129,41 **Base IRRF:** 1.299,03

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

8781 DIAS NORMAIS	28,00	1.304,53 P	339	DESC ODONTO COMPANY	50,00	50,00 D
8870 DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTE	2,00	93,18 P	998	I.N.S.S.	7,98	129,09 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	205,33 P				
9230 INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR	20,00	14,67 P				

D: 0 Proventos: 1.617,71 **Descontos:** 179,09 **Informativa:** 129,41 **Informativa Dedutora:** 0 **Líquido:** 1.438,62
F: 0 Base INSS: 1.617,71 **Excedente INSS:** 0,00 **Base FGTS:** 1.617,71 **Valor FGTS:** 129,41 **Base IRRF:** 1.488,62

Doença período igual ou inferior a 15 dias: 17/05/2021 a 17/05/2021
 Doença período igual ou inferior a 15 dias: 31/05/2021 a 11/06/2021

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

8781 DIAS NORMAIS	30,00	1.397,95 P	339	DESC ODONTO COMPANY	50,00	50,00 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00 P	998	I.N.S.S.	7,99	130,94 D
247 ADICIONAL NOTURNO 40%	8,00	20,33 P				

D: 1 Proventos: 1.638,28 **Descontos:** 180,94 **Informativa:** 131,06 **Informativa Dedutora:** 0 **Líquido:** 1.457,34
F: 1 Base INSS: 1.638,28 **Excedente INSS:** 0,00 **Base FGTS:** 1.638,28 **Valor FGTS:** 131,06 **Base IRRF:** 1.317,75

Impr.: 4322 ELOISA TERCOTTI DE MATOS SANCHES **Situação:** Trabalhando **CPF:** 444.702.378-41 **PIS:** 153.55579.77-2
Cargo: 56 ENFERMEIRO (A) **Vínculo:** Celetista Contrato Intermitente **Adm:** 19/03/2021 **CTPS/Série:** 027536/00412
C: 900 **Depto:** 600 **Filial:** 1 **Salário:** 11,58

9435 HORAS TRAB INTERMITENTE	123,04	1.425,26 P	825	INSS 13o SALARIO	7,50	11,81 D
9437 DSR HORISTA INTERMITENTE	0,00	342,06 P	998	I.N.S.S.	8,21	172,53 D
9442 FERIAS PROPORC TRAB INTERMITE	1,00	157,53 P				
9443 1/3 FERIAS PROPORC TRAB INTERM	33,33	52,51 P				
9441 13 SALARIO TRAB INTERMITENTE	1,00	157,53 P				
342 INSALUBRIDADE 20% INTERMITEN	20,00	123,04 P				

D: 0 Proventos: 2.257,93 **Descontos:** 184,34 **Informativa:** 180,63 **Informativa Dedutora:** 0 **Líquido:** 2.073,59
F: 0 Base INSS: 2.257,93 **Excedente INSS:** 0,00 **Base FGTS:** 2.257,93 **Valor FGTS:** 180,63 **Base IRRF:** 2.073,59

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

EXTRATO MENSAL

mpr.: 4240 FERNANDA DA SILVA GIMENEZ Situação: Trabalhando CPF: 391.415.638-40 PIS: 204.89255.00-5
 Cargo: 71 TEC. ENFERMAGEM Vínculo: Celetista Contrato Intermitente Adm: 09/03/2021 CTPS/Série: 3914156/3840
 C: 900 Depto: 600 Filial: 1 Salário: 6,35

9435 HORAS TRAB INTERMITENTE	144,55	918,36 P	825	INSS 13o SALARIO	7,50	9,67 D
9437 DSR HORISTA INTERMITENTE	0,00	220,41 P	998	I.N.S.S.	8,04	138,26 D
9442 FERIAS PROPORC TRAB INTERMITE	1,00	128,97 P				
9443 1/3 FERIAS PROPORC TRAB INTERN	33,33	42,99 P				
9441 13 SALARIO TRAB INTERMITENTE	1,00	128,97 P				
342 INSALUBRIDADE 20% INTERMITEN	20,00	144,55 P				
247 ADICIONAL NOTURNO 40%	104,00	264,29 P				

D: 0 Proventos: 1.848,54 Descontos: 147,93 Informativa: 147,87 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.700,61
 F: 0 Base INSS: 1.848,54 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.848,54 Valor FGTS: 147,87 Base IRRF: 1.700,61

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

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

D: 2 Proventos: 1.617,71 Descontos: 1.617,71 Informativa: 0 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 0,00
 F: 1 Base INSS: 0,00 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 0,00 Valor FGTS: 0,00 Base IRRF: 0,00
 ovo afast. mesma doença: 01/01/2021 a 31/05/2021

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

8781 DIAS NORMAIS	30,00	1.191,49 P	339	DESC ODONTO COMPANY	12,50	12,50 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00 P	998	I.N.S.S.	7,97	127,69 D
247 ADICIONAL NOTURNO 40%	88,00	190,64 P				

D: 0 Proventos: 1.602,13 Descontos: 140,19 Informativa: 128,17 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.461,94
 F: 0 Base INSS: 1.602,13 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.602,13 Valor FGTS: 128,17 Base IRRF: 1.474,44

mpr.: 4946 JAQUELINE CRISTINA OSWALDO Situação: Trabalhando CPF: 340.366.538-06 PIS: 137.91862.93-5
 Cargo: 71 TEC. ENFERMAGEM Vínculo: Celetista Contrato Intermitente Adm: 08/05/2021 CTPS/Série: 011341/00370
 C: 900 Depto: 600 Filial: 1 Salário: 6,35

9435 HORAS TRAB INTERMITENTE	88,51	562,32 P	825	INSS 13o SALARIO	7,50	4,77 D
9437 DSR HORISTA INTERMITENTE	0,00	112,46 P	998	I.N.S.S.	7,50	63,60 D
9442 FERIAS PROPORC TRAB INTERMITE	1,00	63,61 P				
9443 1/3 FERIAS PROPORC TRAB INTERN	33,33	21,20 P				
9441 13 SALARIO TRAB INTERMITENTE	1,00	63,61 P				
342 INSALUBRIDADE 20% INTERMITEN	20,00	88,51 P				

D: 0 Proventos: 911,71 Descontos: 68,37 Informativa: 72,92 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 843,34
 F: 0 Base INSS: 911,71 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 911,71 Valor FGTS: 72,92 Base IRRF: 843,34

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

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

D: 2 Proventos: 1.617,71 Descontos: 1.617,71 Informativa: 0 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 0,00
 F: 1 Base INSS: 0,00 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 0,00 Valor FGTS: 0,00 Base IRRF: 0,00
 ovo afast. mesma doença: 01/04/2021 a 31/05/2021

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

EXTRATO MENSAL

mpr.:	2146 KELLY CRISTINA RAMOS ROCHA	Situação: Férias	CPF: 389.267.668-29	PIS:	164.11866.81-4																																			
Argo:	71 TEC. ENFERMAGEM	Vínculo: Celetista	Adm: 04/10/2017	CTPS/Série:	64640/00315																																			
C:	900	Depto: 600	Filial: 1	Salário:	1.397,71																																			
<table border="1"> <tr> <td>806 MEDIA HORAS FERIAS</td> <td>3,39</td> <td>3,39 P</td> <td>339</td> <td>DESC ODONTO COMPANY</td> <td>12,50</td> <td>12,50 D</td> </tr> <tr> <td>807 VANTAGENS FERIAS</td> <td>220,00</td> <td>220,00 P</td> <td>937</td> <td>ADIANTAMENTO DE FERIAS</td> <td>0,00</td> <td>1.983,44 D</td> </tr> <tr> <td>931 1/3 DAS FERIAS</td> <td>33,33</td> <td>540,37 P</td> <td>812</td> <td>INSS FERIAS</td> <td>8,24</td> <td>178,03 D</td> </tr> <tr> <td>8783 DIAS FERIAS</td> <td>30,00</td> <td>1.397,71 P</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>990 ESTOURO DO MES</td> <td>0,00</td> <td>12,50 P</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>						806 MEDIA HORAS FERIAS	3,39	3,39 P	339	DESC ODONTO COMPANY	12,50	12,50 D	807 VANTAGENS FERIAS	220,00	220,00 P	937	ADIANTAMENTO DE FERIAS	0,00	1.983,44 D	931 1/3 DAS FERIAS	33,33	540,37 P	812	INSS FERIAS	8,24	178,03 D	8783 DIAS FERIAS	30,00	1.397,71 P					990 ESTOURO DO MES	0,00	12,50 P				
806 MEDIA HORAS FERIAS	3,39	3,39 P	339	DESC ODONTO COMPANY	12,50	12,50 D																																		
807 VANTAGENS FERIAS	220,00	220,00 P	937	ADIANTAMENTO DE FERIAS	0,00	1.983,44 D																																		
931 1/3 DAS FERIAS	33,33	540,37 P	812	INSS FERIAS	8,24	178,03 D																																		
8783 DIAS FERIAS	30,00	1.397,71 P																																						
990 ESTOURO DO MES	0,00	12,50 P																																						
D:	0 Proventos:	2.173,97	Descontos:	2.173,97	Informativa:	172,91	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	0,00																														
F:	0 Base INSS:	2.161,47	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	2.161,47	Valor FGTS:	172,91	Base IRRF:	0,00																														
FERIAS DE 02/05/2021 - 31/05/2021																																								

mpr.:	2147 LETICIA MAIARA DOS SANTOS FERRAZ	Situação: Trabalhando	CPF: 427.001.668-09	PIS:	204.92505.78-5														
Argo:	71 TEC. ENFERMAGEM	Vínculo: Celetista	Adm: 04/10/2017	CTPS/Série:	018787/00397														
C:	900	Depto: 600	Filial: 1	Salário:	1.397,71														
<table border="1"> <tr> <td>8781 DIAS NORMAIS</td> <td>30,00</td> <td>1.397,71 P</td> <td>998</td> <td>I.N.S.S.</td> <td>7,98</td> <td>129,09 D</td> </tr> <tr> <td>16 INSALUBRIDADE 20%</td> <td>20,00</td> <td>220,00 P</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>						8781 DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71 P	998	I.N.S.S.	7,98	129,09 D	16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00 P				
8781 DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71 P	998	I.N.S.S.	7,98	129,09 D													
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00 P																	
D:	0 Proventos:	1.617,71	Descontos:	129,09	Informativa:	129,41	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	1.488,62									
F:	0 Base INSS:	1.617,71	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.617,71	Valor FGTS:	129,41	Base IRRF:	1.488,62									

mpr.:	2148 LUCAS CARVALHO DOS SANTOS	Situação: Trabalhando	CPF: 400.061.728-14	PIS:	163.67215.87-6																					
Argo:	71 TEC. ENFERMAGEM	Vínculo: Celetista	Adm: 04/10/2017	CTPS/Série:	48389/00315																					
C:	900	Depto: 600	Filial: 1	Salário:	1.397,71																					
<table border="1"> <tr> <td>8781 DIAS NORMAIS</td> <td>30,00</td> <td>1.397,71 P</td> <td>339</td> <td>DESC ODONTO COMPANY</td> <td>12,50</td> <td>12,50 D</td> </tr> <tr> <td>16 INSALUBRIDADE 20%</td> <td>20,00</td> <td>220,00 P</td> <td>998</td> <td>I.N.S.S.</td> <td>8,14</td> <td>156,53 D</td> </tr> <tr> <td>247 ADICIONAL NOTURNO 40%</td> <td>120,00</td> <td>304,95 P</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>						8781 DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71 P	339	DESC ODONTO COMPANY	12,50	12,50 D	16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00 P	998	I.N.S.S.	8,14	156,53 D	247 ADICIONAL NOTURNO 40%	120,00	304,95 P				
8781 DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71 P	339	DESC ODONTO COMPANY	12,50	12,50 D																				
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00 P	998	I.N.S.S.	8,14	156,53 D																				
247 ADICIONAL NOTURNO 40%	120,00	304,95 P																								
D:	0 Proventos:	1.922,66	Descontos:	169,03	Informativa:	153,81	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	1.753,63																
F:	0 Base INSS:	1.922,66	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.922,66	Valor FGTS:	153,81	Base IRRF:	1.766,13																

mpr.:	2149 MAIRA TEIXEIRA DE CASTRO	Situação: Trabalhando	CPF: 427.566.218-03	PIS:	203.30629.68-3														
Argo:	71 TEC. ENFERMAGEM	Vínculo: Celetista	Adm: 04/10/2017	CTPS/Série:	019982/00370														
C:	900	Depto: 600	Filial: 1	Salário:	1.397,71														
<table border="1"> <tr> <td>8781 DIAS NORMAIS</td> <td>30,00</td> <td>1.397,71 P</td> <td>339</td> <td>DESC ODONTO COMPANY</td> <td>12,50</td> <td>12,50 D</td> </tr> <tr> <td>16 INSALUBRIDADE 20%</td> <td>20,00</td> <td>220,00 P</td> <td>998</td> <td>I.N.S.S.</td> <td>7,98</td> <td>129,09 D</td> </tr> </table>						8781 DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71 P	339	DESC ODONTO COMPANY	12,50	12,50 D	16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00 P	998	I.N.S.S.	7,98	129,09 D
8781 DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71 P	339	DESC ODONTO COMPANY	12,50	12,50 D													
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00 P	998	I.N.S.S.	7,98	129,09 D													
D:	0 Proventos:	1.617,71	Descontos:	141,59	Informativa:	129,41	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	1.476,12									
F:	0 Base INSS:	1.617,71	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.617,71	Valor FGTS:	129,41	Base IRRF:	1.488,62									

mpr.:	2129 MARCIA MAIARA POSSENTI	Situação: Trabalhando	CPF: 382.523.438-05	PIS:	204.89256.27-3																					
Argo:	8 AUX. ADMINIST.	Vínculo: Celetista	Adm: 04/10/2017	CTPS/Série:	066232/00315																					
C:	900	Depto: 800	Filial: 1	Salário:	1.242,33																					
<table border="1"> <tr> <td>8781 DIAS NORMAIS</td> <td>30,00</td> <td>1.242,33 P</td> <td>339</td> <td>DESC ODONTO COMPANY</td> <td>25,00</td> <td>25,00 D</td> </tr> <tr> <td>322 AJUDA DE CUSTO</td> <td>650,00</td> <td>650,00 P</td> <td>998</td> <td>I.N.S.S.</td> <td>7,87</td> <td>115,10 D</td> </tr> <tr> <td>16 INSALUBRIDADE 20%</td> <td>20,00</td> <td>220,00 P</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>						8781 DIAS NORMAIS	30,00	1.242,33 P	339	DESC ODONTO COMPANY	25,00	25,00 D	322 AJUDA DE CUSTO	650,00	650,00 P	998	I.N.S.S.	7,87	115,10 D	16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00 P				
8781 DIAS NORMAIS	30,00	1.242,33 P	339	DESC ODONTO COMPANY	25,00	25,00 D																				
322 AJUDA DE CUSTO	650,00	650,00 P	998	I.N.S.S.	7,87	115,10 D																				
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00 P																								
D:	0 Proventos:	2.112,33	Descontos:	140,10	Informativa:	116,98	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	1.972,23																
IF:	0 Base INSS:	1.462,33	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.462,33	Valor FGTS:	116,98	Base IRRF:	1.347,23																

Convênio nº 107/2017
 Fonte de Recurso Estadual
 Termo Aditivo nº 00002/2020
 Secretaria do Estado da Saúde
 UGE: 090195 - Hospital Estadual
 Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
 Tipo de Despesa: Custeio

Empresa: 107 - ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA
NPJ: 45.349.461/0008-89
Folha Mensal
Competência: 05/2021

Página: 7/10
Emissão: 07/06/2021
Horas: 17:10:49

EXTRATO MENSAL

npr.: 4531 MARIA EDUARDA ODONI BOMTEMPO Situação: Trabalhando CPF: 502.653.368-05 PIS: 154.46767.02-4
Cargo: 300 AUX. ADM. FARMACIA Vínculo: Celetista Adm: 02/04/2021 CTPS/Série: 5026533/6805
C: 900 Depto: 600 Filial: 1 Salário: 1.191,49

8781 DIAS NORMAIS	30,00	1.191,49 P	998 I.N.S.S.	7,84	112,09 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00 P			
247 ADICIONAL NOTURNO 40%	8,00	17,33 P			

D: 0 Proventos: 1.428,82 Descontos: 112,09 Informativa: 114,30 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.316,73
F: 0 Base INSS: 1.428,82 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.428,82 Valor FGTS: 114,30 Base IRRF: 1.316,73

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

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

D: 0 Proventos: 3.268,41 Descontos: 398,62 Informativa: 261,47 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 2.869,79
F: 0 Base INSS: 3.268,41 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 3.268,41 Valor FGTS: 261,47 Base IRRF: 2.958,81

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

8781 DIAS NORMAIS	21,00	978,40 P	339 DESC ODONTO COMPANY	50,00	50,00 D
8870 DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTE	9,00	419,31 P	998 I.N.S.S.	7,98	129,09 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	154,00 P			
9230 INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR	20,00	66,00 P			

D: 0 Proventos: 1.617,71 Descontos: 179,09 Informativa: 129,41 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.438,62
F: 0 Base INSS: 1.617,71 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.617,71 Valor FGTS: 129,41 Base IRRF: 1.488,62
doença período igual ou inferior a 15 dias: 26/04/2021 a 09/05/2021

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

8781 DIAS NORMAIS	30,00	2.548,41 P	339 DESC ODONTO COMPANY	25,00	25,00 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00 P	998 I.N.S.S.	9,49	311,87 D
247 ADICIONAL NOTURNO 40%	112,00	518,95 P	999 IMPOSTO DE RENDA	15,00	91,52 D

D: 0 Proventos: 3.287,36 Descontos: 428,39 Informativa: 262,98 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 2.858,97
F: 0 Base INSS: 3.287,36 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 3.287,36 Valor FGTS: 262,98 Base IRRF: 2.975,49

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

8781 DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71 P	998 I.N.S.S.	8,11	151,05 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00 P			
247 ADICIONAL NOTURNO 40%	96,00	243,96 P			

D: 0 Proventos: 1.861,67 Descontos: 151,05 Informativa: 148,93 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.710,62
F: 0 Base INSS: 1.861,67 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.861,67 Valor FGTS: 148,93 Base IRRF: 1.710,62

Convênio nº 107/2017
Fonte de recurso Estadual
Torneio Aditivo nº 00002/2020
Secretaria do Estado da Saúde
R: 090196 - Hospital Estadual
Waldo Brandi Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

Empresa: 107 - ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA
NPJ: 45.349.461/0008-89
Folha Mensal
Competência: 05/2021

Página: 8/10
Emissão: 07/06/2021
Horas: 17:10:49

EXTRATO MENSAL

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

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

D: 1 Proventos: 1.617,71 Descontos: 179,09 Informativa: 129,41 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.438,62
F: 1 Base INSS: 1.617,71 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.617,71 Valor FGTS: 129,41 Base IRRF: 1.299,03

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

8788 DIAS AFAST S/ VENCTO	30,00	2.548,41 P	8801	DESCONTO DIAS AFASTADOS	30,00	2.768,41 D
8017 INSALUB 20% AFASTAMENTO	20,00	220,00 P				

D: 0 Proventos: 2.768,41 Descontos: 2.768,41 Informativa: 0 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 0,00
F: 0 Base INSS: 0,00 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 0,00 Valor FGTS: 0,00 Base IRRF: 0,00
Outros motivos de afastamento: 01/05/2021 a 30/10/2021

npr.: 2128 REGINA LEIA PARRO RODRIGUES DE SOUS. Situação: Férias CPF: 259.782.788-73 PIS: 126.82653.15-6
Cargo: 71 TEC. ENFERMAGEM Vínculo: Celetista Adm: 04/10/2017 CTPS/Série: 30950/00240
C: 900 Depto: 700 Filial: 1 Salário: 1.397,71

806 MEDIA HORAS FERIAS	259,21	259,21 P	937	ADIANTAMENTO DE FERIAS	0,00	2.270,52 D
807 VANTAGENS FERIAS	220,00	220,00 P	812	INSS FERIAS	8,70	217,69 D
931 1/3 DAS FERIAS	33,33	625,64 P	821	INSS DIFERENCA FERIAS	0,00	3,67 D
8783 DIAS FERIAS	30,00	1.397,71 P	998	I.N.S.S.	7,50	6,09 D
247 ADICIONAL NOTURNO 40%	32,00	81,32 P	942	IRRF FERIAS	7,50	14,35 D

D: 1 Proventos: 2.583,88 Descontos: 2.512,32 Informativa: 206,70 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 71,56
F: 0 Base INSS: 2.583,88 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 2.583,88 Valor FGTS: 206,70 Base IRRF: 0,00

FERIAS DE 02/05/2021 - 31/05/2021

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

8781 DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71 P	998	I.N.S.S.	8,12	152,88 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00 P				
247 ADICIONAL NOTURNO 40%	104,00	264,29 P				

D: 0 Proventos: 1.882,00 Descontos: 152,88 Informativa: 150,56 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.729,12
F: 0 Base INSS: 1.882,00 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.882,00 Valor FGTS: 150,56 Base IRRF: 1.729,12

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

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

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

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

mpresa: 107 - ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA
NPJ: 45.349.461/0008-89
álculo: Folha Mensal
ompetência: 05/2021

Página: 9/10
Emissão: 07/06/2021
Horas: 17:10:49

EXTRATO MENSAL

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

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

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

mpr.: 4232 TAÍS DE SOUZA THOMAS Situação: Trabalhando CPF: 378.796.178-09 PIS: 202.23551.49-4
argo: 71 TEC. ENFERMAGEM Vínculo: Celetista Contrato Intermitente Adm: 01/03/2021 CTPS/Série: 091492/00452
C: 900 Depto: 600 Filial: 1 Salário: 6,35

9435 HORAS TRAB INTERMITENTE	145,44	924,01 P	825	INSS 13o SALARIO	7,50	8,83 D
9437 DSR HORISTA INTERMITENTE	0,00	221,76 P	998	I.N.S.S.	7,95	124,81 D
9442 FERIAS PROPORC TRAB INTERMITE	1,00	117,77 P				
9443 1/3 FERIAS PROPORC TRAB INTERM	33,33	39,26 P				
9441 13 SALARIO TRAB INTERMITENTE	1,00	117,77 P				
342 INSALUBRIDADE 20% INTERMITEN	20,00	145,44 P				
247 ADICIONAL NOTURNO 40%	48,00	121,98 P				

D: 0 Proventos: 1.687,99 Descontos: 133,64 Informativa: 135,03 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.554,35
F: 0 Base INSS: 1.687,99 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.687,99 Valor FGTS: 135,03 Base IRRF: 1.554,35

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

294 PARCELA DIFERENCA DISSIDIO	185,02	185,02 P	998	I.N.S.S.	10,79	499,62 D
8781 DIAS NORMAIS	30,00	2.886,86 P	999	IMPOSTO DE RENDA	22,50	293,44 D
242 REEMBOLSO DESP PAGO	400,00	400,00 P				
245 AJUDA DE CUSTO	277,58	277,58 P				
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00 P				
27 ADICIONAL RT	1.061,58	1.061,58 P				

D: 0 Proventos: 5.031,04 Descontos: 793,06 Informativa: 370,48 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 4.237,98
F: 0 Base INSS: 4.631,04 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 4.631,04 Valor FGTS: 370,48 Base IRRF: 4.131,42

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

8781 DIAS NORMAIS	30,00	1.397,72 P	339	DESC ODONTO COMPANY	37,50	37,50 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00 P	998	I.N.S.S.	7,98	129,09 D

ID: 2 Proventos: 1.617,72 Descontos: 166,59 Informativa: 129,41 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.451,13
IF: 1 Base INSS: 1.617,72 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.617,72 Valor FGTS: 129,41 Base IRRF: 1.109,45

Total Geral Proventos: 88.927,71 Total Geral Descontos: 27.101,34
Líquido Geral: 61.826,37

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

RELAÇÃO DE CREDITO EM CONTA

Código	Nome do empregado	CPF	Número conta	Valor
Empregados				
2163	ALESSANDRA DE CASSIA MARDEGA	295.556.788-47	19432-8	178,77
2122	ANA AUGUSTA FELICIANI NOGUEIR	214.220.888-63	19481-6	1.463,62
2123	ANA PAULA AZEVEDO ZANATTA	214.801.238-03	19476-x	1.704,12
2336	BIANCA CAETANO COSTA	301.663.768-50	111247-3	2.517,09
2977	BRUNA BERALDO FERRANTE	368.501.738-12	88948-2	2.593,39
2125	CATIA FERNANDA FERRAZ	377.077.858-86	19425-5	1.710,13
2752	CRISTIANE PASCOALETO VENDRAM	295.136.688-43	20619-9	1.426,42
2772	DANIELA DOS SANTOS DE OLIVEIR	218.471.208-65	20671-7	1.605,88
2126	DEBORA CRISTINA LOCHE	385.855.778-19	19413-1	49,14
2132	DENISE PRISCILA ANCILOTTO LISB	322.986.678-96	7621-X	1.679,12
2134	EDILAINE MUNHOZ MAQUEA	108.823.788-64	14727-3	1.729,12
2135	EDILENE MANOEL	291.914.308-52	19434-4	1.488,62
2136	ELAINE CRISTINA DIAS BORGES	095.608.758-25	108275-2	1.438,62
4322	ELOISA TERCIOOTTI DE MATOS SANI	444.702.378-41	23063-4	2.073,59
2130	IZABEL CRISTINA DE SOUZA	095.493.888-75	19436-0	1.461,94
2147	LETICIA MAIARA DOS SANTOS FERF	427.001.668-09	19003-9	1.488,62
2148	LUCAS CARVALHO DOS SANTOS	400.061.728-14	19412-3	1.753,63
2149	MAIRA TEIXEIRA DE CASTRO	427.566.218-03	19415-8	1.476,12
2129	MARCIA MAIARA POSSENTI	382.523.438-05	16147-0	1.972,23
4531	MARIA EDUARDA ODONI BOMTEMP	502.653.368-05	22284-4	1.316,73
2721	NATALIA PAZINATO DA SILVA	434.914.478-10	26458-X	1.438,62
2154	NATALIA XAVIER NASCIMENTO OLI'	394.946.148-52	19553-7	2.858,97
2153	PATRICIA ADRIANA FERREIRA	285.280.548-02	19428-X	1.710,62
2164	PATRICIA MICHELE DE ALMEIDA	305.075.078-27	7812-3	1.438,62
2128	REGINA LEIA PARRO RODRIGUES D	259.782.788-73	19429-8	71,56
2157	RICARDO DE CARVALHO	281.686.478-23	19423-9	1.729,12
2839	SONIA DOS SANTOS ROCHA	304.418.188-70	88417-X	1.704,39
33	THAIS BOARETO DA SILVA	329.168.118-50	197087-9	4.237,98
2799	VALERIA CRISTINA DE SOUZA DA C	298.834.288-12	19514-6	1.451,13
Empregados: 29			Total da Empresa: 47.767,91	
Estagiários: 0				
Contribuintes: 0				
(quarenta e sete mil setecentos e sessenta e sete reais e noventa e um centavos)				

MIRANDOPOLIS, 04/06/2021

Responsável: _____

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



Pagamentos a terceiros - Consulta remessas -3o nível

G3340413562039571
04/07/2021 17:42:47

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

Data 04/06/2021 Valor R\$ 178,77 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 330, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

(Cento e setenta e oito reais e setenta e sete centavos)

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

Documento emitido por:ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSOem04/07/202117:42:47

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

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

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Maio de 2021

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
806	MEDIA HORAS FERIAS	532,18	532,18		
807	VANTAGENS FERIAS	220,00	220,00		
931	1/3 DAS FERIAS	33,33	1.100,20		
8783	DIAS FERIAS	30,00	2.548,41		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	48,00	222,41		
339	DESC ODONTO COMPANY	12,50		12,50	
937	ADIANTAMENTO DE FERIAS	0,00		3.684,52	
812	INSS FERIAS	10,62		467,38	
821	INSS DIFERENCA FERIAS	0,00		14,46	
998	I.N.S.S.	7,50		16,68	
942	IRRF FERIAS	22,50		248,89	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			4.623,20	4.444,43	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 19432-8			Valor Líquido →	178,77	
Agência: 448 - 0					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
2.548,41	4.623,20	4.623,20	369,85	191,27	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

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

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Maio de 2021

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
806	MEDIA HORAS FERIAS	532,18	532,18		
807	VANTAGENS FERIAS	220,00	220,00		
931	1/3 DAS FERIAS	33,33	1.100,20		
8783	DIAS FERIAS	30,00	2.548,41		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	48,00	222,41		
339	DESC ODONTO COMPANY	12,50		12,50	
937	ADIANTAMENTO DE FERIAS	0,00		3.684,52	
812	INSS FERIAS	10,62		467,38	
821	INSS DIFERENCA FERIAS	0,00		14,46	
998	I.N.S.S.	7,50		16,68	
942	IRRF FERIAS	22,50		248,89	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			4.623,20	4.444,43	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 19432-8			Valor Líquido →	178,77	
Agência: 448 - 0					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
2.548,41	4.623,20	4.623,20	369,85	191,27	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

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



Aviso de lançamento

G3340413562039571
04/07/2021 17:42:47

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

Data 04/06/2021 Valor R\$ 1.463,62 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 330, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

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

* Este aviso de lançamento não é válido como comprovante da operação e demonstra apenas que houve um lançamento em conta corrente.

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

Documento emitido por:ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSOem04/07/202117:42:47

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

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Maio de 2021

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

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

BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 19481-6			Agência: 448 - 0	Total de Vencimentos	Total de Descontos
				1.617,71	154,09
			Valor Líquido →		1.463,62
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base C&C. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base C&C. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.617,71	1.617,71	129,41	1.109,44	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

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

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Maio de 2021

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

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

BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 19481-6			Agência: 448 - 0	Total de Vencimentos	Total de Descontos
				1.617,71	154,09
			Valor Líquido →		1.463,62
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base C&C. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base C&C. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.617,71	1.617,71	129,41	1.109,44	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Convênio nº 107/2017
Fonte de Recurso Estadual
Termo Aditivo nº 0002/2020
Secretaria do Estado da Saúde
LGE: 090196 - Hospital Estadual
Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio



Aviso de lançamento

G3340413562039571
04/07/2021 17:42:47

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

Data 04/06/2021 Valor R\$ 1.704,12 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 330, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

(Um mil e setecentos e quatro reais e doze centavos)

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

Documento emitido por:ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSOem04/07/202117:42:47

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS

Mensalista

Folha Mensal

Maio de 2021

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	104,00	264,29		
339	DESC ODONTO COMPANY	25,00		25,00	
998	I.N.S.S.	8,12		152,88	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.882,00	177,88	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 19476-x Agência: 448 - 0			Valor Líquido →	1.704,12	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.882,00	1.882,00	150,56	1.729,12	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS

Mensalista

Folha Mensal

Maio de 2021

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	104,00	264,29		
339	DESC ODONTO COMPANY	25,00		25,00	
998	I.N.S.S.	8,12		152,88	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.882,00	177,88	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 19476-x Agência: 448 - 0			Valor Líquido →	1.704,12	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.882,00	1.882,00	150,56	1.729,12	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

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



Aviso de lançamento

G3340413562039571
04/07/2021 17:42:47

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

Data 04/06/2021 Valor R\$ 2.517,09 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 330, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

(Dois mil e quinhentos e dezessete reais e nove centavos)

* Este aviso de lançamento não é válido como comprovante da operação e demonstra apenas que houve um lançamento em conta corrente.

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

Documento emitido por:ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSOem04/07/202117:42:47

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

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

CC: UTI MIRANDOPOLIS
 Mensalista

Folha Mensal
 Maio de 2021

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

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.548,41		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	8,00	37,07		
998	I.N.S.S.	9,06		254,05	
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		34,34	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			2.805,48	288,39	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 111247-3			Valor Líquido →	2.517,09	
Agência: 448 - 0					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
2.548,41	2.805,48	2.805,48	224,43	2.361,84	7,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.548,41		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	8,00	37,07		
998	I.N.S.S.	9,06		254,05	
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		34,34	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			2.805,48	288,39	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 111247-3			Valor Líquido →	2.517,09	
Agência: 448 - 0					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
2.548,41	2.805,48	2.805,48	224,43	2.361,84	7,50

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



Aviso de lançamento

G3340413562039571
04/07/2021 17:42:47

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

Data 04/06/2021 Valor R\$ 2.593,39 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 330, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

(Dois mil e quinhentos e noventa e três reais e trinta e nove centavos)

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

Documento emitido por:ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSOem04/07/202117:42:47

Convênio nº 107/2017
Fonte de Recurso Estadual
Termo Aditivo nº 0002/2020
Secretaria do Estado da Saúde
UNGE: 090196 - Hospital Estadual
Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	20,00	1.698,94		
8870	DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTEGRAIS	10,00	849,47		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	146,67		
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	73,33		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	32,00	148,27		
998	I.N.S.S.	9,17		267,39	
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		55,90	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			2.916,68	323,29	
BANCO DO BRASIL 1 conta salário: 88948-2			Valor Líquido →	2.593,39	
Agência: 0295 - X					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
2.548,41	2.916,68	2.916,68	233,33	2.649,29	7,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	20,00	1.698,94		
8870	DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTEGRAIS	10,00	849,47		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	146,67		
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	73,33		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	32,00	148,27		
998	I.N.S.S.	9,17		267,39	
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		55,90	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			2.916,68	323,29	
BANCO DO BRASIL 1 conta salário: 88948-2			Valor Líquido →	2.593,39	
Agência: 0295 - X					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
2.548,41	2.916,68	2.916,68	233,33	2.649,29	7,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data



Aviso de lançamento

G3340413562039571
04/07/2021 17:42:47

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

Data 04/06/2021 Valor R\$ 1.710,13 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 330, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

(Um mil e setecentos e dez reais e treze centavos)

* Este aviso de lançamento não é válido como comprovante da operação e demonstra apenas que houve um lançamento em conta corrente.

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

Documento emitido por:ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSOem04/07/202117:42:47

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

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

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Maio de 2021

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

Admissão: 04/10/2017

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	112,00	284,62		
339	DESC ODONTO COMPANY	37,50		37,50	
998	I.N.S.S.	8,13		154,70	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.902,33	192,20	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 19425-5			Valor Líquido →	1.710,13	
Agência: 448 - 0					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.902,33	1.902,33	152,18	1.558,04	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

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

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Maio de 2021

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

Admissão: 04/10/2017

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	112,00	284,62		
339	DESC ODONTO COMPANY	37,50		37,50	
998	I.N.S.S.	8,13		154,70	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.902,33	192,20	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 19425-5			Valor Líquido →	1.710,13	
Agência: 448 - 0					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.902,33	1.902,33	152,18	1.558,04	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Convênio nº 107/2017
Fonte de Recurso Estadual
Termo Aditivo nº 0002/2020
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio



Aviso de lançamento

G3340413562039571
04/07/2021 17:42:47

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

Data 04/06/2021 Valor R\$ 1.426,42 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 330, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

(Um mil e quatrocentos e vinte e seis reais e quarenta e dois centavos)

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

Documento emitido por:ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSOem04/07/202117:42:47

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

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	29,00	1.351,12		
806	MEDIA HORAS FERIAS	0,05	0,05		
807	VANTAGENS FERIAS	7,33	7,33		
931	1/3 DAS FERIAS	33,33	17,99		
8783	DIAS FERIAS	1,00	46,59		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	212,67		
339	DESC ODONTO COMPANY	12,50		12,50	
937	ADIANTAMENTO DE FERIAS	0,00		66,12	
812	INSS FERIAS	8,24		5,84	
821	INSS DIFERENCA FERIAS	0,00		0,63	
998	I.N.S.S.	7,94		124,24	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.635,75	209,33	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 20619-9			Valor Líquido →	1.426,42	
Agência: 448 - 0					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.635,75	1.635,75	130,85	1.249,33	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	29,00	1.351,12		
806	MEDIA HORAS FERIAS	0,05	0,05		
807	VANTAGENS FERIAS	7,33	7,33		
931	1/3 DAS FERIAS	33,33	17,99		
8783	DIAS FERIAS	1,00	46,59		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	212,67		
339	DESC ODONTO COMPANY	12,50		12,50	
937	ADIANTAMENTO DE FERIAS	0,00		66,12	
812	INSS FERIAS	8,24		5,84	
821	INSS DIFERENCA FERIAS	0,00		0,63	
998	I.N.S.S.	7,94		124,24	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.635,75	209,33	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 20619-9			Valor Líquido →	1.426,42	
Agência: 448 - 0					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.635,75	1.635,75	130,85	1.249,33	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data



Aviso de lançamento

G3340413562039571
04/07/2021 17:42:47

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

Data 04/06/2021 Valor R\$ 1.605,88 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 330, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

(Um mil e seiscentos e cinco reais e oitenta e oito centavos)

* Este aviso de lançamento não é válido como comprovante da operação e demonstra apenas que houve um lançamento em conta corrente.

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

Documento emitido por:ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSOem04/07/202117:42:47

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

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	29,00	1.351,13	
806	MEDIA HORAS FERIAS	8,52	8,52	
807	VANTAGENS FERIAS	7,33	7,33	
931	1/3 DAS FERIAS	33,33	20,81	
8783	DIAS FERIAS	1,00	46,59	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	212,67	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	72,00	182,97	
937	ADIANTAMENTO DE FERIAS	0,00		75,00
812	INSS FERIAS	8,69		7,31
821	INSS DIFERENCA FERIAS	0,00		0,19
998	I.N.S.S.	8,05		140,70
942	IRRF FERIAS	7,50		0,94

			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.830,02	224,14
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 20671-7			Valor Líquido →	1.605,88
Agência: 448 - 0				

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.397,72	1.830,02	1.830,02	146,40	1.605,88	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	29,00	1.351,13	
806	MEDIA HORAS FERIAS	8,52	8,52	
807	VANTAGENS FERIAS	7,33	7,33	
931	1/3 DAS FERIAS	33,33	20,81	
8783	DIAS FERIAS	1,00	46,59	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	212,67	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	72,00	182,97	
937	ADIANTAMENTO DE FERIAS	0,00		75,00
812	INSS FERIAS	8,69		7,31
821	INSS DIFERENCA FERIAS	0,00		0,19
998	I.N.S.S.	8,05		140,70
942	IRRF FERIAS	7,50		0,94

			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.830,02	224,14
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 20671-7			Valor Líquido →	1.605,88
Agência: 448 - 0				

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.397,72	1.830,02	1.830,02	146,40	1.605,88	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data



Aviso de lançamento

G3340413562039571
04/07/2021 17:42:47

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

Data 04/06/2021 Valor R\$ 49,14 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 330, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

(Quarenta e nove reais e catorze centavos)

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

Documento emitido por:ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSOem04/07/202117:42:47

Convênio nº 187/2017
Fonte de Recurso Estadual
Término Aditivo nº 00002/2020
Secretaria do Estado da Saúde
IGÉ: 090196 - Hospital Estadual
Rovaldo Brandi Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
806	MEDIA HORAS FERIAS	225,17	225,17		
807	VANTAGENS FERIAS	220,00	220,00		
931	1/3 DAS FERIAS	33,33	545,55		
8783	DIAS FERIAS	30,00	1.191,49		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	32,00	69,32		
339	DESC ODONTO COMPANY	12,50		12,50	
937	ADIANTAMENTO DE FERIAS	0,00		2.002,32	
812	INSS FERIAS	8,24		179,89	
821	INSS DIFERENCA FERIAS	0,00		2,49	
998	I.N.S.S.	7,50		5,19	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			2.251,53	2.202,39	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 19413-1			Valor Líquido →	49,14	
Agência: 448 - 0					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.191,49	2.251,53	2.251,53	180,11	61,64	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
806	MEDIA HORAS FERIAS	225,17	225,17		
807	VANTAGENS FERIAS	220,00	220,00		
931	1/3 DAS FERIAS	33,33	545,55		
8783	DIAS FERIAS	30,00	1.191,49		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	32,00	69,32		
339	DESC ODONTO COMPANY	12,50		12,50	
937	ADIANTAMENTO DE FERIAS	0,00		2.002,32	
812	INSS FERIAS	8,24		179,89	
821	INSS DIFERENCA FERIAS	0,00		2,49	
998	I.N.S.S.	7,50		5,19	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			2.251,53	2.202,39	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 19413-1			Valor Líquido →	49,14	
Agência: 448 - 0					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.191,49	2.251,53	2.251,53	180,11	61,64	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

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



Aviso de lançamento

G3340413562039571
04/07/2021 17:42:47

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

Data 04/06/2021 Valor R\$ 1.679,12 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 330, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

(Um mil e seiscentos e setenta e nove reais e doze centavos)

* Este aviso de lançamento não é válido como comprovante da operação e demonstra apenas que houve um lançamento em conta corrente.

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

Documento emitido por:ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSOem04/07/202117:42:47

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

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

CC: UTI MIRANDOPOLIS
 Mensalista

Folha Mensal
 Maio de 2021

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	29,00	1.351,12	
8870	DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTEGRAIS	1,00	46,59	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	212,67	
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	7,33	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	104,00	264,29	
339	DESC ODONTO COMPANY	50,00		50,00
998	I.N.S.S.	8,12		152,88

			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.882,00	202,88
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 7621-X			Valor Líquido →	1.679,12

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.882,00	1.882,00	150,56	1.349,94	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

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

CC: UTI MIRANDOPOLIS
 Mensalista

Folha Mensal
 Maio de 2021

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	29,00	1.351,12	
8870	DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTEGRAIS	1,00	46,59	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	212,67	
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	7,33	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	104,00	264,29	
339	DESC ODONTO COMPANY	50,00		50,00
998	I.N.S.S.	8,12		152,88

			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.882,00	202,88
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 7621-X			Valor Líquido →	1.679,12

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.882,00	1.882,00	150,56	1.349,94	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

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



Aviso de lançamento

G3340413562039571
04/07/2021 17:42:47

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

Data 04/06/2021 Valor R\$ 1.729,12 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 330, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

(Um mil e setecentos e vinte e nove reais e doze centavos)

* Este aviso de lançamento não é válido como comprovante da operação e demonstra apenas que houve um lançamento em conta corrente.

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

Documento emitido por:ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSOem04/07/202117:42:47

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

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Maio de 2021

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

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	104,00	264,29		
998	I.N.S.S.	8,12		152,88	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.882,00	152,88	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 14727-3			Valor Líquido →	1.729,12	
Agência: 448 - 0					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálcl. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálcl. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.882,00	1.882,00	150,56	1.729,12	0,00

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

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Maio de 2021

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

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	104,00	264,29		
998	I.N.S.S.	8,12		152,88	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.882,00	152,88	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 14727-3			Valor Líquido →	1.729,12	
Agência: 448 - 0					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálcl. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálcl. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.882,00	1.882,00	150,56	1.729,12	0,00

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



Aviso de lançamento

G3340413562039571
04/07/2021 17:42:47

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

Data 04/06/2021 Valor R\$ 1.488,62 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 330, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

(Um mil e quatrocentos e oitenta e oito reais e sessenta e dois centavos)

* Este aviso de lançamento não é válido como comprovante da operação e demonstra apenas que houve um lançamento em conta corrente.

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

Documento emitido por:ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSOem04/07/202117:42:47

Convênio nº 107/2017
Fonte de Recurso Estadual
Termo Aditivo nº 0002/2020
Secretaria do Estado da Saúde
UNGE: 080196 - Hospital Estadual
Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Maio de 2021

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00		
998	I.N.S.S.	7,98		129,09	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.617,71	129,09	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 19434-4			Valor Líquido →	1.488,62	
Agência: 448 - 0					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.617,71	1.617,71	129,41	1.299,03	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Maio de 2021

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00		
998	I.N.S.S.	7,98		129,09	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.617,71	129,09	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 19434-4			Valor Líquido →	1.488,62	
Agência: 448 - 0					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.617,71	1.617,71	129,41	1.299,03	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

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



Aviso de lançamento

G3340413562039571
04/07/2021 17:42:47

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

Data 04/06/2021 Valor R\$ 1.438,62 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 330, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

(Um mil e quatrocentos e trinta e oito reais e sessenta e dois centavos)

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

Documento emitido por:ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSOem04/07/202117:42:47

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	28,00	1.304,53		
8870	DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTEGRAIS	2,00	93,18		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	205,33		
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	14,67		
339	DESC ODONTO COMPANY	50,00		50,00	
998	I.N.S.S.	7,98		129,09	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.617,71	179,09	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 108275-2 Agência: 448 - 0			Valor Líquido →	1.438,62	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.617,71	1.617,71	129,41	1.488,62	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	28,00	1.304,53		
8870	DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTEGRAIS	2,00	93,18		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	205,33		
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	14,67		
339	DESC ODONTO COMPANY	50,00		50,00	
998	I.N.S.S.	7,98		129,09	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.617,71	179,09	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 108275-2 Agência: 448 - 0			Valor Líquido →	1.438,62	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.617,71	1.617,71	129,41	1.488,62	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data



Aviso de lançamento

G3340413562039571
04/07/2021 17:42:47

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

Data 04/06/2021 Valor R\$ 2.073,59 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 330, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

Pagamento efetuado a ELOISA TERCIOTTI DE MATOS, na conta 23.063, agência 4351 do banco 001.

(Dois mil e setenta e três reais e cinquenta e nove centavos)

* Este aviso de lançamento não é válido como comprovante da operação e demonstra apenas que houve um lançamento em conta corrente.

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

Documento emitido por:ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSOem04/07/202117:42:47

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
4322	ELOISA TERCIOTTI DE MATOS SANCHES ENFERMEIRO (A)	223505	600	1
		Admissão:	19/03/2021	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
9435	HORAS TRAB INTERMITENTE	123,04	1.425,26		
9437	DSR HORISTA INTERMITENTE	0,00	342,06		
9442	FERIAS PROPORC TRAB INTERMITENTE	1,00	157,53		
9443	1/3 FERIAS PROPORC TRAB INTERMITENTE	33,33	52,51		
9441	13 SALARIO TRAB INTERMITENTE	1,00	157,53		
342	INSALUBRIDADE 20% INTERMITENTE	20,00	123,04		
825	INSS 13o SALARIO	7,50		11,81	
998	I.N.S.S.	8,21		172,53	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			2.257,93	184,34	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 23063-4			Valor Líquido ➡	2.073,59	
Agência: 4351 - 6					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
11,58	2.257,93	2.257,93	180,63	2.073,59	7,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
4322	ELOISA TERCIOTTI DE MATOS SANCHES ENFERMEIRO (A)	223505	600	1
		Admissão:	19/03/2021	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
9435	HORAS TRAB INTERMITENTE	123,04	1.425,26		
9437	DSR HORISTA INTERMITENTE	0,00	342,06		
9442	FERIAS PROPORC TRAB INTERMITENTE	1,00	157,53		
9443	1/3 FERIAS PROPORC TRAB INTERMITENTE	33,33	52,51		
9441	13 SALARIO TRAB INTERMITENTE	1,00	157,53		
342	INSALUBRIDADE 20% INTERMITENTE	20,00	123,04		
825	INSS 13o SALARIO	7,50		11,81	
998	I.N.S.S.	8,21		172,53	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			2.257,93	184,34	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 23063-4			Valor Líquido ➡	2.073,59	
Agência: 4351 - 6					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
11,58	2.257,93	2.257,93	180,63	2.073,59	7,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data



Aviso de lançamento

G3340413562039571
04/07/2021 17:42:47

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

Data 04/06/2021 Valor R\$ 1.461,94 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 330, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

(Um mil e quatrocentos e sessenta e um reais e noventa e quatro centavos)

* Este aviso de lançamento não é válido como comprovante da operação e demonstra apenas que houve um lançamento em conta corrente.

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

Documento emitido por:ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSOem04/07/202117:42:47

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Maio de 2021

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.191,49		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	88,00	190,64		
339	DESC ODONTO COMPANY	12,50		12,50	
998	I.N.S.S.	7,97		127,69	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.602,13	140,19	
			Valor Líquido →	1.461,94	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 19436-0		Agência: 448 - 0			
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.191,49	1.602,13	1.602,13	128,17	1.474,44	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Maio de 2021

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.191,49		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	88,00	190,64		
339	DESC ODONTO COMPANY	12,50		12,50	
998	I.N.S.S.	7,97		127,69	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.602,13	140,19	
			Valor Líquido →	1.461,94	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 19436-0		Agência: 448 - 0			
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.191,49	1.602,13	1.602,13	128,17	1.474,44	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data



Aviso de lançamento

G3340413562039571
04/07/2021 17:42:47

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

Data 04/06/2021 Valor R\$ 1.488,62 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 330, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

(Um mil e quatrocentos e oitenta e oito reais e sessenta e dois centavos)

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

Documento emitido por:ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSOem04/07/202117:42:47

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00		
998	I.N.S.S.	7,98		129,09	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.617,71	129,09	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 19003-9			Valor Líquido →	1.488,62	
Agência: 448 - 0					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.617,71	1.617,71	129,41	1.488,62	0,00

*** PARABÉNS PELO SEU ANIVERSÁRIO NO DIA 16 DE JUNHO ***

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00		
998	I.N.S.S.	7,98		129,09	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.617,71	129,09	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 19003-9			Valor Líquido →	1.488,62	
Agência: 448 - 0					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.617,71	1.617,71	129,41	1.488,62	0,00

*** PARABÉNS PELO SEU ANIVERSÁRIO NO DIA 16 DE JUNHO ***

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

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



Aviso de lançamento

G3340413562039571
04/07/2021 17:42:47

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

Data 04/06/2021 Valor R\$ 1.753,63 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 330, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

(Um mil e setecentos e cinqüenta e três reais e sessenta e três centavos)

* Este aviso de lançamento não é válido como comprovante da operação e demonstra apenas que houve um lançamento em conta corrente.

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

Documento emitido por:ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSOem04/07/202117:42:47

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

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	120,00	304,95		
339	DESC ODONTO COMPANY	12,50		12,50	
998	I.N.S.S.	8,14		156,53	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.922,66	169,03	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 19412-3			Valor Líquido →	1.753,63	
Agência: 448 - 0					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.922,66	1.922,66	153,81	1.766,13	0,00

*** PARABÉNS PELO SEU ANIVERSÁRIO NO DIA 03 DE JUNHO ***

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	120,00	304,95		
339	DESC ODONTO COMPANY	12,50		12,50	
998	I.N.S.S.	8,14		156,53	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.922,66	169,03	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 19412-3			Valor Líquido →	1.753,63	
Agência: 448 - 0					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.922,66	1.922,66	153,81	1.766,13	0,00

*** PARABÉNS PELO SEU ANIVERSÁRIO NO DIA 03 DE JUNHO ***

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data



Aviso de lançamento

G3340413562039571
04/07/2021 17:42:47

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

Data 04/06/2021 Valor R\$ 1.476,12 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 330, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

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

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

Documento emitido por:ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSOem04/07/202117:42:47

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

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

CC: UTI MIRANDOPOLIS
 Mensalista

Folha Mensal
 Maio de 2021

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

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recbo.

Assinatura do Funcionário

Data

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00		
339	DESC ODONTO COMPANY	12,50		12,50	
998	I.N.S.S.	7,98		129,09	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.617,71	141,59	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 19415-8			Valor Líquido →	1.476,12	
Agência: 448 - 0					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.617,71	1.617,71	129,41	1.488,62	0,00

*** PARABÉNS PELO SEU ANIVERSÁRIO NO DIA 25 DE JUNHO ***

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

CC: UTI MIRANDOPOLIS
 Mensalista

Folha Mensal
 Maio de 2021

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

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recbo.

Assinatura do Funcionário

Data

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00		
339	DESC ODONTO COMPANY	12,50		12,50	
998	I.N.S.S.	7,98		129,09	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.617,71	141,59	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 19415-8			Valor Líquido →	1.476,12	
Agência: 448 - 0					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.617,71	1.617,71	129,41	1.488,62	0,00

*** PARABÉNS PELO SEU ANIVERSÁRIO NO DIA 25 DE JUNHO ***

Convênio nº 197/2017
 Fonte de Recurso Estadual
 Termo Aditivo nº 00002/2020
 Secretaria do Estado da Saúde
 UGE: 090196 - Hospital Estadual
 Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
 Tipo de Despesa: Custeio



Aviso de lançamento

G3340413562039571
04/07/2021 17:42:47

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

Data 04/06/2021 Valor R\$ 1.972,23 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 330, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

Pagamento efetuado a MARCIA MAIARA POSSENTI, na conta 16.147, agência 0448 do banco 001.

(Um mil e novecentos e setenta e dois reais e vinte e três centavos)

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

Documento emitido por:ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSOem04/07/202117:42:47

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS

Folha Mensal

Mensalista

Maio de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2129	MARCIA MAIARA POSSENTI AUX. ADMINIST.	411005	800	1
		Admissão:		04/10/2017

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.242,33		
322	AJUDA DE CUSTO	650,00	650,00		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00		
339	DESC ODONTO COMPANY	25,00		25,00	
998	I.N.S.S.	7,87		115,10	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			2.112,33	140,10	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 16147-0			Valor Líquido →	1.972,23	
Agência: 448 - 0					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.242,33	1.462,33	1.462,33	116,98	1.347,23	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS

Folha Mensal

Mensalista

Maio de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2129	MARCIA MAIARA POSSENTI AUX. ADMINIST.	411005	800	1
		Admissão:		04/10/2017

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.242,33		
322	AJUDA DE CUSTO	650,00	650,00		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00		
339	DESC ODONTO COMPANY	25,00		25,00	
998	I.N.S.S.	7,87		115,10	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			2.112,33	140,10	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 16147-0			Valor Líquido →	1.972,23	
Agência: 448 - 0					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.242,33	1.462,33	1.462,33	116,98	1.347,23	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

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



Aviso de lançamento

G3340413562039571
04/07/2021 17:42:47

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

Data 04/06/2021 Valor R\$ 1.316,73 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 330, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

Pagamento efetuado a MARIA EDUARDA ODONI BOMTE, na conta 22.284, agência 0448 do banco 001.

(Um mil e trezentos e dezesseis reais e setenta e três centavos)

* Este aviso de lançamento não é válido como comprovante da operação e demonstra apenas que houve um lançamento em conta corrente.

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

Documento emitido por:ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSOem04/07/202117:42:47

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
4531	MARIA EDUARDA ODONI BOMTEMPO AUX. ADM. FARMACIA	411005	600	1
		Admissão: 02/04/2021		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.191,49	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	8,00	17,33	
998	I.N.S.S.	7,84		112,09
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.428,82	112,09

BANCO DO BRASIL 1
 conta corrente: 22284-4 Agência: 448 - 0

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

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
4531	MARIA EDUARDA ODONI BOMTEMPO AUX. ADM. FARMACIA	411005	600	1
		Admissão: 02/04/2021		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.191,49	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	8,00	17,33	
998	I.N.S.S.	7,84		112,09
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.428,82	112,09

BANCO DO BRASIL 1
 conta corrente: 22284-4 Agência: 448 - 0

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

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Convênio nº 107/2017
 Fonte de Recurso Estadual
 Termo Aditivo nº 0002/2020
 Secretaria do Estado da Saúde
 UGE: 090196 Hospital Estadual
 Dr. Oswaldo Brandão Faria de Miranda
 Tipo de Despesa: Custeio



Aviso de lançamento

G3340413562039571
04/07/2021 17:42:47

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

Data 04/06/2021 Valor R\$ 1.438,62 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 330, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

Pagamento efetuado a NATALIA PAZINATO DA SILVA, na conta 26.458, agência 0373 do banco 001.

(Um mil e quatrocentos e trinta e oito reais e sessenta e dois centavos)

* Este aviso de lançamento não é válido como comprovante da operação e demonstra apenas que houve um lançamento em conta corrente.

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

Documento emitido por:ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSOem04/07/202117:42:47

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

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

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Maio de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2721	NATALIA PAZINATO DA SILVA TEC. ENFERMAGEM	322205	600	1

Admissão: 25/01/2019

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	21,00	978,40	
8870	DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTEGRAIS	9,00	419,31	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	154,00	
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	66,00	
339	DESC ODONTO COMPANYY	50,00		50,00
998	I.N.S.S.	7,98		129,09

			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.617,71	179,09
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 26458-X Agência: 373 - 5			Valor Líquido →	1.438,62

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

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

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

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Maio de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2721	NATALIA PAZINATO DA SILVA TEC. ENFERMAGEM	322205	600	1

Admissão: 25/01/2019

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	21,00	978,40	
8870	DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTEGRAIS	9,00	419,31	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	154,00	
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	66,00	
339	DESC ODONTO COMPANYY	50,00		50,00
998	I.N.S.S.	7,98		129,09

			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.617,71	179,09
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 26458-X Agência: 373 - 5			Valor Líquido →	1.438,62

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

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

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



Aviso de lançamento

G3340413562039571
04/07/2021 17:42:47

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

Data 04/06/2021 Valor R\$ 2.858,97 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 330, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

Pagamento efetuado a NATALIA XAVIER NASCIMENTO, na conta 19.553, agência 0448 do banco 001.

(Dois mil e oitocentos e cinqüenta e oito reais e noventa e sete centavos)

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

Documento emitido por:ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSOem04/07/202117:42:47

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2154	NATALIA XAVIER NASCIMENTO OLIVEIRA ENFERMEIRO (A)	223505	600	1
		Admissão:	04/10/2017	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.548,41		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	112,00	518,95		
339	DESC ODONTO COMPANY	25,00		25,00	
998	I.N.S.S.	9,49		311,87	
999	IMPOSTO DE RENDA	15,00		91,52	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			3.287,36	428,39	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 19553-7			Valor Líquido →	2.858,97	
Agência: 448 - 0					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	FG.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
2.548,41	3.287,36	3.287,36	262,98	2.975,49	15,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2154	NATALIA XAVIER NASCIMENTO OLIVEIRA ENFERMEIRO (A)	223505	600	1
		Admissão:	04/10/2017	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.548,41		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	112,00	518,95		
339	DESC ODONTO COMPANY	25,00		25,00	
998	I.N.S.S.	9,49		311,87	
999	IMPOSTO DE RENDA	15,00		91,52	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			3.287,36	428,39	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 19553-7			Valor Líquido →	2.858,97	
Agência: 448 - 0					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	FG.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
2.548,41	3.287,36	3.287,36	262,98	2.975,49	15,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data



Aviso de lançamento

G3340413562039571
04/07/2021 17:42:47

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

Data 04/06/2021 Valor R\$ 1.710,62 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 330, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

Pagamento efetuado a PATRICIA ADRIANA FERREIRA, na conta 19.428, agência 0448 do banco 001.

(Um mil e setecentos e dez reais e sessenta e dois centavos)

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

Documento emitido por:ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSOem04/07/202117:42:47

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Fórmula
2153	PATRICIA ADRIANA FERREIRA TEC. ENFERMAGEM	322205	600	1
		Admissão:	04/10/2017	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	96,00	243,96		
998	I.N.S.S.	8,11		151,05	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.861,67	151,05	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 19428-X Agência: 448 - 0			Valor Líquido →	1.710,62	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.861,67	1.861,67	148,93	1.710,62	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Fórmula
2153	PATRICIA ADRIANA FERREIRA TEC. ENFERMAGEM	322205	600	1
		Admissão:	04/10/2017	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	96,00	243,96		
998	I.N.S.S.	8,11		151,05	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.861,67	151,05	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 19428-X Agência: 448 - 0			Valor Líquido →	1.710,62	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.861,67	1.861,67	148,93	1.710,62	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data



Aviso de lançamento

G3340413562039571
04/07/2021 17:42:47

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

Data 04/06/2021 Valor R\$ 1.438,62 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 330, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

Pagamento efetuado a PATRICIA MICHELE DE ALMEI, na conta 7.812, agência 0448 do banco 001.

(Um mil e quatrocentos e trinta e oito reais e sessenta e dois centavos)

* Este aviso de lançamento não é válido como comprovante da operação e demonstra apenas que houve um lançamento em conta corrente.

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

Documento emitido por:ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSOem04/07/202117:42:47

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2164	PATRICIA MICHELE DE ALMEIDA TEC. ENFERMAGEM	322205	600	1
		Admissão:	04/10/2017	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00	
339	DESC ODONTO COMPANY	50,00		50,00
998	I.N.S.S.	7,98		129,09
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.617,71	179,09
			Valor Líquido →	1.438,62

BANCO DO BRASIL 1
conta corrente: 7812-3

Agência: 448 - 0

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

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2164	PATRICIA MICHELE DE ALMEIDA TEC. ENFERMAGEM	322205	600	1
		Admissão:	04/10/2017	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00	
339	DESC ODONTO COMPANY	50,00		50,00
998	I.N.S.S.	7,98		129,09
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.617,71	179,09
			Valor Líquido →	1.438,62

BANCO DO BRASIL 1
conta corrente: 7812-3

Agência: 448 - 0

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

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data



Aviso de lançamento

G3340413562039571
04/07/2021 17:42:47

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

Data 04/06/2021 Valor R\$ 71,56 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 330, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

Pagamento efetuado a REGINA LEIA PARRO RODRIGU, na conta 19.429, agência 0448 do banco 001.

(Setenta e um reais e cinqüenta e seis centavos)

* Este aviso de lançamento não é válido como comprovante da operação e demonstra apenas que houve um lançamento em conta corrente.

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

Documento emitido por:ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSOem04/07/202117:42:47

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

CC: UTI MIRANDOPOLIS
 Mensalista

Folha Mensal
 Maio de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2128	REGINA LEIA PARRO RODRIGUES DE SOUSA TEC. ENFERMAGEM	322205	700	1
		Admissão:	04/10/2017	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
806	MEDIA HORAS FERIAS	259,21	259,21		
807	VANTAGENS FERIAS	220,00	220,00		
931	1/3 DAS FERIAS	33,33	625,64		
8783	DIAS FERIAS	30,00	1.397,71		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	32,00	81,32		
937	ADIANTAMENTO DE FERIAS	0,00		2.270,52	
812	INSS FERIAS	8,70		217,69	
821	INSS DIFERENCA FERIAS	0,00		3,67	
998	I.N.S.S.	7,50		6,09	
942	IRRF FERIAS	7,50		14,35	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			2.583,88	2.512,32	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 19429-8			Valor Líquido →	71,56	
Agência: 448 - 0					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	2.583,88	2.583,88	206,70	0,00	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

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

CC: UTI MIRANDOPOLIS
 Mensalista

Folha Mensal
 Maio de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2128	REGINA LEIA PARRO RODRIGUES DE SOUSA TEC. ENFERMAGEM	322205	700	1
		Admissão:	04/10/2017	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
806	MEDIA HORAS FERIAS	259,21	259,21		
807	VANTAGENS FERIAS	220,00	220,00		
931	1/3 DAS FERIAS	33,33	625,64		
8783	DIAS FERIAS	30,00	1.397,71		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	32,00	81,32		
937	ADIANTAMENTO DE FERIAS	0,00		2.270,52	
812	INSS FERIAS	8,70		217,69	
821	INSS DIFERENCA FERIAS	0,00		3,67	
998	I.N.S.S.	7,50		6,09	
942	IRRF FERIAS	7,50		14,35	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			2.583,88	2.512,32	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 19429-8			Valor Líquido →	71,56	
Agência: 448 - 0					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	2.583,88	2.583,88	206,70	0,00	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

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



Aviso de lançamento

G3340413562039571
04/07/2021 17:42:47

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

Data 04/06/2021 Valor R\$ 1.729,12 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 330, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

Pagamento efetuado a RICARDO DE CARVALHO, na conta 19.423, agência 0448 do banco 001.

(Um mil e setecentos e vinte e nove reais e doze centavos)

* Este aviso de lançamento não é válido como comprovante da operação e demonstra apenas que houve um lançamento em conta corrente.

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

Documento emitido por:ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSOem04/07/202117:42:47

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

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2157	RICARDO DE CARVALHO TEC. ENFERMAGEM	322205 Admissão:	600	1
			04/10/2017	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	104,00	264,29		
998	I.N.S.S.	8,12		152,88	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.882,00	152,88	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 19423-9			Valor Líquido →	1.729,12	
Agência: 448 - 0					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.882,00	1.882,00	150,56	1.729,12	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2157	RICARDO DE CARVALHO TEC. ENFERMAGEM	322205 Admissão:	600	1
			04/10/2017	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	104,00	264,29		
998	I.N.S.S.	8,12		152,88	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.882,00	152,88	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 19423-9			Valor Líquido →	1.729,12	
Agência: 448 - 0					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.882,00	1.882,00	150,56	1.729,12	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data



Aviso de lançamento

G3340413562039571
04/07/2021 17:42:47

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

Data 04/06/2021 Valor R\$ 4.237,98 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 330, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

Pagamento efetuado a THAIS BOARETO DA SILVA, na conta 197.087, agência 6921 do banco 001.

(Quatro mil e duzentos e trinta e sete reais e noventa e oito centavos)

* Este aviso de lançamento não é válido como comprovante da operação e demonstra apenas que houve um lançamento em conta corrente.

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

Documento emitido por:ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSOem04/07/202117:42:47

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

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
33	THAIS BOARETO DA SILVA ENFERMEIRO (A) DE TERAPIA INTENSIVA	223525 Admissão: 15/09/2014	600	1

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
294	PARCELA DIFERENCA DISSIDIO	185,02	185,02		
8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.886,86		
242	REEMBOLSO DESP PAGO	400,00	400,00		
245	AJUDA DE CUSTO	277,58	277,58		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00		
27	ADICIONAL RT	1.061,58	1.061,58		
998	I.N.S.S.	10,79		499,62	
999	IMPOSTO DE RENDA	22,50		293,44	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			5.031,04	793,06	
BANCO DO BRASIL 1 conta poupança: 197087-9			Valor Líquido →	4.237,98	
Agência: 6921 - 3					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
2.886,86	4.631,04	4.631,04	370,48	4.131,42	22,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
33	THAIS BOARETO DA SILVA ENFERMEIRO (A) DE TERAPIA INTENSIVA	223525 Admissão: 15/09/2014	600	1

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
294	PARCELA DIFERENCA DISSIDIO	185,02	185,02		
8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.886,86		
242	REEMBOLSO DESP PAGO	400,00	400,00		
245	AJUDA DE CUSTO	277,58	277,58		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00		
27	ADICIONAL RT	1.061,58	1.061,58		
998	I.N.S.S.	10,79		499,62	
999	IMPOSTO DE RENDA	22,50		293,44	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			5.031,04	793,06	
BANCO DO BRASIL 1 conta poupança: 197087-9			Valor Líquido →	4.237,98	
Agência: 6921 - 3					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
2.886,86	4.631,04	4.631,04	370,48	4.131,42	22,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data



Aviso de lançamento

G3340413562039571
04/07/2021 17:42:47

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

Data 04/06/2021 Valor R\$ 1.451,13 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 330, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

Pagamento efetuado a VALERIA CRISTINA DE SOUZA, na conta 19.514, agência 0448 do banco 001.

(Um mil e quatrocentos e cinqüenta e um reais e treze centavos)

* Este aviso de lançamento não é válido como comprovante da operação e demonstra apenas que houve um lançamento em conta corrente.

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

Documento emitido por:ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSOem04/07/202117:42:47

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2799	VALERIA CRISTINA DE SOUZA DA CRUZ TEC. ENFERMAGEM	322205	600	1
		Admissão:	11/06/2019	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,72		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00		
339	DESC ODONTO COMPANYY	37,50		37,50	
998	I.N.S.S.	7,98		129,09	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.617,72	166,59	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 19514-6			Valor Líquido →	1.451,13	
Agência: 448 - 0					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.397,72	1.617,72	1.617,72	129,41	1.109,45	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2799	VALERIA CRISTINA DE SOUZA DA CRUZ TEC. ENFERMAGEM	322205	600	1
		Admissão:	11/06/2019	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,72		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00		
339	DESC ODONTO COMPANYY	37,50		37,50	
998	I.N.S.S.	7,98		129,09	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.617,72	166,59	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 19514-6			Valor Líquido →	1.451,13	
Agência: 448 - 0					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.397,72	1.617,72	1.617,72	129,41	1.109,45	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

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

07/06/2021 - BANCO DO BRASIL - 11:55:56
679006790 SEGUNDA VIA 0001
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

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

DATA DA TRANSFERENCIA 07/06/2021
NR. DOCUMENTO 550.448.000.018.441
VALOR TOTAL 843,34

***** TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JAQUELINE C OSWALDO
AGENCIA: 0448-0 CONTA: 18.441-1
NR. DOCUMENTO 556.790.000.000.211
=====

NR.AUTENTICACAO 0.00F.18D.769.D04.498

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
4946	JAQUELINE CRISTINA OSWALDO TEC. ENFERMAGEM	322205	600	1
		Admissão:	08/05/2021	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
9435	HORAS TRAB INTERMITENTE	88,51	562,32		
9437	DSR HORISTA INTERMITENTE	0,00	112,46		
9442	FERIAS PROPORC TRAB INTERMITENTE	1,00	63,61		
9443	1/3 FERIAS PROPORC TRAB INTERMITENTE	33,33	21,20		
9441	13 SALARIO TRAB INTERMITENTE	1,00	63,61		
342	INSALUBRIDADE 20% INTERMITENTE	20,00	88,51		
825	INSS 13o SALARIO	7,50		4,77	
998	I.N.S.S.	7,50		63,60	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			911,71	68,37	
			Valor Líquido →	843,34	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
6,35	911,71	911,71	72,92	843,34	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
4946	JAQUELINE CRISTINA OSWALDO TEC. ENFERMAGEM	322205	600	1
		Admissão:	08/05/2021	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
9435	HORAS TRAB INTERMITENTE	88,51	562,32		
9437	DSR HORISTA INTERMITENTE	0,00	112,46		
9442	FERIAS PROPORC TRAB INTERMITENTE	1,00	63,61		
9443	1/3 FERIAS PROPORC TRAB INTERMITENTE	33,33	21,20		
9441	13 SALARIO TRAB INTERMITENTE	1,00	63,61		
342	INSALUBRIDADE 20% INTERMITENTE	20,00	88,51		
825	INSS 13o SALARIO	7,50		4,77	
998	I.N.S.S.	7,50		63,60	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			911,71	68,37	
			Valor Líquido →	843,34	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
6,35	911,71	911,71	72,92	843,34	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

07/06/2021 - BANCO DO BRASIL - 17:33:42
679006790 SEGUNDA VIA 0002
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

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

=====

DATA DA TRANSFERENCIA	07/06/2021
NR. DOCUMENTO	553.062.007.004.231
VALOR TOTAL	274.995,45

***** TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 7.004.231-4
NR. DOCUMENTO 556.790.000.000.211
=====

NR.AUTENTICACAO	8.5D3.488.626.4AC.FD4
-----------------	-----------------------

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
04/07/2021 - AUTOATENDIMENTO - 17.08.15
6790306790 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL

AGENCIA: 6790-3 CONTA: 211-9

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA

REMETENTE : ASSOCIACAO H B DO BRASIL

BANCO: 104 - CAIXA ECONOMICA FEDERAL

AGENCIA: 1354-4 - CIDADE DE MIRANDOPOLIS

CONTA: 37.895-0

FAVORECIDO: SONIA DOS SANTOS ROCHA

CPF/CNPJ: 304.418.188-70

VALOR: R\$

1.704,39

DEBITO EM: 07/06/2021

DOCUMENTO: 060701

AUTENTICACAO SISBB: 6.2AC.198.257.0B0.065

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2839	SONIA DOS SANTOS ROCHA TEC. ENFERMAGEM	322205	600	1
		Admissão:	17/09/2019	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,95		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	104,00	264,34		
339	DESC ODONTO COMPANY	25,00		25,00	
998	I.N.S.S.	8,12		152,90	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.882,29	177,90	
BANCO DO BRASIL 1 conta salário: 88417-X			Valor Líquido →	1.704,39	
Agência: 0295 - X					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.397,95	1.882,29	1.882,29	150,58	1.729,39	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2839	SONIA DOS SANTOS ROCHA TEC. ENFERMAGEM	322205	600	1
		Admissão:	17/09/2019	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,95		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	104,00	264,34		
339	DESC ODONTO COMPANY	25,00		25,00	
998	I.N.S.S.	8,12		152,90	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.882,29	177,90	
BANCO DO BRASIL 1 conta salário: 88417-X			Valor Líquido →	1.704,39	
Agência: 0295 - X					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.397,95	1.882,29	1.882,29	150,58	1.729,39	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
04/07/2021 - AUTOATENDIMENTO - 17.08.15
6790306790 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL

AGENCIA: 6790-3 CONTA: 211-9

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA

REMETENTE : ASSOCIACAO H B DO BRASIL

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

AGENCIA: 0139-2 - MIRANDOPOLIS

CONTA: 1.010.774-1

FAVORECIDO: ALESSANDRA APARECIDA DOS SANTOS GON

CPF/CNPJ: 117.356.088-23

VALOR: RS

1.521,75

DEBITO EM: 07/06/2021

=====

DOCUMENTO: 060702

AUTENTICACAO SISBB: 7.C93.344.376.0D6.BB4

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

CC: UTI MIRANDOPOLIS
 Mensalista

Folha Mensal
 Maio de 2021

Código 3908 Nome do Funcionário ALESSANDRA APARECIDA DOS SANTOS GONSA:
 AUX. ADM. FARMACIA CBO 411005 Departamento 700 Fíal 1
 Admissão: 21/12/2020

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos		
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.191,49			
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00			
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	112,00	242,63			
998	I.N.S.S.	8,00		132,37		
			Total de Vencimentos	Total de Descontos		
			1.654,12	132,37		
			Valor Líquido →	1.521,75		
Salário Base		Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.191,49		1.654,12	1.654,12	132,32	1.521,75	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

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

CC: UTI MIRANDOPOLIS
 Mensalista

Folha Mensal
 Maio de 2021

Código 3908 Nome do Funcionário ALESSANDRA APARECIDA DOS SANTOS GONSA:
 AUX. ADM. FARMACIA CBO 411005 Departamento 700 Fíal 1
 Admissão: 21/12/2020

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos		
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.191,49			
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00			
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	112,00	242,63			
998	I.N.S.S.	8,00		132,37		
			Total de Vencimentos	Total de Descontos		
			1.654,12	132,37		
			Valor Líquido →	1.521,75		
Salário Base		Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.191,49		1.654,12	1.654,12	132,32	1.521,75	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

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

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
04/07/2021 - AUTOATENDIMENTO - 17.08.15
6790306790 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

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

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : ASSOCIACAO H B DO BRASIL
BANCO: 033 - BCO SANTANDER (BRASIL) S.A.
AGENCIA: 0477-4 - GUARACAI
CONTA: 1.006.976-3

FAVORECIDO: ANA PAULA PERUSSI
CPF/CNPJ: 427.979.458-83
VALOR: R\$ 1.411,08
DEBITO EM: 07/06/2021

=====

DOCUMENTO: 060703
AUTENTICACAO SISBB: A.6F3.752.C7C.824.B5F

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

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

CC: UTI MIRANDOPOLIS
 Horista

Folha Mensal
 Maio de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
4233	ANA PAULA PERUSSI TEC. ENFERMAGEM	322205	600	1
		Admissão:	02/03/2021	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
9435	HORAS TRAB INTERMITENTE	144,35	917,09		
9437	DSR HORISTA INTERMITENTE	0,00	220,10		
9442	FERIAS PROPORC TRAB INTERMITENTE	1,00	106,80		
9443	1/3 FERIAS PROPORC TRAB INTERMITENTE	33,33	35,60		
9441	13 SALARIO TRAB INTERMITENTE	1,00	106,80		
342	INSALUBRIDADE 20% INTERMITENTE	20,00	144,35		
825	INSS 13o SALARIO	7,50		8,01	
998	I.N.S.S.	7,84		111,65	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.530,74	119,66	
			Valor Líquido →	1.411,08	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
6,35	1.530,74	1.530,74	122,45	1.411,08	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recbo.

Assinatura do Funcionário

Data

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

CC: UTI MIRANDOPOLIS
 Horista

Folha Mensal
 Maio de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
4233	ANA PAULA PERUSSI TEC. ENFERMAGEM	322205	600	1
		Admissão:	02/03/2021	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
9435	HORAS TRAB INTERMITENTE	144,35	917,09		
9437	DSR HORISTA INTERMITENTE	0,00	220,10		
9442	FERIAS PROPORC TRAB INTERMITENTE	1,00	106,80		
9443	1/3 FERIAS PROPORC TRAB INTERMITENTE	33,33	35,60		
9441	13 SALARIO TRAB INTERMITENTE	1,00	106,80		
342	INSALUBRIDADE 20% INTERMITENTE	20,00	144,35		
825	INSS 13o SALARIO	7,50		8,01	
998	I.N.S.S.	7,84		111,65	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.530,74	119,66	
			Valor Líquido →	1.411,08	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
6,35	1.530,74	1.530,74	122,45	1.411,08	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recbo.

Assinatura do Funcionário

Data

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

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
04/07/2021 - AUTOATENDIMENTO - 17.08.15
6790306790 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL

AGENCIA: 6790-3 CONTA: 211-9

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA

REMETENTE : ASSOCIACAO H B DO BRASIL

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

AGENCIA: 0132-5 - PEREIRA BARRETO

CONTA: 1.018.669-1

FAVORECIDO: CRISTIANE DIAS DA SILVA

CPF/CNPJ: 311.763.418-55

VALOR: R\$

1.211,58

DEBITO EM: 07/06/2021

=====

DOCUMENTO: 060704

AUTENTICACAO SISBB: 5.A67.3AC.CF2.417.4E0

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
4155	CRISTIANE DIAS DA SILVA TEC. ENFERMAGEM	322205	600	1
		Admissão:	11/02/2021	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
5	HORAS AFAST.INSS (P/DOENC	107,45	107,45		
9435	HORAS TRAB INTERMITENTE	101,55	645,17		
9437	DSR HORISTA INTERMITENTE	0,00	107,53		
9442	FERIAS PROPORC TRAB INTERMITENTE	1,00	91,52		
9443	1/3 FERIAS PROPORC TRAB INTERMITENTE	33,33	30,51		
9441	13 SALARIO TRAB INTERMITENTE	1,00	91,52		
342	INSALUBRIDADE 20% INTERMITENTE	20,00	101,55		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	96,00	243,96		
988	DESCONTO HORAS AFASTADAS	0,00		107,45	
825	INSS 13o SALARIO	7,50		6,86	
998	I.N.S.S.	7,65		93,32	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.419,21	207,63	
			Valor Líquido →	1.211,58	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
6,35	1.311,76	1.311,76	104,93	1.211,58	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
4155	CRISTIANE DIAS DA SILVA TEC. ENFERMAGEM	322205	600	1
		Admissão:	11/02/2021	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
5	HORAS AFAST.INSS (P/DOENC	107,45	107,45		
9435	HORAS TRAB INTERMITENTE	101,55	645,17		
9437	DSR HORISTA INTERMITENTE	0,00	107,53		
9442	FERIAS PROPORC TRAB INTERMITENTE	1,00	91,52		
9443	1/3 FERIAS PROPORC TRAB INTERMITENTE	33,33	30,51		
9441	13 SALARIO TRAB INTERMITENTE	1,00	91,52		
342	INSALUBRIDADE 20% INTERMITENTE	20,00	101,55		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	96,00	243,96		
988	DESCONTO HORAS AFASTADAS	0,00		107,45	
825	INSS 13o SALARIO	7,50		6,86	
998	I.N.S.S.	7,65		93,32	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.419,21	207,63	
			Valor Líquido →	1.211,58	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
6,35	1.311,76	1.311,76	104,93	1.211,58	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
04/07/2021 - AUTOATENDIMENTO - 17.08.15
6790306790 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

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

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : ASSOCIACAO H B DO BRASIL
BANCO: 237 - BCO BRADESCO S.A.
AGENCIA: 0167-8 - LAVINIA
CONTA: 500.696-1

FAVORECIDO: ELIANA CRISTINA RODRIGUES
CPF/CNPJ: 294.873.608-08
VALOR: R\$ 1.457,34
DEBITO EM: 07/06/2021

=====

DOCUMENTO: 060705
AUTENTICACAO SISBB: 8.087.585.1D9.7F2.28A

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2992	ELIANA CRISTINA RODRIGUES TEC. ENFERMAGEM	322205	600	1
		Admissão:	19/02/2020	

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,95		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	8,00	20,33		
339	DESC ODONTO COMPANY	50,00		50,00	
998	I.N.S.S.	7,99		130,94	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.638,28	180,94	
			Valor Líquido →	1.457,34	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.397,95	1.638,28	1.638,28	131,06	1.317,75	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,95		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	8,00	20,33		
339	DESC ODONTO COMPANY	50,00		50,00	
998	I.N.S.S.	7,99		130,94	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.638,28	180,94	
			Valor Líquido →	1.457,34	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.397,95	1.638,28	1.638,28	131,06	1.317,75	0,00

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
04/07/2021 - AUTOATENDIMENTO - 17.08.15
6790306790 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

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

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : ASSOCIACAO H B DO BRASIL
BANCO: 033 - BCO SANTANDER (BRASIL) S.A.
AGENCIA: 0477-4 - GUARACAI
CONTA: 1.007.302-7

FAVORECIDO: FERNANDA DA SILVA GIMENEZ
CPF/CNPJ: 391.415.638-40
VALOR: R\$ 1.700,61
DEBITO EM: 07/06/2021

=====

DOCUMENTO: 060706
AUTENTICACAO SISBB: 3.8C7.ED0.8E0.3E2.A9E

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

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Horista

Folha Mensal
Maio de 2021

Código Nome do Funcionário CBO Departamento Filial
4240 FERNANDA DA SILVA GIMENEZ 322205 600 1
TEC. ENFERMAGEM Admissão: 09/03/2021

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
9435	HORAS TRAB INTERMITENTE	144,55	918,36		
9437	DSR HORISTA INTERMITENTE	0,00	220,41		
9442	FERIAS PROPORC TRAB INTERMITENTE	1,00	128,97		
9443	1/3 FERIAS PROPORC TRAB INTERMITENTE	33,33	42,99		
9441	13 SALARIO TRAB INTERMITENTE	1,00	128,97		
342	INSALUBRIDADE 20% INTERMITENTE	20,00	144,55		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	104,00	264,29		
825	INSS 13o SALARIO	7,50		9,67	
998	I.N.S.S.	8,04		138,26	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.848,54	147,93	
			Valor Líquido →	1.700,61	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
6,35	1.848,54	1.848,54	147,87	1.700,61	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
9435	HORAS TRAB INTERMITENTE	144,55	918,36		
9437	DSR HORISTA INTERMITENTE	0,00	220,41		
9442	FERIAS PROPORC TRAB INTERMITENTE	1,00	128,97		
9443	1/3 FERIAS PROPORC TRAB INTERMITENTE	33,33	42,99		
9441	13 SALARIO TRAB INTERMITENTE	1,00	128,97		
342	INSALUBRIDADE 20% INTERMITENTE	20,00	144,55		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	104,00	264,29		
825	INSS 13o SALARIO	7,50		9,67	
998	I.N.S.S.	8,04		138,26	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.848,54	147,93	
			Valor Líquido →	1.700,61	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
6,35	1.848,54	1.848,54	147,87	1.700,61	0,00

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

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
04/07/2021 - AUTOATENDIMENTO - 17.08.15
6790306790 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

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

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : ASSOCIACAO H B DO BRASIL
BANCO: 237 - BCO BRADESCO S.A.
AGENCIA: 0167-8 - LAVINIA
CONTA: 10.980-0

FAVORECIDO: MAURO CELSO CHIAVELLI
CPF/CNPJ: 365.760.718-84
VALOR: RS 2.869,79
DEBITO EM: 07/06/2021

=====

DOCUMENTO: 060707
AUTENTICACAO SISBB: 5.674.D2B.3B8.439.4F1

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
3021	MAURO CELSO CHIAVELLI FARMACEUTICO (A)	223405	700	1
		Admissão: 01/04/2020		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.548,41		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00		
27	ADICIONAL RT	500,00	500,00		
998	I.N.S.S.	9,47		309,60	
999	IMPOSTO DE RENDA	15,00		89,02	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			3.268,41	398,62	
			Valor Líquido ➡	2.869,79	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
2.548,41	3.268,41	3.268,41	261,47	2.958,81	15,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
3021	MAURO CELSO CHIAVELLI FARMACEUTICO (A)	223405	700	1
		Admissão: 01/04/2020		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.548,41		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00		
27	ADICIONAL RT	500,00	500,00		
998	I.N.S.S.	9,47		309,60	
999	IMPOSTO DE RENDA	15,00		89,02	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			3.268,41	398,62	
			Valor Líquido ➡	2.869,79	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
2.548,41	3.268,41	3.268,41	261,47	2.958,81	15,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
04/07/2021 - AUTOATENDIMENTO - 17.08.15
6790306790 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL

AGENCIA: 6790-3 CONTA: 211-9

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA

REMETENTE : ASSOCIACAO H B DO BRASIL

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

AGENCIA: 3337-5 - TRES LAGOAS

CONTA: 1.095.383-5

FAVORECIDO: SAMIR BISPO DOS SANTOS

CPF/CNPJ: 246.121.428-02

VALOR: R\$ 1.488,62

DEBITO EM: 07/06/2021

=====

DOCUMENTO: 060708

AUTENTICACAO SISBB: 0.F67.AEF.1D5.D0D.A5D

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
3807	SAMIR BISPO DOS SANTOS TEC. ENFERMAGEM	322205	600	1
		Admissão:	26/10/2020	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00		
998	I.N.S.S.	7,98		129,09	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.617,71	129,09	
			Valor Líquido ⇨	1.488,62	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.617,71	1.617,71	129,41	1.488,62	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
3807	SAMIR BISPO DOS SANTOS TEC. ENFERMAGEM	322205	600	1
		Admissão:	26/10/2020	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00		
998	I.N.S.S.	7,98		129,09	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.617,71	129,09	
			Valor Líquido ⇨	1.488,62	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.617,71	1.617,71	129,41	1.488,62	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
04/07/2021 - AUTOATENDIMENTO - 17.08.15
6790306790 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL
CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL
AGENCIA: 6790-3 CONTA: 211-9

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : ASSOCIACAO H B DO BRASIL
BANCO: 033 - BCO SANTANDER (BRASIL) S.A.
AGENCIA: 0132-5 - PEREIRA BARRETO
CONTA: 1.015.128-0

FAVORECIDO: TAIS DE SOUZA THOMAS
CPF/CNPJ: 378.796.178-09
VALOR: R\$ 1.554,35
DEBITO EM: 07/06/2021

=====

DOCUMENTO: 060709
AUTENTICACAO SISBB: 6.A20.843.5F6.465.45C

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
4232	TAÍS DE SOUZA THOMAS TEC. ENFERMAGEM	322205 Admissão:	600	1
			01/03/2021	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
9435	HORAS TRAB INTERMITENTE	145,44	924,01		
9437	DSR HORISTA INTERMITENTE	0,00	221,76		
9442	FERIAS PROPORC TRAB INTERMITENTE	1,00	117,77		
9443	1/3 FERIAS PROPORC TRAB INTERMITENTE	33,33	39,26		
9441	13 SALARIO TRAB INTERMITENTE	1,00	117,77		
342	INSALUBRIDADE 20% INTERMITENTE	20,00	145,44		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	48,00	121,98		
825	INSS 13o SALARIO	7,50		8,83	
998	I.N.S.S.	7,95		124,81	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.687,99	133,64	
			Valor Líquido →	1.554,35	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	FG.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
6,35	1.687,99	1.687,99	135,03	1.554,35	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
4232	TAÍS DE SOUZA THOMAS TEC. ENFERMAGEM	322205 Admissão:	600	1
			01/03/2021	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
9435	HORAS TRAB INTERMITENTE	145,44	924,01		
9437	DSR HORISTA INTERMITENTE	0,00	221,76		
9442	FERIAS PROPORC TRAB INTERMITENTE	1,00	117,77		
9443	1/3 FERIAS PROPORC TRAB INTERMITENTE	33,33	39,26		
9441	13 SALARIO TRAB INTERMITENTE	1,00	117,77		
342	INSALUBRIDADE 20% INTERMITENTE	20,00	145,44		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	48,00	121,98		
825	INSS 13o SALARIO	7,50		8,83	
998	I.N.S.S.	7,95		124,81	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.687,99	133,64	
			Valor Líquido →	1.554,35	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	FG.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
6,35	1.687,99	1.687,99	135,03	1.554,35	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Maio de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Fiscal
2145	CAMILA DONATO INNOCENCIO ENFERMEIRO (A)	223505	600	1
		Admissão:	04/10/2017	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8785	DIAS AFAST.INSS (P/DOENCA)	30,00	2.548,41		
8013	INSALUB 20% DOENCA	20,00	220,00		
8801	DESCONTO DIAS AFASTADOS	30,00		2.768,41	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			2.768,41	2.768,41	
			Valor Líquido →	0,00	
BANCO DO BRASIL 1		Agência: 448 - 0			
Conta corrente: 111351-8					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
2.548,41	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Maio de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Fiscal
2145	CAMILA DONATO INNOCENCIO ENFERMEIRO (A)	223505	600	1
		Admissão:	04/10/2017	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8785	DIAS AFAST.INSS (P/DOENCA)	30,00	2.548,41		
8013	INSALUB 20% DOENCA	20,00	220,00		
8801	DESCONTO DIAS AFASTADOS	30,00		2.768,41	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			2.768,41	2.768,41	
			Valor Líquido →	0,00	
BANCO DO BRASIL 1		Agência: 448 - 0			
Conta corrente: 111351-8					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
2.548,41	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

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

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

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Maio de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2137	GISLAINE MACHADO MORABITO TEC. ENFERMAGEM	322205	600	1
		Admissão:	04/10/2017	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8785	DIAS AFAST.INSS (P/DOENCA)	30,00	1.397,71		
8013	INSALUB 20% DOENCA	20,00	220,00		
8801	DESCONTO DIAS AFASTADOS	30,00		1.617,71	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.617,71	1.617,71	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 19478-6			Valor Líquido →	0,00	
Agência: 448 - 0					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

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

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Maio de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2137	GISLAINE MACHADO MORABITO TEC. ENFERMAGEM	322205	600	1
		Admissão:	04/10/2017	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8785	DIAS AFAST.INSS (P/DOENCA)	30,00	1.397,71		
8013	INSALUB 20% DOENCA	20,00	220,00		
8801	DESCONTO DIAS AFASTADOS	30,00		1.617,71	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.617,71	1.617,71	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 19478-6			Valor Líquido →	0,00	
Agência: 448 - 0					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

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

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Maio de 2021

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

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8785	DIAS AFAST. INSS (P/DOENÇA)	30,00	1.397,71		
8013	INSALUB 20% DOENÇA	20,00	220,00		
8801	DESCONTO DIAS AFASTADOS	30,00		1.617,71	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.617,71	1.617,71	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 107885-2 Agência: 448 - 0			Valor Líquido →	0,00	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8785	DIAS AFAST. INSS (P/DOENÇA)	30,00	1.397,71		
8013	INSALUB 20% DOENÇA	20,00	220,00		
8801	DESCONTO DIAS AFASTADOS	30,00		1.617,71	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.617,71	1.617,71	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 107885-2 Agência: 448 - 0			Valor Líquido →	0,00	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

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

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

CC: UTI MIRANDOPOLIS
 Mensalista

Folha Mensal
 Maio de 2021

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

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
806	MEDIA HORAS FERIAS	3,39	3,39		
807	VANTAGENS FERIAS	220,00	220,00		
931	1/3 DAS FERIAS	33,33	540,37		
8783	DIAS FERIAS	30,00	1.397,71		
990	ESTOURO DO MES	0,00	12,50		
339	DESC ODONTO COMPANY	12,50		12,50	
937	ADIANTAMENTO DE FERIAS	0,00		1.983,44	
812	INSS FERIAS	8,24		178,03	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			2.173,97	2.173,97	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 19414-X			Valor Líquido →	0,00	
Agência: 448 - 0					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	2.161,47	2.161,47	172,91	0,00	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
806	MEDIA HORAS FERIAS	3,39	3,39		
807	VANTAGENS FERIAS	220,00	220,00		
931	1/3 DAS FERIAS	33,33	540,37		
8783	DIAS FERIAS	30,00	1.397,71		
990	ESTOURO DO MES	0,00	12,50		
339	DESC ODONTO COMPANY	12,50		12,50	
937	ADIANTAMENTO DE FERIAS	0,00		1.983,44	
812	INSS FERIAS	8,24		178,03	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			2.173,97	2.173,97	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 19414-X			Valor Líquido →	0,00	
Agência: 448 - 0					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	2.161,47	2.161,47	172,91	0,00	0,00

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

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2155	PRISCILA SANTOS LEITE DE ALMEIDA ENFERMEIRO (A)	223505	600	1
		Admissão:	04/10/2017	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8788	DIAS AFAST S/ VENCTO	30,00	2.548,41		
8017	INSALUB 20% AFASTAMENTO	20,00	220,00		
8801	DESCONTO DIAS AFASTADOS	30,00		2.768,41	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			2.768,41	2.768,41	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 19439-5			Valor Líquido →	0,00	
Agência: 448 - 0					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
2.548,41	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2155	PRISCILA SANTOS LEITE DE ALMEIDA ENFERMEIRO (A)	223505	600	1
		Admissão:	04/10/2017	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8788	DIAS AFAST S/ VENCTO	30,00	2.548,41		
8017	INSALUB 20% AFASTAMENTO	20,00	220,00		
8801	DESCONTO DIAS AFASTADOS	30,00		2.768,41	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			2.768,41	2.768,41	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 19439-5			Valor Líquido →	0,00	
Agência: 448 - 0					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
2.548,41	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

04/07/2021 - BANCO DO BRASIL - 17:08:15
679006790 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO DO BRASIL

00190617792738303347200001526110186440000084800
BENEFICIARIO:
SAMTRONIC I COMERCIO LTDA
NOME FANTASIA:
SAMTRONIC INDUSTRIA E COMERCIO LIMI
CNPJ: 58.426.628/0001-33
PAGADOR:
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE D
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	60.710
NOSSO NUMERO	6177273830
CONVENIO	00000000
DATA DE VENCIMENTO	07/06/2021
DATA DO PAGAMENTO	07/06/2021
VALOR DO DOCUMENTO	848,00
VALOR COBRADO	848,00

NR.AUTENTICACAO	A.7D1.2C5.E57.DC9.FB0
-----------------	-----------------------

=====

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 Samtronic Industria e Comercio Ltda OS PRODUTOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO

DATA DE RECEBIMENTO

IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

NF-e
N. 000267080
SÉRIE 1



Samtronic Industria e Comercio Ltda

Rua Venda da Esperanza, 162
Socorro Cep:04763-040
Sao Paulo/SP
Fone: 551122447751

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA
NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAÍDA

N. 000267080
SÉRIE 1
FOLHA 01/01



CHAVE DE ACESSO DA NF-E
3521 0458 4266 2800 0133 5500 1000 2670 8018 5453 3730

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 PRODUÇÃO DO ESTABELECIMENTO

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

135210375914970 08/04/2021 08:56:58-03:00

INSCRIÇÃO ESTADUAL

112068380115

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIB.

CNPJ

58.426.628/0001-33

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL

ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ/CPF

45.349.461/0001-02

DATA DE EMISSÃO

08/04/2021

ENDEREÇO

AV. JOSE ARIANO RODRIGUES, 303, SALA 03

BAIRRO/DISTRITO

CENTRO

CEP

16400-400

DATA ENTRADA/SAÍDA

MUNICÍPIO

LINS

FONE/FAX

1435325198

UF

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA ENTRADA/SAÍDA

FATURA

001 002
08/05/2021 07/06/2021
848,00 848,00

CALCULO DO IMPOSTO

BASE DE CALCULO DO ICMS

1.696,00

VALOR DO ICMS

305,28

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-EMITENTE

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ/CPF

44.914.992/0013-71

ENDEREÇO

RUA ALEXANDRE COLARES

MUNICÍPIO

SAO PAULO

UF

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

112782533118

QUANTIDADE

2

ESPECIE

CAIXA

MARCA

NUMERAÇÃO

PESO BRUTO

4,724

PESO LÍQUIDO

3,924

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇO

COD. PROD	DESCRIÇÃO DO PROD./SERV.	NCM/SH	CST	CFOP	UN	QUANT.	V.UNITARIO	V.TOTAL	BC.ICMS	V.ICMS	V.IPI	A.ICMS	A.IPI
EE905200	EQUIPO GINASET EQ 0623 C700 ESTERILIZADO (CX 5000) Lote (S): MAR21905237209008 - Val Idade: 01/03/2024	90189099	000	5101	UN	100,0000	16,96000000	1.696,00	1.696,00	305,28	0,00	18,00%	0,00%

CALCULO DO ISSQN

INSCRIÇÃO MUNICIPAL

94911827

VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS

BASE DE CÁLCULO DO ISSQN

VALOR DO ISSQN

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Protocolo: 135210375914970

PEDIDO 032888 ENTREGAR DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585, MIRANDOPOLIS/SP ADICIONAIS

DA NOTA : UTI MIRANDOPOLIS - CONVENIO 0107/2017 ALIQUOTA DO IPI REDUZIDO A 0

CONFORME DECRETO N 8950 DE 2016 MATERIAL HOSPITALAR ALIQUOTA ZERO DE PIS E

COFINS DE ACORDO COM DECRETO 6426/2008 LEI 10637/2002 ARTIGO 2 PARAGRAFO 3 LEI

10833/2003 Endereco de entrega: ... - *** Pedido de Venda: 473899 *** Cotacao

Numero: G01726

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 12/04/2021
ASS. _____

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

04/07/2021 - BANCO DO BRASIL - 17:08:15
679006790 0002

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO DO BRASIL

00190000090171153600100913655171686440000205524
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 60.711
NOSSO NUMERO 17115360000913655
CONVENIO 01711536
DATA DE VENCIMENTO 07/06/2021
DATA DO PAGAMENTO 07/06/2021
VALOR DO DOCUMENTO 2.055,24
VALOR COBRADO 2.055,24

NR.AUTENTICACAO D.D64.8ED.BD1.3F8.0D2
=====

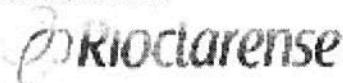
Central de Atendimento BB
4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas
0800 729 0001 Demais localidades.
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

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
RUA CARLOS DE ALMEIDA, 335 - JARDIM MIRANDÓPOLIS - JARDIM MIRANDÓPOLIS - SP
CNPJ 06.611.795/0001-60

EMISSÃO
DOCUMENTO AUTORIZADO
NOTA FISCAL ELETRÔNICA

Q- ENTRADA
1- SAIDA
Nº. 1432495 FL. 1 / 2
SÉRIE 1



CHAVE DE ACESSO
3521 0567 7291 7800 0491 5500 1001 4324 9519 3478 8854

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

PROTOCO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
135210512549892 10/05/2021 16:55:05

NATUREZA DA OPERAÇÃO: VENDA DENTRO ESTADO
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 395060142110 INSCRIÇÃO MUNIC. TRIBUTÁRIO: CNPJ: 67.729.178/0004-91

INFORMAÇÕES DO EMITENTE
NOME FANTASIA SOCIAL: ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0001-02 DATA DA EMISSÃO: 10/05/2021
ENDEREÇO: AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303 BARRIO/DISTRITO: JARDIM ARIANO CEP: 16400-400 DATA DA ENTRADA NA DIA: 10/05/2021
MUNICÍPIO: LINS INSCRIÇÃO ESTADUAL: 1836591243 UF: SP TIPO DE EMISSÃO:

Table with 10 columns: FATOR ABILITADA, FATOR ABILITADO, VENCIMENTO, VALOR, FATOR ABILITADO, VENCIMENTO, VALOR, FATOR ABILITADO, VENCIMENTO, VALOR. Row 1: 14324954, 07/06/2021, 2.055,24

Table with 6 columns: VALOR DO ICMS, VALOR DO ICMS SUBSTITUÍDO, VALOR TOTAL DOS PRODUTOS, VALOR DO ICMS, VALOR DO ICMS, VALOR TOTAL DA NOTA. Row 1: 2.055,24, 359,40, 0,00, 0,00, 2.055,24

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS
NOME FANTASIA SOCIAL: NIKKEY RIO PRETO LOG. E TRANSP.
RUA CARLOS DE ALMEIDA, 335 - JARDIM MIRANDÓPOLIS - JARDIM MIRANDÓPOLIS - SP
CNPJ: 15.066.184/0001-60
ENDEREÇO: R MARIA CERON VOLPE 2260 MUNICÍPIO: SAO JOSE DO RIO PRETO UF: SP INSCRIÇÃO ESTADUAL: 647598751114
QUANTIDADE: 5,00 ESPECIE: VOLUME(S) NÚMERO: 0,06106 PESO BRUTO: 38,028 PESO LÍQUIDO: 28,028

Table with 14 columns: CÓDIGO, DESCRIÇÃO PRODUTO/SERVIÇO, NCM, EST, CFOP, UN, QUANT, VALOR UNITÁRIO, VALOR TOTAL, BICAR, ICMS, VALOR FINS, VALOR IPI, ALÍQUOTAS ICMS, IPI. Rows include: COI PAIR DE SNT PERFURACAO CIRCULO (L75 IMPERMEABILIZADO), LINA CIRURGICA (ESTILETE) (CATEDRACAO) (L 3042110), LANCETA INTRATECAL (COM 1/2) (MEDICAMENTO) (L 3042110), TUBAS REAGRITAS RUNDY (MEDICAMENTO) (L 3042110), FILTRO BAL. TERMO (CARE) (L 3042110), QMERTAX (CINCO) (L 3042110), AMODARINA (MIGRA) (L 3042110)

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

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
LOCAL DE ENTREGA: 40445-0001 AV. DR. RAIL DA CUNHA, 335 - BARRIO DEMI, CENTRO - MIRANDÓPOLIS - SP
NOME DO EMITENTE: ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
NOME DO RECEBENTE: ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
LOCAL DE ENTREGA: AV. DR. RAIL DA CUNHA, 335 - BARRIO DEMI, CENTRO - MIRANDÓPOLIS - SP

RECEBIDO 10/05/2021
ASS. [Signature]

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

Manifestação do emitente



COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA
 RUA MARCONATO DE CARVALHO, 100 - JARDIM ALTO SANTO
 JARDIM IV - SP
 CEP: 13131-000 - RIBEIRÃO PRETO

DANFE

DOCUMENTO AUTORIZADO
 NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA
 1 - SAÍDA 1
 N.º 1432495 11 272
 SÉRIE 1



CHAVE DE ACESSO
 3521 0567 7291 7800 0491 5500 1001 4324 9519 3478 8854

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

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
 135210512549892 10/05/2021 16:55:05

NATUREZA DA OPERAÇÃO
VENDA DENTRO ESTADO

INSCRIÇÃO ESTADUAL
 395060142110

INSCRIÇÃO N.º DE TRIBUTAÇÃO

CNPJ
 67.739.178/0004-91

DADOS DOS PRODUTOS - SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO PRODUTO - SERVIÇO	NCM/SH	QTD	C/CO	UN	DEANE	VALOR UNITÁRIO	VALOR FISCAL	ICMS (%)	VALOR ICMS	VALOR IPI	AQUISIÇÃO	
												ICMS	IPI
0067	CLORIDRATO DE 2% 250ML (C/ FARMACIA) L. COMPO- 12,1600 E 234077 5-20122025	3005300	001	002	BR	12,00	2,5200	25,20	50,25	12,22	0,00	12,00	0,00

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

04/07/2021 - BANCO DO BRASIL - 17:08:15
679006790 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO DO BRASIL

00190000090130484000001109889178186460000183750
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	60.712
NOSSO NUMERO	13048400001109889
CONVENIO	01304840
DATA DE VENCIMENTO	09/06/2021
DATA DO PAGAMENTO	07/06/2021
VALOR DO DOCUMENTO	1.837,50
VALOR COBRADO	1.837,50

=====

NR.AUTENTICACAO 1.8E5.B70.98A.D7F.C4C
=====

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.

Rioclarensense

COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA
RUA PAULO COSTA 140 - DISTRITO INDUSTRIAL JARDIM PIEMONT SUL - BETIM - MG
CEP 32649-712 - 3134394300

DOCUMENTO AUXILIAR DA
NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA
Nº: 0589750 FL 1 / 1
SÉRIE 1



CHAVE DE ACESSO
3121 0467 7291 7800 0220 5500 1000 5897 5012 5731 2275

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO
VENDA DE MERC ADQ E REC DE TERC, DEST A NAO
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0629965800021 INSCR EST SUBS TRIBUTARIO 813016120116 CNPJ 67.729.178/0002-20
PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
131214114119717 14/04/2021 20:52:20

DESTINATÁRIO/REMETENTE
NOME / RAZÃO SOCIAL ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL CNPJ / CPF 45.349.461/0001-02 DATA DA EMISSÃO 14/04/2021
ENDEREÇO AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303 BAIRRO / DISTRITO JARDIM ARIANO CEP 16400-400 DATA DA ENTRADA SAÍDA 14/04/2021
MUNICÍPIO 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
0589750/1		12/05/2021	1.837,50	0589750/2	09/06/2021	1.837,50			

CÁLCULO DO IMPOSTO
BASE DE CÁLCULO DO ICMS 3.675,00 VALOR DO ICMS 441,00 BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST 0,00 VALOR DO ICMS SUBSTITUTO 0,00 VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 3.675,00
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 3.675,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS
NOME / RAZÃO SOCIAL ATIVA DISTR E LOGISTICA LTDA FRETE POR CONTA 0 - Por conta do emitente CÓDIGO ANTT PLACA DO VEÍCULO UF CNPJ 01.125.797/0008-92
ENDEREÇO AV APIO CARDOSO 3115 MUNICÍPIO CONTAGEM UF MG INSCRIÇÃO ESTADUAL 0620929840177
QUANTIDADE 1,00 ESPÉCIE VOLUME(S) MARCA NÚMERO 0,00001 PESO BRUTO 2,986 PESO LÍQUIDO 2,986

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS													
CODIGO	DESCRIÇÃO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / SH	CST	CFOP	UN	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	B.CALC ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALIQ. ICMS	ALIQ. IPI
032194	NOREPINEFRINA 8MG, HEMITARTARATO (HIPOLABOR) L. AB-047/21 Q: 350,0000 F: 30/03/21 V: 28/02/2023	30044990	000	6108	AP	350,00	10,50	3.675,00	3.675,00	441,00	0,00	12,00	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: 46374500001247-AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Município: MIRANDOPOLIS CEP: 16800000 UF: SP País: BRASIL UNID.NEGOC.: 002 PREZADO CLIENTE, FAVOR CONFERIR NO ATO DA ENTREGA - NAO ACEITAREMOS RECLAMAÇÕES APOS 48hs DO RECEBIMENTO. DATA ENTREGA: 15/04/2021 Pedido: 1897484 Autorização de Comrat(Pedido Cliente): 1897484 *** O pagamento devera ser realizado através do boleto anexo a nota fiscal, caso nao receba entre em contato através do e-mail boletos@rioclarensense.com.br ou no telefone (19)3522-5800. Setor de Cobrança Privado. AFE: 1.04397.7 ** AE: 1.21715.1 ** AAS: 0342/2019 Validade: 18/06/2021 MODAL: RODOVIARIO / TIPO ENTREGA: EXPRESSA LOCAL DE ENTREGA: Endereço: AV DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Município: MIRANDOPOLIS CEP: 16800000 UF: SP País: BRASIL(Código Interno Emitente: 4768 Nome Fantasia: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL) EC 87/2015 Valor ICMS Partilha UF Destino: 220,50 | LOCAL DE ENTREGA: AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Município: MIRANDOPOLIS UF: SP País: BRASIL

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 19/04/21
ASS. Isabel C. Souza

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

04/07/2021 - BANCO DO BRASIL - 17:08:15
679006790 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

03399484570130000004735946101041486460000127641
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	60.713
DATA DE VENCIMENTO	09/06/2021
DATA DO PAGAMENTO	07/06/2021
VALOR DO DOCUMENTO	1.276,41
VALOR COBRADO	1.276,41

NR.AUTENTICACAO	A.51A.A81.3BA.C15.3B6
-----------------	-----------------------

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.



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

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

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA



0-ENTRADA 1
1-SAIDA 1

Nº 515893
SERIE 1
FOLHA 1/2

CHAVE DE ACESSO
3121 0511 2060 9900 0107 5500 1000 5158 9310 0099 9530

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO
Venda a não contribuinte

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO
131214155205088 12/05/2021 13:55:28

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
12/05/2021

ENDEREÇO
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03

BAIRRO/DISTRITO
JARDIM ARIANO

CEP
16400-400

DATA DE RECEBIMENTO
12 MAIO 2021

MUNICÍPIO
LINS

FONE/FAX
1435325198

UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA

FATURA / DUPLICATA

001 09/06/2021 1.276.41 002 23/06/2021 1.276.40

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS 2.552,81	VALOR DO ICMS 295,23	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST 0,00	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO 0,00	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 2.552,81
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 2.552,81

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL
ATIVA DISTRIBUICAO E LOGISTICA LTDA

FRETE POR CONTA
0 - DO EMITENTE

CODIGO 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
9

ESPÉCIE
CAIXA

MARCA

NÚMERO

PESO BRUTO
20,00

PESO LÍQUIDO
20,00

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UND.	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	VICMS	V.IPI	AL ICMS	AL IPI
23523	QUETIAPINA(C1) 25NG 30CP REV. - GEN-EMS (PORT.344/98) LT 2E3677 (7)02/23 (Fornecedor: 335, Lote: 2E3677, Qtde: 7 ,Data Fab: 01/02/2021, Data Val: 28/02/20-23)	30049079	500	6108	CX	7	4.7900	33.53	33,53	4,02		12,00	
29556	WOSULIN REG.100UI/ML FAM 10ML-BIOM 2 A 8 LT DV10335 (7)01/22 (Fornecedor: 3054, Lote: DV10335, Qtde: 7 ,Data Fab: 28/02/2020, Data Val: 30/01/2022)	30043100	200	6108	FR	7	19.8243	138,77	138,77	5,55		4,00	
23219	LEVOFLOXACINO 500NG 10CP GEN-CIMED LT 202-0154 (3)08/22 (Fornecedor: 1666, Lote: 20-20154, Qtde: 3 ,Data Fab: 25/08/2020, Data Val: 25/08/2022)	30049069	000	6108	CX	3	6.3000	18,90	18,90	2,27		12,00	
12273	NIOCARDIL 30MG 30CP REV.-VITAMEDIC LT 533-06 (1)03/22 (Fornecedor: 961, Lote: 53306, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/03/2020, Data Val: 31/03/2022)	30049099	000	6108	CX	1	9.5900	9,59	9,59	1,15		12,00	
12091	DIPIRONA (DIPIFARMA)1GR 100AMP 2ML-FARMACE LT DP20F294 (1)06/22 (Fornecedor: 2385, Lote: DP20F294, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/07/-2020, Data Val: 30/06/2022)	30039099	000	6108	CX	1	69.5300	69,53	69,53	8,34		12,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

UTI MIRANDOPOLIS - CONVENIO 0107/2017;#B8
 ITEM 2 Aliquota para produtos importados (Resol ucao 13/2012 do Senado Federal.
 Emenda Constitucional 87 de 2015:
 Valor da partilha para UF de Destino: R\$ 160,73
 Pedido: 483323
 End. Entrega: AV.DR.RAUL DA CUNHA BUENO,585 . MIRANDOPOLIS - 16800-000,
 MIRANDOPOLIS-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 NUMERO (11) 4934-1703
 Rota.....: 6 Cubagem: 0,06

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 13/05/21
ASS.

RECEBIDO
GENTE

Mercadoria avariadas, ou falhas
 só serão repostas se forem relacionadas
 no conhecimento do transportes.

Convênio nº 107/2017
 Fonte de Recurso Estadual
 Termo Aditivo nº 0002/2020
 Secretaria do Estado da Saúde
 Nº GE: 090196 - Hospital Estadual
 Osvaldo Brandi Faria de Mirandópolis
 Tipo de Despesa: Custeio

1 / 1



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

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

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA



0-ENTRADA
1-SAIDA

1

CHAVE DE ACESSO

3121 0511 2060 9900 0107 5500 1000 5158 9310 0099 9530

Nº 515893
SERIE 1
FOLHA 2 / 2

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO
Venda a não contribuinte

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO

131214155205088 12/05/2021 13:55:28

INSCRIÇÃO ESTADUAL
001.771.1480296

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO
813.020.011.119

CNPJ

11.206.099/0001-07

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UND.	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BCICMS	V.ICMS	V.IPI	AL ICMS	AL IPI
30086	NORADREM 2MG/ML 50AMP 4ML-HIPOLABOR LT AB-040/21 (4)02/23 (Fornecedor: 1898, Lote: AB-040/21, Qtde: 4 ,Data Fab: 18/03/ 2021, Data Val: 28/02/2023)	30044990	500	6108	CX	4	475,0000	1.900,00	1.900,00	228,00		12,00	
15501	VARFARINA 5MG 30CP GEN-U.QUINICA LT 20243- 36 (1)06/22 (Fornecedor: 1390, Lote: 2024- 336, Qtde: 1 ,Data Fab: 29/06/2020, Data Val: 30/06/2022)	30049059	500	6108	CX	1	6,6100	6,61	8,61	0,79		12,00	
10866	AGUA P/ INJECAO 200AMP 10ML PL-FARMACE LT 21C10148D (6)03/23 (Fornecedor: 2385, Lo- te: 21C10148D, Qtde: 6 ,Data Fab: 01/03/2- 021, Data Val: 31/03/2023)	30039099	000	6108	CX	6	62,6467	375,88	375,88	45,11		12,00	

04/07/2021 - BANCO DO BRASIL - 17:08:15
679006790 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

03399484570130000004735941001048786460000605220
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	60.714
DATA DE VENCIMENTO	09/06/2021
DATA DO PAGAMENTO	07/06/2021
VALOR DO DOCUMENTO	6.052,20
VALOR COBRADO	6.052,20

NR.AUTENTICACAO	D.740.53D.036.B7F.414
-----------------	-----------------------

=====

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.



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

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

UNFCE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA



0-ENTRADA 1
1-SAIDA

CHAVE DE ACESSO
135210523259534 12/05/2021 16:18:14

Nº 207819
SERIE 1
FOLHA 1/1

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO: Venda de Merc. Adq. de Terc. PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO: 135210523259534 12/05/2021 16:18:14

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

DESTINATÁRIO / REMETENTE: ASSOC. HOSP. BENEFICENTE DO BRASIL (3467) CNPJ/CPF: 45.349.461/0001-02 DATA DA EMISSÃO: 12/05/2021

ENDEREÇO: AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03 BAIRRO/DISTRITO: JARDIM ARIANO CEP: 16400-400 DATA ENTRADA/SAÍDA: 12 MAI 2021

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

FATURA / DUPLICATA		
001	09/06/2021	6.052,20

CÁLCULO DO IMPOSTO					
BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS	
6.052,20	726,26	0,00	0,00	5.764,00	
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
288,20	0,00		0,00	0,00	6.052,20

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

Nome / Razão Social: ATIVA DISTRIBUICAO E LOGISTICA LTDA
 Endereço: RUA SALVADOR RODRIGUES PRADO, 200
 Município: SAO PAULO
 Quantidade: 1
 Espécie: CAIXA
 Marca:
 Número:
 Frete por Conta: 0 - DO EMITENTE
 Código ANTT:
 Placa do Veículo:
 UF SP
 CNPJ/CPF: 01125797000701
 Inscrição Estadual: 149529966118
 Peso Bruto: 17,60
 Peso Líquido: 17,60

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
12772	FENTANILA (A1) 0,05MG/ML 50AMP 10ML GEN-HI-POLABOR (PORT.344/98) LT AS-149/21M (20) 03/2023 (Fornecedor: 1898, Lote: AS-149/2-1M, Qtde: 20, Data Fab: 01/04/2021, Data Val: 31/03/2023)	30049099	500	5102	CX	20	288,2000	5.764,00	6.052,20	726,26		12,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

#R3V111
 Pedido: 207331
 End. Entrega: AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO, 585, MIRANDÓPOLIS - 16800-000, MIRANDÓPOLIS-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
 Rota....: 2 Cubagem: 0,23

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
 RECEBIDO 13/05/21
 ASS. _____

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

Convênio nº 107/2017
 Fonte de Recurso Estadual
 Termo Aditivo nº 00007/2020
 Secretaria do Estado da Saúde
 UGE: 090196 - Hospital Estadual
 Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
 Tipo de Despesa: Custeio

OK

04/07/2021 - BANCO DO BRASIL - 17:08:15
679006790 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

03399484570130000004735934801040586460000065296
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 60.715
DATA DE VENCIMENTO 09/06/2021
DATA DO PAGAMENTO 07/06/2021
VALOR DO DOCUMENTO 652,96
VALOR COBRADO 652,96
=====

NR.AUTENTICACAO 5.73D.BD9.8BA.5EB.D2D
=====

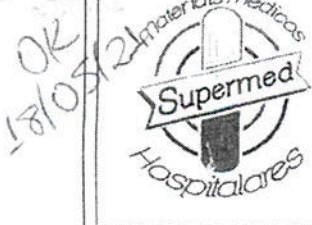
Central de Atendimento BB
4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas
0800 729 0001 Demais localidades.
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

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

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

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

Convênio nº 107/2017
Fonte de Recurso Estadual
Termo Aditivo nº 0002/2020
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio



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

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

DANFE
DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA

0-ENTRADA 1
1-SAIDA

Nº 207585
SERIE 1
FOLHA 1/2



CHAVE DE ACESSO
3521 0511 2060 9900 0441 5500 1000 2075 8510 0042 2943

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

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

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO
135210521782170 12/05/2021 12:13:48

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 12/05/2021

ENDEREÇO AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03 BAIRRO/DISTRITO JARDIM ARIANO CEP 16400-400 DATA ENTRADA/SAIDA 12 MAI 2021

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

FATURA / DUPLICATA	
001 09/06/2021 652,96	002 23/06/2021 652,95

CÁLCULO DO IMPOSTO					
BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS	
1.273,42	194,41	0,00	0,00	1.305,91	
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00		0,00	0,00	1.305,91

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

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

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

QUANTIDADE 8 ESPÉCIE CAIXA MARCA NÚMERO PESO BRUTO 29,46 PESO LÍQUIDO 29,46

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS													
CÓDIGO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM/SH	GST	CFOP	UND.	QUANT.	V.LIMIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V ICMS	V IPI	AL ICMS	AL IPI
23135	DERMAEX AGE 200ML C/24-NUTRIEX LT 21030451 (1) 03/2023 (Fornecedor: 2612, Lote: 2103-0451, Qtde: 1, Data Fab: 01/03/2021, Data Val: 31/03/2023)	15121919	000	5102	CX	1	150,8400	150,84	150,84	27,15		18,00	
21897	AG.DESC.13 X 4,5 C/100-SR LT 4856N4 (5) 11/2025 (Fornecedor: 7737, Lote: 4856N4, Qtde: 5, Data Fab: 01/11/2020, Data Val: 30/11/2025)	90183219	400	5102	CX	5	9,1600	45,80	45,80	6,09		13,30	
13430	AG.DESC.25 X 07 C/100-SOLIDOR LT 53120051 (3) 05/2025 (Fornecedor: 1, Lote: 5312005-1, Qtde: 3, Data Fab: 01/05/2020, Data Val: 31/05/2025)	90183219	200	5102	CX	3	9,9500	29,85	29,85	3,97		13,30	
21899	AG.DESC.40 X 12 C/100-SR LT 1902P4 (10) 03/2026 (Fornecedor: 7737, Lote: 1902P4, Qtde: 10, Data Fab: 01/03/2021, Data Val: 30/03/2026)	90183219	400	5102	CX	10	10,7110	107,11	107,11	14,25		13,30	
16839	SERINGA DESC. 3ML SLIP C/500-SR LT H858 (1) 10/2025 (Fornecedor: 1156, Lote: H858, Qtde: 1, Data Fab: 01/10/2020, Data Val: 31/10/2025)	90183118	200	5102	CX	1	102,0000	102,00	102,00	13,57		13,30	

DADOS ADICIONAIS

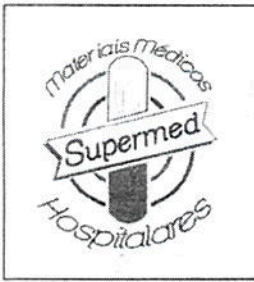
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
#R2V2R4V6||UTI MIRANDOPOLIS - CONVENIO 0107/2017
Pedido: 206362
End. Entrega: AV.DR.RAUL DA CUNHA BUENO,585 , MIRANDOPOLIS - 16800-000,
MIRANDOPOLIS-SP - Horário : COMERCIAL
Empresa credenciada no Regime Especial de Distribuidor Hospitalar 036035/2018 nos termos da Portaria 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....: 2 Cubagem: 0,24

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 13/05/21
ASS. _____

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

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



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

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

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA



0-ENTRADA
1-SAIDA

1

Nº 207585
SERIE 1
FOLHA 2/2

CHAVE DE ACESSO

3521 0511 2060 9900 0441 5500 1000 2075 8510 0042 2943

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

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

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO
135210521782170 12/05/2021 12:13:48

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
24049	EQ.MAC.FL.IL.F/A+P 1,5MT C/25-VEMA0-6-TKL LT HGEMA06-200820 (2) 08/2025 (Fornecedor: 2598, Lote: HGEMA06-200820, Qtde: 2, Data Fab: 01/08/2020, Data Val: 31/08/2025)	90189010	200	5102	CX	2	26,2100	52,42	52,42	9,44		18,00	
22391	SONDA END.PVC N.8,0 C/CUFF C/10-CIRUTRAQ LT 20605 (1) 07/2025 (Fornecedor: 7960, Lote: 20605, Qtde: 1, Data Fab: 11/07/2020, Data Val: 10/07/2025)	90183929	700	5102	CX	1	42,5200	42,52	42,52	7,65		18,00	
27185	AT.CREPE 15X4,5(1,8)15F DZ-ORTOM LT 40/09 (5) 09/2025 (Fornecedor: 7659, Lote: 40/0-9, Qtde: 5, Data Fab: 28/09/2020, Data Val: 28/09/2025)	90211020	020	5102	DZ	5	8,4400	42,20	9,71	1,75		18,00	
21569	ESPARADRAPO 10X4,5 C/CAPA C/12 PROCI-TEX-CREMER REF.257199 LT 1993031G (1) 07/-2022 (Fornecedor: 1062, Lote: 1993031G, Qtde: 1, Data Fab: 01/07/2020, Data Val: 31/07/2022)	30051030	500	5102	PCT	1	86,2600	86,26	86,26	15,53		18,00	
22852	TURBANTE DESC.ELAST.C/100-TALGE LT TTEW277 (8) 11/2025 (Fornecedor: 1695, Lote: TTEW277, Qtde: 8, Data Fab: 01/11/2020, Data Val: 01/11/2025)	65069900	200	5102	PCT	8	13,3750	107,00	107,00	19,26		18,00	
16233	EQ.DIETA ENTERAL FLEX.S/FIL.ESCALON-MEDS LT 57242 (50) 10/2024 (Fornecedor: 9657, Lote: 57242, Qtde: 50, Data Fab: 01/10/2020, Data Val: 31/10/2024)	90183999	500	5102	PC	50	1,1272	56,36	56,36	10,14		18,00	
13775	SERINGA DESC.10ML SLIP C/250-SR LT H914 (2) 11/2025 (Fornecedor: 1156, Lote: H914, Qtde: 2, Data Fab: 01/11/2020, Data Val: 30/11/2025)	90183119	200	5102	CX	2	83,3200	166,64	166,64	22,16		13,30	
23053	C.G.7,5 X 7,5 11F N.ESTERIL-CLEAN LT 0601-01/21 (3) 01/2025 (Fornecedor: 1886, Lote: 060101/21, Qtde: 3, Data Fab: 01/01/2021, Data Val: 31/01/2025)	58030010	000	5102	PCT	3	8,8600	26,58	26,58	4,78		18,00	
15182	SERINGA DESC.20ML SLIP BL C/250-SR LT H707 (1) 09/2025 \ LT H903 (1) 11/2025 (Fornecedor: 1156, Lote: H707, Qtde: 1, Data Fab: 01/09/2020, Data Val: 30/09/2025 / Fornecedor: 1156, Lote: H903, Qtde: 1, Data Fab: 01/11/2020, Data Val: 30/11/2025)	90183119	200	5102	CX	2	144,6250	289,25	289,25	38,47		13,30	
15227	HIDROCLOROTIAZIDA 25MG 30CP GEN-NEO QUIMICA LT B20D0862 (1) 04/2022 (Fornecedor: 1113, Lote: B20D0862, Qtde: 1, Data Fab: 01/04/2020, Data Val: 30/04/2022)	30049099	000	5102	CX	1	1,0800	1,08	1,08	0,20		18,00	

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

04/07/2021 - BANCO DO BRASIL - 17:08:15
679006790 0003

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BCO CITIBANK S.A.

74593180151154701700100785704412186470000108000

BENEFICIARIO:

THOMSON REUTERS BRAS

NOME FANTASIA:

THOMSON REUTERS BRAS

CNPJ: 00.910.509/0013-05

BENEFICIARIO FINAL:

THOMSON REUTERS BRAS

CNPJ: 00.910.509/0013-05

PAGADOR:

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE D

CNPJ: 45.349.461/0001-02

=====

NR. DOCUMENTO	60.716
DATA DE VENCIMENTO	10/06/2021
DATA DO PAGAMENTO	07/06/2021
VALOR DO DOCUMENTO	1.080,00
VALOR COBRADO	1.080,00

=====

NR.AUTENTICACAO	A.E0D.FAD.B33.F38.4D6
-----------------	-----------------------

=====

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 CRICIÚMA
SECRETARIA DO SISTEMA ECONÔMICO
NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇO - NFS-e

Número do RPS 1513347	Número da nota 1580753
Data da emissão da nota 15/05/2021 13:40:19	
Data do fato gerador 12/05/2021 20:51:12	
Código de verificação Q0WZ-CVUU1	

PRESTADOR DE SERVIÇOS



CPF/CNPJ: **00910509001305** Inscrição Municipal: **48.563** Telefone: **((**0x) x11)-5047**
Nome/Razão Social: **THOMSON REUTERS BRASIL CONTEUDO** Inscrição Estadual:
Endereço: **Av. Centenário** Número: **7405** Bairro: **Nº Sra. da Salete** CEP: **88813325**
Município: **CRICIUMA** UF: **SC**
E-mail: **faturamento@dominiosistemas.com.br** Site: **www.dominiosistemas.com.br**

TOMADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ: **45.349.461/0001-02** Inscrição Municipal: Inscrição Estadual:
Nome/Razão Social: **ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL**
Endereço: **Avenida José Ariano Rodrigues,** Número: **303** Bairro: **Jardim Ariano** CEP: **16400-400**
Município: **LINS** País: UF: **SP**
E-mail: **financeiro@ahbb.org.br** Telefone: **(1**43) 5325-198**

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

	Valor Unitário	Qty	Valor Serviço	Base de cálculo	(%)	ISS
Domínio WEB 2.0 conf. contrato(s): 190860 comp.: 5/2021.	1.080,00	1	1.080,00	1.080,00 x	2,00 =	21,60

VENCIMENTOS: (10/06/2021 - 1.080,00) OBSERVAÇÃO: (Valor dos tributos incidentes (Lei nº 12.741/2012) R\$0,00.)

RETENÇÕES FEDERAIS

PIS/PASEP R\$ 0,00	COFINS R\$ 0,00	INSS R\$ 0,00	IR R\$ 0,00	CSLL R\$ 0,00
VALOR BRUTO DA NOTA = R\$ 1.080,00			VALOR LÍQUIDO DA NOTA = R\$ 1.080,00	

Código do serviço:

0103 / Processamento de dados e congêneres.

Valor das Deduções(R\$) 0,00	Base de Cálculo(R\$) 1.080,00	Alíquota(%) 2,00	Valor ISS(R\$) 21,60
--	---	----------------------------	--------------------------------

OUTRAS INFORMAÇÕES

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

04/07/2021 - BANCO DO BRASIL - 17:08:16
679006790 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

03399121986340000003811737501012186470000021000

BENEFICIARIO:

CIRURGICA NEVES LTDA - EPP

NOME FANTASIA:

CIRURGICA NEVES LTDA

CNPJ: 04.182.003/0001-44

BENEFICIARIO FINAL:

CIRURGICA NEVES LTDA - EPP

CNPJ: 04.182.003/0001-44

PAGADOR:

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE D

CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO 60.717

DATA DE VENCIMENTO 10/06/2021

DATA DO PAGAMENTO 07/06/2021

VALOR DO DOCUMENTO 210,00

VALOR COBRADO 210,00

=====

NR.AUTENTICACAO 5.411.ADE.D8B.DB4.5D6

=====

Central de Atendimento BB

4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas

0800 729 0001 Demais localidades.

Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB

0800 729 0722

Informacoes, reclamacoes, cancelamento de produtos e servicos.

Ouvidoria

0800 729 5678

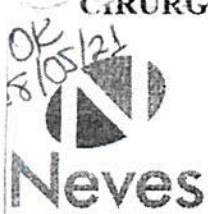
Reclamacoes nao solucionadas nos canais habituais agencia, SAC e demais canais de atendimento.

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala

0800 729 0088

Informacoes, reclamacoes, cancelamento de cartao, outros produtos e servicos de Ouvidoria.

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



RUA 24 DE DEZEMBRO, 1360 - ALTO
 CAFEZAL - MARILIA - SP - CEP: 17504-010
 Fone: (14)3413-2483 - FAX: (14)3413-2483
 cirurgicaneves@cirurgicaneves.com.br

Documento Auxiliar da
 Nota Fiscal Eletrônica
 0 - ENTRADA
 1 - SAÍDA **1**
 N° 000.015.190
 Série 003
 Folha 1/1



CHAVE DE ACESSO
3521 0504 1820 0300 0144 5500 3000 0151 9012 1670 7685
 Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e
 www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz autorizadora

NATUREZA DA OPERAÇÃO
VENDA DE MERCADORIA
 INSCRIÇÃO EST ADUAL
438194872116
 INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBSTITUTO TRIBUTÁRIO
 CNPJ / CPF
04.182.003/0001-44

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
135210527799902 13/05/2021 14:19:33

DESTINATÁRIO / REMETENTE
 NOME / RAZÃO SOCIAL
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
 CNPJ / CPF
45.349.461/0001-02
 DATA DA EMISSÃO
13/05/2021
 ENDEREÇO
AV. JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03
 BAIRRO / DISTRITO
JARDIM ARIANO
 CEP
16400-400
 DATA DA SAÍDA
13/05/2021
 MUNICÍPIO
LINS
 UF
SP
 TELEFONE / FAX
(14)3541-0969
 INSCRIÇÃO ESTADUAL
 HORA DA SAÍDA

FATURA
 DADOS DA FATURA
 Número: 20409 - Valor Original: R\$ 210,00 - Valor Desconto: R\$ 0,00 - Valor Líquido: R\$ 210,00

DUPLICATAS
 Número 001
 Vencimento 10/06/2021
 Valor R\$210,00

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBST.	VALOR DO ICMS SUBST.	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
210,00	37,80	0,00	0,00	210,00
VALOR DO PRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
				VALOR TOTAL DA NOTA
				210,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS
 NOME / RAZÃO SOCIAL
O MESMO
 FRETE POR CONTA
0 - REMETENTE
 CÓDIGO ANTT
 PLACA DO VEÍCULO
 UF
SP
 CNPJ / CPF
04.182.003/0001-44
 ENDEREÇO
O MESMO
 MUNICÍPIO
O MESMO
 INSCRIÇÃO ESTADUAL
438194872116
 QUANTIDADE
1
 ESPÉCIE
Vol./Caixas
 MARCA
Diversos
 NUMERAÇÃO
 PESO BRUTO
 PESO LÍQUIDO

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	CST	CFOP	UNID.	QTDE.	VALOR UNITÁRIO	VALOR DESCONTO	VALOR LÍQUIDO	BASE DE CALC ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALIQ. % ICMS	ALIQ. % IPI
4099	SENSOR DE FLUXO ADULTO/INFANTIL C/ PROTETOR ST550T2-CONJ DETECTOR	85423190	000	5102	CJ	1,0000	210,0000	0,00	210,00	210,00	37,80	0,00	18,00	0,00

DADOS ADICIONAIS
 INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
 Vr Aprox Trib. IBPT/Empresometro 182C/D529CB ==> R\$ Fed:12,94 Est:25,20 Munic:0,00
 Venda Presencial
 ESTABELECIMENTO IMPEDIDO DE RECOLHER O ICMS/ISS PELO SIMPLES NACIONAL;NOS TERMOS DO 1 DO ART. 20 DA LEI COMPLEMENTAR N 123, DE 2006
 NAO GERA DIREITO A CREDITO FISCAL DE IPI.
 ORCAMENTO:22.028
 PEDIDO: 020409 _____ VENDEDOR: _____ CONDICAO DE PAGTO: 28 DIAS _____ COBRANCA: _____ CLIENTE: 701
 RESERVADO AO FISCO
AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 14/05/2021
ASS. [Assinatura]

DATA E HORA DA IMPRESSÃO: 13/05/2021 14:19:38
 Deltrass Sistemas - Versão 4.00

Convênio nº 107/2017
 Fonte de Recurso Estadual
 Termo Aditivo nº 0002/2020
 Secretaria do Estado da Saúde
 UGE: 090196 - Hospital Estadual
 Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
 Tipo de Despesa: Custeio

04/07/2021 - BANCO DO BRASIL - 17:08:16
679006790 0003

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO DO BRASIL

00190000090330884120800024694176186480000094325
BENEFICIARIO:
DUPATRI H C I EXPORTACAO LTDA
NOME FANTASIA:
DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IMPORTA
CNPJ: 04.027.894/0001-64
PAGADOR:
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEF DO BRAS
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	60.718
NOSSO NUMERO	33088412000024694
CONVENIO	03308841
DATA DE VENCIMENTO	11/06/2021
DATA DO PAGAMENTO	07/06/2021
VALOR DO DOCUMENTO	943,25
VALOR COBRADO	943,25

NR.AUTENTICACAO	8.EFC.3E0.BDA.3E6.4E5
-----------------	-----------------------

=====

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.



DUPATRI HOSPITALAR COM
IMP EXT LTDA

AV. JOSÉ SEVERINO, Nº 3530

CATALÃO - GO

CEP: 75.709-610

TELEFONES
ESTOQUE CATALÃO: (54) 3442-8361
ADM. SANTOS (13) 3228-8790

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA

1

Nº 1177610
SERIE 1
FOLHA 1/1



CHAVE DE ACESSO

5221 0404 0278 9400 0326 5500 1001 1776 1010 0012 3385

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO
VENDA N CONTRIB

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO

152214007816885 27/04/2021 18:30:26

INSCRIÇÃO ESTADUAL
10.444.430-4

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO
809.010.530.117

CNPJ

04.027.894/0003-26

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL
ASSOC.HOSPITALAR BENEF.DO BRASIL (8149)

CNPJ/CPF

45.349.461/0001-02

DATA DA EMISSÃO

27/04/2021

ENDEREÇO
AV JOSÉ ARIANO RODRIGUES, 303

BAIRRO/DISTRITO
JARDIM ARIANO

CEP
16400-400

DATA ENTRADA/SAIDA

27/04/2021

MUNICÍPIO
LINS

FONE/FAX
1435325198

UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAIDA

18:29

FATURA / DUPLICATA

001 11/06/2021 943,25

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
786,01	94,32	0,00	0,00	943,35
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
				943,35

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL VEICULO PROPRIO (90)	FRETE POR CONTA 0 - DO EMITENTE	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF 04027894000326
ENDEREÇO AVENIDA JOSE SEVERINO, 3530	MUNICÍPIO CATALAO			UF GO	INSCRIÇÃO ESTADUAL 104444304
QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
8	CAIXAS			24,00	24,00

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇOS	NCM/CH	CST	CFOP	UND.	QUANT.	V.UNIT	V.TOTAL	BC ICMS	V. ICMS	V. IPI	AL ICMS	AL IPI
36559	FRALDA GERIAT.TAM.EG C/7 - SLIM	98190000	020	6108	PCT	10	9,4000	94,00	78,33	9,40		12,00	
33889	DOBUTAMINA 250MG 50/20ML GEN - TEUTO (Lote: 3637437, Qtde: 1, Dt Val: 30/11/2022, Data Fab: 01/11/2020)	30049099	020	6108	CX	1	477,2500	477,25	397,69	47,72		12,00	
50957	AGUA DESTILADA 200/10ML - FARMARIN (Lote: 060121, Qtde: 6, Dt Val: 31/03/2023, Data Fab: 01/03/2019)	30049099	020	6108	CX	6	62,0000	372,00	309,99	37,20		12,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
RECLAMAÇÕES DE MERCADORIAS COM NO MAXIMO DE 48HORAS APOS A ENTREGA
MIRANOPOLIS - DUPATRI ENTREGAR DR RAUL DA CUNHA BUENO 585 JD SANTA ROSA MIRANOPOLIS
SPUTI MIRANOPOLIS CONV 0107/2017 AC/ LAIS
ITENS 1 a 3 RED.BASE DE CALCULO CONF. ART. 8º, INC. VIII, ANEXO IX DEC.4.852/97 -
RICMS/GO
ITEM 1
ITEM 2 e 3 ALIQUOTA ZERO PIS/COFINS,CF.ART.2 DA LEI 10.147/00
ITEM 2 ALIQ.12% CF LEI GENERICOSSP 16005/2015
ITENS 1,3 DIFAL de ICMS com exigibilidade suspensa em virtude de decisão judicial,
nos autos do Processo n.º 2068021-62.2021.8.26.0000/50000 SP
VALOR APROX. TRIBUTOS, R\$ 102,15, Federal, R\$ 7,83, Estadual, R\$ 94,32
Pedido: 1262099
Representante: REGIAO SJRP - (VITOR)
Representante: REGIAO SJRP - (VITOR)
OS PRODUTOS CLASSIFICADOS COM: A-1 / A-2 / B-1 / B-2 / C-1 / C-2 / C-4 / C-5 / C-3
ENQUADRAM-SE NA PORT. 344/98

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 28/04/2021
ASS. _____

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

04/07/2021 - BANCO DO BRASIL - 17:08:16
679006790 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO DO BRASIL

00190000090171153600100915527170586480000255213
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	60.719
NOSSO NUMERO	17115360000915527
CONVENIO	01711536
DATA DE VENCIMENTO	11/06/2021
DATA DO PAGAMENTO	07/06/2021
VALOR DO DOCUMENTO	2.552,13
VALOR COBRADO	2.552,13

=====

NR.AUTENTICACAO 6.7B8.336.6DC.CEC.6BF
=====

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.

Processamento nº 10712017
Banca de Recurso Estadual
Tribunal de Contas nº 00002/2020
Secretaria do Estado da Saúde
UNGE: 090196 - Hospital Estadual
Osvaldo Brandi Faria de Maracópolis
Tipo de Despesa: Custeio

Rioclareense

COMERCIAL CIRURGICA RIBALTA RESSE LTDA
V. LUIZ EDUARDO DE SAUS - R. S. C. - RUA DO COMERCIO S/N - JARDIM ARIANO - LINS - SP - CEP: 13506-120

DANFE
FOUNDEDOR DO PROJETO DANFE
DATA FISCAL ELETRÔNICA
0 - ENTRADA
1 - SAÍDA
Nº: 1435171
SÉRIE 1



CHAVE DE ACESSO
3521 0567 7291 7800 0491 5500 1001 4351 7110 5905 7984
Danfe de autenticidade no portal nacional de NF-e
www.inf.br/validar
PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
135210534473831 14/05/2021 18:58:27

NA FURCA DA DIVULGAÇÃO
VENDA DE TIRG ESTADO
INSCRIÇÃO ESTADUAL 395060142110 INSC EST CONTRIBUIC 67.729.178/0004-91 CNPJ

DESTINATÁRIO REMETENTE
NOME - RAZÃO SOCIAL ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
EMPRESA 45.349.461/0001-02 DATA DE EMISSÃO 14/05/2021
ENDEREÇO AV JOSE ARLANO RODRIGUES 300 JARDIM ARIANO BARRIO/DISTRITO CEP 16400-100 DATA DE ENTRADA/ENTRADA 14/05/2021
MUNICÍPIO LINS INSCRIÇÃO ESTADUAL SP INSCRIÇÃO ESTADUAL SP 1836591243 UF SP

TABELA DE VALORES

CATEGORIA DE VALOR	VENCIMENTO	VALOR	CATEGORIA DE VALOR	VENCIMENTO	VALOR	INTEGRAÇÃO DE VALOR	VENCIMENTO	VALOR
4531721	14/05/2021	2.552,12	4531722	14/05/2021	2.552,12			

VALORES DE IMPOSTOS

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUTO	VALOR DO ICMS PAGADO EM DESPESAS
5.104,25	918,77	0,00	0,00	5.104,25
0,00	0,00	0,00	0,00	5.104,25

TRANSPORTADOR (VOLUME) TRANSPORTADORA
NOME - RAZÃO SOCIAL NIKKEY RIO PRETO LOG. E TRANSP.
RUA MARIA CEBON VOLPE 2260 SAO JOSE DO RIO PRETO SP 13.056.184/0001-60
QTD VOLUME 17,00 VOLUME(S) 0,60281

TABELA DE PRODUTOS E SERVIÇOS

QUANTIDADE	UNIDADE	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL	ICMS	VALOR ICMS	ICMS ST	VALOR ICMS ST	VALOR TOTAL
17,00	VOLUME(S)	300,00	5.100,00	5,40%	275,40	0,00	275,40	5.375,40

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

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
LÍMITE DE EFETUAÇÃO: 402491001249 AV. DR. RUIEL DA CUNHA FERREIRA, 151 - JARDIM ARIANO - LINS - SP - CEP: 13506-120
DADOS DE IDENTIFICAÇÃO: NAD, ANEXO, RECLAMAÇÕES APOES, etc. DO RECEBIMENTO, para serem transmitidos
DATA: 14/05/2021 Hora: 14:25 Assessoria de Contabilidade - Contabil - 135 056 7291
Endereço: Rua do Comércio, S/N - JARDIM ARIANO - LINS - SP - CEP: 13506-120
CNPJ: 45.349.461/0001-02
CNPJ: 13.056.184/0001-60
CNPJ: 09.090.970/0001-55
CNPJ: 09.090.970/0001-55
CNPJ: 09.090.970/0001-55
CNPJ: 09.090.970/0001-55

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 14/05/21
ASS. _____

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

04/07/2021 - BANCO DO BRASIL - 17:08:16
679006790 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO DO BRASIL

00190000090171153600100917596173186480000099157
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	60.720
NOSSO NUMERO	17115360000917596
CONVENIO	01711536
DATA DE VENCIMENTO	11/06/2021
DATA DO PAGAMENTO	07/06/2021
VALOR DO DOCUMENTO	991,57
VALOR COBRADO	991,57

NR.AUTENTICACAO	2.DF9.AEB.A28.BD2.4B9
-----------------	-----------------------

=====

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.

Rioclarensense

COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA
PC EMILIO MARCONATO 1000 - NUCLEO RESIDENCIAL DOUTOR JOAO ALDO NASSIF -
JAGUARIUNA - SP
CNPJ 13916-074 - 1915225800

DOCUMENTO AUXILIAR DA
NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA
Nº. 1438032 FL 1/1
SÉRIE I



CHAVE DE ACESSO
3521 0567 7291 7800 0491 5500 1001 4380 3215 7754 0402

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
135210564379445 21/05/2021 19:33:30

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
21/05/2021

ENDEREÇO
AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303

BAIRRO / DISTRITO
JARDIM ARIANO

CEP
16400-400

DATA DA ENTRADA/SAÍDA
21/05/2021

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
1438032/1	11/06/2021	991,57	1438032/2	18/06/2021	991,57	1438032/3	25/06/2021	991,86

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUTO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS	
2.975,00	535,50	0,00	0,00	2.975,00	
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	VALOR DO DESCONTO	OUTRAS DESPESAS	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2.975,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CODIGO ANTT	PLACA DO VEICULO	UF	CNPJ
NIKKEY RIO PRETO LOG. E TRANSP.	0 - Por conta do emitente				15.066.184/0001-60
ENDEREÇO	MUNICIPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL		
R MARIA CERON VOLPE 2260	SAO JOSE DO RIO PRETO	SP	647598751114		
QUANTIDADE	ESPECIE	MARCA	NUMERO	PESO BRUTO	PESO LIQUIDO
1,00	VOLUME(S)		0,00002	3,119	3,119

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / SH	CST	CFOP	UN	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	B.CALC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALIQUOTAS ICMS	ALIQUOTAS IPI
010358	NOREPINEFRINA 8MG, HEMITARTARATO (HYPOFARMA) L: 21030622 Q: 350,0000 F: 01/04/21 V: 30/03/2023	30039099	000	5102	AP	350,00	8,50	2.975,00	2.975,00	535,50	0,00	18,00	0,00

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

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
LOCAL DE ENTREGA: 4637450001247-AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Município: MIRANDÓPOLIS CEP: 16800000 UF: SP País: BRASIL. UNID.NEGOC.: 002 PREZADO CLIENTE. FAVOR CONFERIR NO ATO DA ENTREGA - NAO ACEITAREMOS RECLAMACOES APOS 48hs DO RECEBIMENTO. DATA ENTREGA: 24/05/2021
Pedido: 1932066 Autorizacao de Compra(Pedido Cliente): 1932066 *** O pagamento devera ser realizado atr: es 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, Senhor de Cobranca Privado. AFE: 1.04397-7 ** AE: 1.22375-2 ** ASS: 1302/16 Validade: 23/04/2021 MODAL. RODOVIARIO / TIPO ENTREGA: EXPRESSA LOCAL DE ENTREGA. Endereço: AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Município: MIRANDÓPOLIS CEP: 16800000 UF: SP País: BRASIL(Código Interno Emitente: 4768 Nome Fantasia: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL) LOCAL DE ENTREGA: AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Município: MIRANDÓPOLIS UF: SP País: BRASIL.

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 24/05/21
ASS: _____

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

04/07/2021 - BANCO DO BRASIL - 17:08:16
679006790 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO DO BRASIL

00190000090130484000001109342178186450000098557

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	60.721
NOSSO NUMERO	13048400001109342
CONVENIO	01304840
DATA DE VENCIMENTO	08/06/2021
DATA DO PAGAMENTO	07/06/2021
VALOR DO DOCUMENTO	985,57
VALOR COBRADO	985,57

NR.AUTENTICACAO	3.8A2.9F3.3B5.938.984
-----------------	-----------------------

=====

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

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

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

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

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

Rioclarensense

COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA
RUA: HILLO COSTA 140 - DISTRITO INDUSTRIAL JARDIM PIEMONT SUL - BETIM - MG
CEP 3. 59-712 - 3134294300

DOCUMENTO AUXILIAR DA
NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA
Nº. 0589152 FL 1/1
SÉRIE 1



CHAVE DE ACESSO
3121 0467 7291 7800 0220 5500 1000 5891 5212 5467 6120

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
131214111182613 13/04/2021 10:11:04

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
13/04/2021

ENDEREÇO

AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303

Bairro / DISTRITO
JARDIM ARIANO

CEP
16400-400

DATA DA ENTRADA/SAÍDA
13/04/2021

MUNICÍPIO

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
0589152/1	11/05/2021	985,58	0589152/2	08/06/2021	985,57			

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS		VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST		VALOR DO ICMS SUBSTITUTO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS		
1.971,15		152,54	0,00		0,00	1.971,15		
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	1.971,15			

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL

ATIVA DISTR E LOGISTICA LTDA

FRETE POR CONTA

0 - Por conta do emitente

CODIGO ANTT

PLACA DO VEICULO

UF

CNPJ
01.125.797/0008-92

ENDEREÇO

AV APIO CARDOSO 3115

MUNICÍPIO

CONTAGEM

UF

MG

INSCRIÇÃO ESTADUAL

0620929840177

QUANTIDADE

2,00

ESPECIE

VOLUME(S)

MARCA

NUMERO

0,00028

PESO BRUTO

7,983

PESO LIQUIDO

7,983

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CODIGO	DESCRIÇÃO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / SH	CST	CFOP	UN	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	B.CALC ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTAS ICMS	ALÍQUOTAS IPI
030296	LUVA DE PROCEDIMENTO TAMANHO P VINIL (TALGE/DV T) L: TLVMU007 Q: 500,0000 F: 30/06/18 V: 30/06/2023 L: TLVMU008 Q: 1.000,0000 F: 30/06/18 V: 30/06/2023	39262000	200	6108	PC	1.500,00	0,70	1.050,00	1.050,00	42,00	0,00	4,00	0,00
011572	DEXAMETASONA 4MG/ML (HIPOLABOR) (ITEM GENERIC O) L: T-005/21 Q: 300,0000 F: 30/03/21 V: 28/02/2023, nFCI: 24 DEC1B4-1071-48C5-93C2-78C806DA9E02	30043210	500	6108	AP	300,00	3,0705	921,15	921,15	110,54	0,00	12,00	0,00

CÁLCULO DO ISSQN

INSCRIÇÃO MUNICIPAL	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	BASE DE CÁLCULO DO ISSQN	VALOR DO ISSQN
1282010014	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

LOCAL DE ENTREGA 46374500001247-AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Município: MIRANDOPOLIS CEP: 16800000 UF: SP País: BRASIL. UNID.NEGOC.: 002 PREZADO CLIENTE, FAVOR CONFERIR NO ATO DA ENTREGA - NAO ACEITAREMOS RECLAMACOES APOS 48hs DO RECEBIMENTO. DATA ENTREGA: 14/04/2021 Pedido: 1895459 Autorizacao de Compra(Pedido Cliente): 1895459 *** 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: 1.21715.1 ** AAS: 0342/2019 Validade: 18/06/2021 MODAL: RODOVIARIO / TIPO ENTREGA: EXPRESSA LOCAL DE ENTREGA: Endereço: AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Município: MIRANDOPOLIS CEP: 16800000 UF: SP País: BRASIL(Código Interno Emitente: 4768 Nome Fantasia: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL) EC 87/2015 Valor ICMS Partilha UF Destino: 147,00 LOCAL DE ENTREGA: AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Município: MIRANDOPOLIS UF: SP País: BRASIL.

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 15/04/2021
ASS. _____

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

1/1
985,58

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
04/07/2021 - AUTOATENDIMENTO - 17.08.16
6790306790 SEGUNDA VIA 0003

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL

AGENCIA: 6790-3 CONTA: 211-9

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA

REMETENTE : ASSOCIACAO H B DO BRASIL

BANCO: 756 - BANCO SICOOB 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\$

2.355,75

DEBITO EM: 07/06/2021

DOCUMENTO: 060722

AUTENTICACAO SISBB: 4.59C.303.64E.6F8.C57

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

Maria

RECEBEMOS DE ESPIRITO SANTO DIST. DE PRODUTOS HOSP. EIRELI OS PRODUTOS/SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO

VALOR TOTAL DA NOTA R\$ 2.355,75

DATA DE RECEBIMENTO IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR(ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICE) PEDIDO: 006082

NF-e
Nº 000.005.786
SÉRIE: 001

ESPIRITO SANTO DIST. DE PRODUTOS HOSP. EIRELI

ESPIRITO SANTO DISTRIBUIDORA

RUA SERRA NEGRA, 78 GALPÃO 2
Bairro: PRAIA DO MORRO
GUARAPARI - ES - 29216-560
Fone: (27)3261-1877 Fax: (27) espiritosantohospitales@gmail.com

DANFE
DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA 1
1-SAÍDA

Nº 000.005.786
SÉRIE:001
FOLHA:1 / 1



CHAVE DE ACESSO
3221 0528 9113 0900 0152 5500 1000 0057 8617 7424 2113

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO
VENDA DE MERC. ADQUIRIDA OU REC.

INSCRIÇÃO ESTADUAL 083.361.84-7 INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT. CNPJ / CPF 28.911.309/0001-52

DESTINATÁRIO/REMETENTE

PROTÓCOLO DE AUTORIZAÇÃO
332210032087485 - 20/05/2021 07:46:59

NOME / RAZÃO SOCIAL ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL CÓDIGO 001097 CNPJ/CPF 45.349.461/0001-02 DATA DA EMISSÃO 20/05/2021 07:44

ENDEREÇO AVENIDA JOSE ARIANO RODRIGUES, 303, SALA 03 BAIRRO/DISTRITO JARDIM ARIANO CEP 16.400-400 DATA DA ENTRADA/SAÍDA

MUNICÍPIO LINS FONE/FAX (14) 35385198 UF SP INSCRIÇÃO ESTADUAL HORA SAÍDA

FATURA	FATURA 1	FATURA 2	FATURA 3	FATURA 4	FATURA 5	FATURA 6	FATURA 7	FATURA 8	FATURA 9	FATURA 10	FATURA 11	FATURA 12	FATURA 13	FATURA 14	FATURA 15
NÚMERO:	005786-1/1														
VENCIMENTO:	21/05/2021														
VALOR:	2.355,75														

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO	2.355,75	VALOR DO ICMS	282,69	BASE DE CÁLCULO ICMS ST	0,00	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	0,00	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS	2.355,75
VALOR DO FRETE	0,00	VALOR DO SEGURO	0,00	DESCONTO	0,00	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS/VALOR TOTAL DO IPI	0,00	VALOR TOTAL DA NOTA	2.355,75

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME/RAZÃO SOCIAL FRETE POR CONTA 0 - Remetente (CIF) CÓDIGO ANTT PLACA DO VEÍCULO UF CNPJ/CPF

ENDEREÇO MUNICÍPIO UF INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE 1 ESPÉCIE CX MARCA NÚMERO PESO BRUTO PESO LÍQUIDO

DADOS DOS PRODUTOS/SERVIÇOS

CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	PMC	NCM/SH	CST.	CFOP	UN	QUANT.	VALOR UNIT.	VLR TOTAL BRUTO	VALOR DESC.	BC ICMS	VALOR ICMS	VALOR ST	ALIQ. ICMS IPI
000577	POLIMIXINA B 500.000UI C/ 01 FA LT: K08131 Val: 30/09/2022 Qtd: 25		30042079	000	6102	UN	25,00	94,2300	2.355,75		2.355,75	282,69		12

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

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
BANCO DO BRASIL AG: 0924-5 CC: 53.499-4
CAIXA ECONOMICA FEDERAL AG.: 4192 CC: 1004-0
BRADESCO AG: 6010-0 CC: 8138-8
Número(s) do(s) Pedido(s): 006082
ORDEM DE COMPRA Nº 004/2021
Trib. Aprox. RS:755,96 Federal e RS:0,00 Estadual Fonte: IBPT .

Partilha ICMS, disposto na EC 87/2015. Valor ICMS para UF destino: R\$ 141,34. Valor FCP para o destino: R\$ 0,00. Valor ICMS UF origem R\$ 0,00;

RESERVADO AO FISCO

04/07/2021 - BANCO DO BRASIL - 17:08:16
679006790 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

00190000090171153600100905518171286450000147651

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	60.801
NOSSO NUMERO	17115360000905518
CONVENIO	01711536
DATA DE VENCIMENTO	08/06/2021
DATA DO PAGAMENTO	08/06/2021
VALOR DO DOCUMENTO	1.476,51
VALOR COBRADO	1.476,51

NR.AUTENTICACAO	6.2CA.882.9F9.A17.A06
-----------------	-----------------------

=====


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 COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA OS PRODUTOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO		NF-e Nº. 1421771 SÉRIE 1
DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	

Identificação do emitente  COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA PC EMILIO MARCONATO, 1000, NUCLEO RESIDENCIAL DOUTOR JOAO ALDO NASSIF - JAGUARIUNA / SP CEP 13916-074 - 1935225800	DANFE DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA 0 - ENTRADA 1 - SAIDA Nº. 1421771 SÉRIE 1 FL 1/2	CHAVE DE ACESSO 35210467729178000491550010014217711838390856
	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	PROTÓCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 135210397656896 13/04/2021 15:24:11	
INSCRIÇÃO ESTADUAL 395060142110	INSCR. EST. SUBS. TRIBUTÁRIO	CNPJ 67.729.178/0004-91

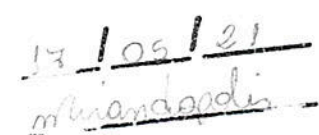
DESTINATÁRIO/REMETENTE		CNPJ/CPF 45.349.461/0001-02	DATA DE EMISSÃO 13/04/2021
NOME / RAZÃO SOCIAL ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		CEP 16400-400	DATA ENTRADA SAÍDA 13/04/2021
ENDEREÇO AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303	BAIRRO/DISTRITO JARDIM ARIANO	UF SP	HORA DE SAÍDA 15:19:54
MUNICÍPIO LINS	TELEFONE 1836591243	INSCRIÇÃO ESTADUAL	

FATURA/DUPLICATA		
FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR
001	11/05/2021	1.476,52
002	08/06/2021	1.476,51


CÁLCULO DO IMPOSTO					
BASE DE CÁLCULO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO ICMS ST	VALOR DO ICMS ST	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS	
2.827,21	397,99	0,00	0,00	2.953,03	
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	VALOR DO DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2.953,03

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS		FRETE POR CONTA 0 - EMITENTE 1 - DESTINAT	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
NOME / RAZÃO SOCIAL RONDOLOG TRANSPORTES LTDA		0			SP	17915300000101
ENDEREÇO EST FERNANDO NOBRE 1080		MUNICÍPIO COTIA			UF SP	INSCRIÇÃO ESTADUAL 278383949118
QUANTIDADE 5	ESPECIE VOLUME(S)	MARCA	NÚMERO 0,00484	PESO BRUTO 13,742	PESO LÍQUIDO* 13,742	

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS													
CODIGO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS / SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UNID	QUANT	VLR UNIT.	VLR TOTAL	BC/ICMS	VL ICMS	VLR IPI	Aliq ICMS	Aliq IPI
020475	ALGODAO HIDROFILO 500GRS (CREMER) L: 367182110 Q: 4,0000 F: 30/03/21 V: 30/03/2026	30059019	00	5102	RO	4,00	10,585	42,34	42,34	7,62	0	18,00	0
032088	LANCETA P/ TESTE DE GLICEMIA 28G (MEDLEVENSOHN/OC) L: G4831 Q: 200,0000 F: 30/12/20 V: 30/11/2025	90183999	00	5102	PC	200,00	0,1985	39,70	39,70	7,15	0	18,00	0
030366	TIRAS REAGENTES N/INDIV (MEDLEVENSOHN) L: 1290821 Q: 700,0000 F: 23/09/20 V: 22/09/2022	38220090	00	5102	TI	700,00	0,5453	381,71	381,71	68,70	0	18,00	0
032156	COLETOR DE SECRECOES BRONQUINHO (EMBRAMED) L: 2100008508 Q: 30,0000 F: 30/03/21 V: 28/02/2023	90183929	00	5102	PC	30,00	4,6405	139,22	139,22	25,06	0	18,00	0
026137	COLETOR DE URINA UNIVERSAL 80ML OPACO (3B) L: 265 Q: 100,0000 F: 01/01/21 V: 30/01/2024	39269040	00	5102	PC	100,00	0,2937	29,37	29,37	5,29	0	18,00	0
023163	SONDA ALIMENTACAO ENTERAL C/GUIA No12 (SOLUMED) L: 5663 Q: 15,0000 F: 01/03/21 V: 30/03/2024 *Isencao conf. Anex o I, Art. 14, RICMS/2000-SP (Conv.01/99)	90183921	40	5102	PC	15,00	8,3878	125,82	0,00	0	0	0	0
028215	MEROPENEM 1G (BIOQUIMICO) (ITEM GENERICO) L: 009102 Q: 50,0000 F: 30/10/20 V: 30/09/2022, nFCI: D1538FAF-856B-4FB B-ACC9-59FF5BBC9EAA	30042099	00	5102	FA	50,00	32,8944	1.644,72	1.644,72	197,37	0	12,00	0
024167	ANLIDIPINA 5MG, BESILATO (GEOLAB) L: 2011333 Q: 500,0000 F: 30/08/20 V: 30/08/2022	30042079	00	5102	CP	500,00	0,035	17,50	17,50	3,15	0	18,00	0
028232	METOCLOPRAMIDA 10MG/2ML,CLORIDRATO (FARMACE) L: MT20J044 Q: 100,0000 F: 30/12/20 V: 30/10/2022	30039051	00	5102	AP	100,00	0,6204	62,04	62,04	11,17	0	18,00	0
026028	ONDANSETRONA 4MG/2ML,CLORIDRATO (HYPOFARMA) (ITEM GENERICO) L: 21020121 Q: 50,0000 F: 30/03/21 V: 28/02/2023	30039079	00	5102	AP	50,00	1,6447	82,24	82,24	9,87	0	12,00	0

DADOS ADICIONAIS	RESERVADO AO FISCO
LOCAL DE ENTREGA: 46374500001247-AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Municipio: MIRANDOPOLIS CEP: 16800000 UF: SP Pais: BRASIL UNID.NEGOC.: 002 PREZADO CLIENTE, FAVOR CONFERIR NO ATO DA ENTREGA - NAO ACEITAREMOS RECLAMACOES APOS 48hs DO RECEBIMENTO. DATA ENTREGA: 14/04/2021 Pedido: 1895452 Autorizacao de Compra(Pedido Cliente): 1895452 *** 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 Cobrança Privado. AFE: 1.04397-7 ** AE: 1.22375-2 ** ASS: 1302/16 Validade: 23/04/2021 MODAL: RODOVIARIO / TIPO ENTREGA: EXPRESSA LOCAL DE ENTREGA: Endereco: AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Municipio: MIRANDOPOLIS CEP: 16800000 UF: SP Pais: BRASIL(Codigo Interno Emitente: 4768 Nome Fantasia: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL)	<div style="text-align: right;">  13/05/21 mirandopolis </div>

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

Identificação do emitente  COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA PC EMILIO MARCONATO, 1000, NUCLEO RESIDENCIAL DOUTOR JOAO ALDO NASSIF - JAGUARIUNA / SP CEP 13916-074 - 1935225800		DANFE DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA 0 - ENTRADA 1 - SAÍDA Nº. 1421771 SÉRIE 1 FL 2/2		CHAVE DE ACESSO 35210467729178000491550010014217711838390856									
NATUREZA DA OPERAÇÃO VENDA DENTRO ESTADO		PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 135210397656896 13/04/2021 15:24:11		Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz autorizadora									
INSCRIÇÃO ESTADUAL 395060142110		INSCR. EST. SUBS. TRIBUTÁRIO		CNPJ 67.729.178/0004-91									
DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS													
CÓDIGO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS / SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UNID	QUANT	VL.R.UNIT.	VL.R.TOTAL	BC.ICMS	VL.ICMS	VL.R.IPI	Aliq ICMS	Aliq IPI
025591	PARACETAMOL 200MG/ML 15ML (FARMACE) (ITEM GENERICO) L: PC201526 Q: 100,0000 F: 19/09/20 V: 15/09/2022, nFCI: 35E07 288-BBEA-4F04-9899-1266CDD738A6	30039055	00	5102	FR	100,00	1,216	121,60	121,60	14,59	0	12,00	0
025527	HIDROCORTISONA 500MG,SUCCINATO SODICO (NOVAFAR/FRESEN) L: 78PH3180 Q: 50,0000 F: 30/08/20 V: 30/08/2022	30043210	00	5102	FA	50,00	5,3354	266,77	266,77	48,02	0	18,00	0

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

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
04/07/2021 - AUTOATENDIMENTO - 17.08.16
6790306790 SEGUNDA VIA 0002

COMPROVANTE DE PAGAMENTO

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

=====
Convenio FGTS ARRECADACAO GRF
Codigo de Barras 85840000063-9 18840179210-2
60965305384-5 53494610008-6
Data do pagamento 09/06/2021
CNPJ/CEI/CPF 45349461/0008-89
COMPETENCIA 05/2021
CODIGO RECOLHIMENTO 115
VENCIMENTO 09/06/2021
VALOR DEPOSITO 6.318,84
Valor Total 6.318,84
=====

DOCUMENTO: 060901
AUTENTICACAO SISBB: A.B9D.BF8.46B.215.AF7



FUNDO DE GARANTIA DO TEMPO DE SERVIÇO

GFIP - SEFIP 8.40

GRF - GUIA DE RECOLHIMENTO DO FGTS
GERADA EM 08/06/2021 - 10:46:07

Mirandópolis

01-RAZÃO SOCIAL/NOME ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA				02-DDD/TELEFONE (0011)39056104
03-FPAS 639	04-SIMPLES 1	05-REMUNERAÇÃO 78.985,52	06-QTDE TRABALHADORES 39	07-ALÍQUOTA FGTS 8
08-CÓD RECOLHIMENTO 115	09-ID RECOLHIMENTO 017983-3	10-INSCRIÇÃO/TIPO (8) 45.349.461/0008-89	11-COMPETÊNCIA 05/2021	12-DATA DE VALIDADE 09/06/2021

13-DEPÓSITO + CONTRIB SOCIAL 6.318,84	14-ENCARGOS 0,00	15-TOTAL A RECOLHER 6.318,84
--	---------------------	---------------------------------

VALOR FGTS A RECOLHER EM 09/06/2021

858400000639 188401792102 609653053845 534946100086

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



FUNDO DE GARANTIA DO TEMPO DE SERVIÇO

GFIP - SEFIP 8.40

GRF - GUIA DE RECOLHIMENTO DO FGTS
GERADA EM 08/06/2021 - 10:46:07

01-RAZÃO SOCIAL/NOME ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA				02-DDD/TELEFONE (0011)39056104
03-FPAS 639	04-SIMPLES 1	05-REMUNERAÇÃO 78.985,52	06-QTDE TRABALHADORES 39	07-ALÍQUOTA FGTS 8
08-CÓD RECOLHIMENTO 115	09-ID RECOLHIMENTO 017983-3	10-INSCRIÇÃO/TIPO (8) 45.349.461/0008-89	11-COMPETÊNCIA 05/2021	12-DATA DE VALIDADE 09/06/2021

13-DEPÓSITO + CONTRIB SOCIAL 6.318,84	14-ENCARGOS 0,00	15-TOTAL A RECOLHER 6.318,84
--	---------------------	---------------------------------

VALOR FGTS A RECOLHER EM 09/06/2021

858400000639 188401792102 609653053845 534946100086

Convênio nº 107/2017
Fundo de Recurso Estadual
Comp Aditivo nº 00002
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Quilombo Brandi Faria de Mirandópolis
de Despesa: Custeio

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



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

858400000639 188401792102 609653053845 534946100086

EMPRESA: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA INSCRIÇÃO: 45.349.461/0008-89
 COMP: 05/2021 COD REC:115 COD GPS: 2305 FPAS: 639 OUTRAS ENT: SIMPLES: 1 RAT: 2,0 FAP: 0,50 RAT AJUSTADO: 1,00
 TOMADOR/OBRA:

NOME TRABALHADOR	REM 13° SAL	REM SEM 13° SAL	BASE CÁL 13° SAL	PIS/PASEP/CI	CONTRIB SEG DEVIDA	ADMISSÃO	CAT	OCOR	DATA/COD MOVIMENTAÇÃO	DEPÓSITO	CBO JAM
JOSE LOPES DE OLIVEIRA	0,00	0,00	122.35412.21-3	0,00	04/10/2017	01			31/03/2021	0,00	0,00
JOSE LOPES DE OLIVEIRA			122.35412.21-3	0,00	04/10/2017	01			31/05/2021	0,00	0,00
PRISCILA SANTOS LEITE DE ALMEIDA	0,00	0,00	127.24425.16-4	0,00	04/10/2017	01			30/04/2021	0,00	0,00
GISLAINE MACHADO MORABITO	0,00	0,00	132.60974.45-7	0,00	04/10/2017	01			31/12/2020	0,00	0,00
GISLAINE MACHADO MORABITO	0,00	0,00	132.60974.45-7	0,00	04/10/2017	01			31/05/2021	0,00	0,00
ALESSANDRA APARECIDA DOS SANTOS GONSALVE	0,00	0,00	124.42087.45-8	0,00	21/12/2020	01				132,33	04110
ALESSANDRA DE CASSIA MARDEGAN	0,00	0,00	133.59258.89-3	0,00	04/10/2017	01				369,86	0,00
ANA AUGUSTA FELICIANI NOGUEIRA	0,00	0,00	180.90148.36-6	0,00	04/10/2017	01				129,41	03222
ANA PAULA AZEVEDO ZANATTA	0,00	0,00	125.41159.51-1	0,00	04/10/2017	01				150,57	0,00
BIANCA CAETANO COSTA	0,00	0,00	128.98626.17-3	0,00	17/01/2018	01				224,44	02235
BRUNA BERALDO FERRANTE	0,00	0,00	209.83236.77-6	0,00	20/12/2019	01				233,33	0,00
CATIA FERNANDA FERRAZ	0,00	0,00	129.80319.17-3	0,00	04/10/2017	01				152,19	03222
CRISTIANE PASCOALETO VENDRAME	0,00	0,00	128.09298.18-3	0,00	22/03/2019	01				130,87	0,00
DANIELA DOS SANTOS DE OLIVEIRA	0,00	0,00	125.02011.74-6	0,00	03/05/2019	01				146,41	03222
DEBORAH CRISTINA LOCHE	0,00	0,00	203.38786.55-9	0,00	04/10/2017	01				180,12	04110

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

858400000639 188401792102 609653053845 534946100086

EMPRESA: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA
 COMP: 05/2021 COD REC:115 COD GPS: 2305
 TOMADOR/OBRA: FPFAS: 639 OUTRAS ENT: SIMPLES:1 RAT: 2.0 INSCRIÇÃO: 45.349.461/0008-89
 FAP: 0.50 RAT AJUSTADO: 1.00

NOME TRABALHADOR	REM SEM 13° SAL	REM 13°SAL	BASE CÁL 13°SAL	PIS/PASEP/CI	CONTRIB SEG DEVIDA	ADMISSÃO	CAT	OCOR	DATA/COD MOVIMENTAÇÃO	DEPÓSITO	CBO	JAM
DENISE PRISCILA ANCILOTTO LISBOA DE SOUZ	0,00	0,00	204.40341.55-2	0,00	0,00	04/10/2017	01			150,56	03222	0,00
EDILAINE MUNHOZ MAQUEA	0,00	0,00	124.85513.93-9	0,00	0,00	04/10/2017	01			150,57	03222	0,00
EDILENE MANOEL	0,00	0,00	209.15153.56-9	0,00	0,00	04/10/2017	01			129,41	03222	0,00
ELAINE CRISTINA DIAS BORGES	0,00	0,00	126.22542.14-5	0,00	0,00	04/10/2017	01			129,42	03222	0,00
ELIANA CRISTINA RODRIGUES	0,00	0,00	209.15162.89-4	0,00	0,00	19/02/2020	01			131,06	03222	0,00
IZABEL CRISTINA DE SOUZA	0,00	0,00	169.20547.00-8	0,00	0,00	04/10/2017	01			128,17	04110	0,00
KELLY CRISTINA RAMOS ROCHA	0,00	0,00	164.11866.81-4	0,00	0,00	04/10/2017	01			172,91	03222	0,00
LETICIA MAIARA DOS SANTOS FERRAZ	0,00	0,00	204.92505.78-5	0,00	0,00	04/10/2017	01			129,41	03222	0,00
LUCAS CARVALHO DOS SANTOS	0,00	0,00	163.67215.87-6	0,00	0,00	04/10/2017	01			153,81	03222	0,00
MAIRA TEIXEIRA DE CASTRO	0,00	0,00	203.30629.68-3	0,00	0,00	04/10/2017	01			129,41	03222	0,00
MARCIA MAIARA POSSENTI	0,00	0,00	204.89256.27-3	0,00	0,00	04/10/2017	01			116,98	04110	0,00
MARIA EDUARDA ODONI BOMTEMPO	0,00	0,00	154.46767.02-4	0,00	0,00	02/04/2021	01			114,31	04110	0,00
MAURO CELSO CHIAVELLI	0,00	0,00	203.20305.12-5	0,00	0,00	01/04/2020	01			261,47	02234	0,00
NATALIA PAZINATO DA SILVA	0,00	0,00	204.97661.73-4	0,00	0,00	25/01/2019	01			129,41	03222	0,00
NATALIA XAVIER NASCIMENTO OLIVEIRA	0,00	0,00	203.20306.87-3	0,00	0,00	04/10/2017	01			262,98	02235	0,00

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO - MTE
 GFIP - SEFIP 8.40 (24/12/2020) TABELAS 42.0 (15/01/2021)

MINISTÉRIO DA FAZENDA - MF

DATA: 08/06/2021
 HORA: 10:46:07
 PÁG: 0003/0007

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

858400000639 188401792102 609653053845 534946100086

EMPRESA: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRA
 COMP: 05/2021 COD REC:115 COD GPS: 2305 FPAS: 639 OUTRAS ENT: SIMPLES:1 RAT: 2.0 INSCRIÇÃO: 45.349.461/0008-89
 TOMADOR/OBRA: FAP: 0.50 RAT AJUSTADO: 1.00 INSCRIÇÃO:

REM SEM 13° SAL	REM 13° SAL	BASE CÁL 13° SAL	BASE CÁL PREV SOCIAL	PIS/PASEP/CI	CONTRIB SEG DEVIDA	ADMISSÃO	CAT	OCOR	DATA/COD MOVIMENTAÇÃO	DEPÓSITO	CBO JAM
PATRICIA ADRIANA FERREIRA	0,00	0,00	190.47976.86-2	0,00	04/10/2017	01				148,93	03222
1.861,67			0,00		151,05						0,00
PATRICIA MICHELE DE ALMEIDA	0,00	0,00	236.45761.69-8	0,00	04/10/2017	01				129,41	03222
1.617,71			0,00		129,09						0,00
REGINA LEIA FARRO RODRIGUES DE SOUSA	0,00	0,00	126.82653.15-6	0,00	04/10/2017	01				206,72	03222
2.583,88			0,00		227,45						0,00
RICARDO DE CARVALHO	0,00	0,00	125.51156.27-2	0,00	04/10/2017	01				150,57	03222
1.882,00			0,00		152,88						0,00
SAMIR BISPO DOS SANTOS	0,00	0,00	126.39710.89-5	0,00	26/10/2020	01				129,42	03222
1.617,71			0,00		129,09						0,00
SONIA DOS SANTOS ROCHA	0,00	0,00	116.26217.35-6	0,00	17/09/2019	01				150,59	03222
1.882,29			0,00		152,90						0,00
THAIS BOARETO DA SILVA	0,00	0,00	134.51447.81-8	0,00	15/09/2014	01	03			370,49	02235
4.631,04			0,00		499,62						0,00
VALERIA CRISTINA DE SOUZA DA CRUZ	0,00	0,00	190.08698.55-5	0,00	11/06/2019	01				129,41	03222
1.617,72			0,00		129,09						0,00
CRISTIANE DIAS DA SILVA	91,52	91,52	127.56162.17-7	91,52	11/02/2021	04			01/05/2021	T1	03222
1.220,24			91,52		100,18				31/05/2021	T2	0,00
CRISTIANE DIAS DA SILVA			127.56162.17-7		11/02/2021	04					03222
JAQUELINE CRISTINA OSWALDO	63,61	63,61	137.91862.93-5	63,61	08/05/2021	04			08/05/2021	T1	03222
848,10			63,61		68,37				72,94		0,00
JAQUELINE CRISTINA OSWALDO			137.91862.93-5		08/05/2021	04					03222
DEISA TERCIOTTI DE MATOS SANCHES	157,53	157,53	153.55579.77-2	157,53	19/03/2021	04			01/05/2021	T1	02235
2.100,40			157,53		184,34				180,64		0,00
DEISA TERCIOTTI DE MATOS SANCHES			153.55579.77-2		19/03/2021	04					02235
DEISA TERCIOTTI DE MATOS SANCHES	117,77	117,77	202.23551.49-4	117,77	01/03/2021	04			01/05/2021	T1	03222
DEISA TERCIOTTI DE MATOS SANCHES			202.23551.49-4		133,64				135,03		0,00

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO - MTE
 GFIP - SEFIP 8.40 (24/12/2020) TABELAS 42.0 (15/01/2021)

MINISTÉRIO DA FAZENDA - MF

DATA: 08/06/2021
 HORA: 10:46:07
 PÁG : 0004/0007

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

858400000639 188401792102 609653053845 534946100086

EMPRESA: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA

COMP: 05/2021 COD REC:115 COD GPS: 2305 FPAS: 639 OUTRAS ENT: SIMPLES: 1 RAT: 2.0 INSCRIÇÃO: 45.349.461/0008-89
 TOMADOR/OBRA: FAP: 0.50 RAT AJUSTADO: 1.00

INSCRIÇÃO:	DEPOSITO	DATA/COD MOVIMENTAÇÃO	CBO JAM
TAIS DE SOUZA THOMAS	202.23551.49-4	01/03/2021 04	03222
FERNANDA DA SILVA GIMENEZ	204.89255.00-5	09/03/2021 04	03222
FERNANDA DA SILVA GIMENEZ	204.89255.00-5	09/03/2021 04	0,00
ANA PAULA PERUSSI	267.09435.57-0	02/03/2021 04	03222
ANA PAULA PERUSSI	267.09435.57-0	02/03/2021 04	0,00
ANA PAULA PERUSSI	267.09435.57-0	02/03/2021 04	03222

TOTALS DA EMPRESA/TOMADOR
 78.319,32

666,20

666,20

6.773,83

6.318,84

0,00

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO - MTE
GFIP - SEFIP 8.40 (24/12/2020) TABELAS 42.0 (15/01/2021)

MINISTÉRIO DA FAZENDA - MF

DATA: 08/06/2021
HORA: 10:46:07
PÁG : 0005/0007

RELAÇÃO DOS TRABALHADORES CONSTANTES NO ARQUIVO SEFIP

RESUMO DO FECHAMENTO - EMPRESA

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

858400000639 188401792102 609653053845 534946100086

EMPRESA: ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA N° DE CONTROLE: KZ37443H5YU0000-0 N° ARQUIVO: K7darAlrv30000-3
COMP: 05/2021 COD REC:115 COD GPS: 2305 FPAS: 639 OUTRAS ENT: SIMPLES:1 RAT: 2.0 INSCRIÇÃO: 45.349.461/0008-89
TOMADOR/OBRA: INSCRIÇÃO: FAP: 0.50 RAT AJUSTADO: 1.00

LOGRADOURO: AVENIDA PAULO DE BARROS 326
CIDADE: MIRANDOPOLIS

UF: SP CEP: 17230-000
BAIRRO: CENTRO

CNAE PREPONDERANTE: 8610102
CNAE: 8610102

CAT	QUANT	REMUNERAÇÃO SEM 13°	UF: SP	CEP: 17230-000	BAIRRO: CENTRO	REMUNERAÇÃO 13°	BASE CÁL PREV SOC	BASE CÁL 13° PREV SOC
01	33	69.436,85				0,00	69.436,85	0,00
04	6	8.882,47				666,20	8.882,47	666,20
TOTAIS:	39	78.319,32				666,20	78.319,32	666,20

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO - MTE
GFIP - SEFIP 8.40 (24/12/2020) TABELAS 42.0 (15/01/2021)

MINISTÉRIO DA FAZENDA - MF

DATA: 08/06/2021
HORA: 10:46:07
PÁG: 0006/0007

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

858400000639 188401792102 609653053845 534946100086

EMPRESA: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA N° DE CONTROLE: KZ37443H5YU0000-0 N° ARQUIVO: K7darAiLrv30000-3
COMP: 05/2021 COD REC: 115 COD GPS: 2305 FPAS: 639 OUTRAS ENT: SIMPLES: 1 RAT: 2.0 INSCRIÇÃO: 45.349.461/0008-89
TOMADOR/OBRA: INSCRIÇÃO: FAP: 0.50 RAT AJUSTADO: 1.00
LOGRADOURO: AVENIDA PAULO DE BARROS 326 BAIRRO: CENTRO CNAE PREPONDERANTE: 8610102
CIDADE: MIRANDOPOLIS UF: SP CEP: 17230-000 CNAE: 8610102

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

FGTS - 8%(TX 3%)

REMUNERAÇÃO SEM 13° SALÁRIO 78.319,32
REMUNERAÇÃO 13° SALÁRIO 666,20

QUANTIDADE TRABALHADORES 39

VALORES DO FGTS

DATA DE RECOLHIMENTO 09/06/2021

DEPÓSITO FGTS	ENCARGOS FGTS	CONTRIB SOCIAL	ENCARGOS CONTRIB SOCIAL	TOTAL RECOLHER
6.318,84	0,00	0,00	0,00	6.318,84

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

RESUMO DAS INFORMAÇÕES À PREVIDÊNCIA SOCIAL CONSTANTES NO ARQUIVO SEFIP
 EMPRESA

EMPRESA: ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA N° DE CONTROLE: Kz37443H5yU0000-0 N° ARQUIVO: K7darAilrv30000-3
 COMP: 05/2021 COD REC:115 COD GPS: 2305 FPAS: 639 OUTRAS ENT: SIMPLES:1 RAT: 2.0 INSCRIÇÃO: 45.349.461/0008-89
 TOMADOR/OBRA: INSCRIÇÃO: FAP: 0.50 RAT AJUSTADO: 1.00

LOGRADOURO: AVENIDA PAULO DE BARROS 326 BAIRRO: CENTRO CNAE PREPONDERANTE: 8610102
 CIDADE: MIRANDOPOLIS UF: SP CEP: 17230-000 TELEFONE: 0011 3905 6104 CNAE: 8610102

VALOR DEV PREV SOC CALCULADO SEFIP: 6.773.83 CONTRIB SEGURADOS - DEVIDA: 6.773.83
 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 13° SALÁRIO MATERNIDADE: 0.00
 VALORES PAGOS COOP TRABALHO - ADIC. 15 ANOS: 0.00 COM PRODUÇÃO PJ: 0.00
 VALORES PAGOS COOP TRABALHO - ADIC. 20 ANOS: 0.00 COM PRODUÇÃO PF: 0.00
 VALORES PAGOS COOP TRABALHO - ADIC. 25 ANOS: 0.00 VALOR DAS FATURAS EMITIDAS PARA O TOMADOR: 0.00

COMPENSAÇÃO PERÍODO INICIAL: VALOR SOLICITADO: 0.00
 VALOR ABATIDO: 0.00 VALOR A COMPENSAR: 0.00 VALOR EXCEDENTE AO LIMITE DOS 30%: 0.00

RETENÇÃO (LEI 9.711/98) VALOR ABATIDO PELO SEFIP: 0.00 VALOR A COMPENSAR/RESTITUIR: 0.00

BASE DE CÁLCULO APOSENTADORIA ESPECIAL/OCORRÊNCIA 25 ANOS: 4.631.04
 15 ANOS: 0.00 20 ANOS: 0.00
 QUANTIDADE: 0 QUANTIDADE: 1 QUANTIDADE: 0

QUANTIDADE DE MOVIMENTAÇÕES / CÓDIGOS

0 I1:	0 I2:	0 I3:	0 I4:	0 J:	0 K:	0 L:	0 M:	0 N1:	0
0 N3:	0 O1:	0 O2:	0 O3:	0 P1:	0 P2:	2 P3:	0 Q1:	0 Q2:	0
0 Q4:	0 Q5:	0 Q6:	0 Q7:	0 R:	0 S2:	0 S3:	0 U1:	0 U2:	0
0 V3:	0 W:	0 X:	0 Y:	1 Z1:	0 Z2:	0 Z3:	0 Z4:	0 Z5:	2

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
04/07/2021 - AUTOATENDIMENTO - 17.08.16
6790306790 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL

AGENCIA: 6790-3 CONTA: 211-9

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA

REMETENTE : ASSOCIACAO H B DO BRASIL

BANCO: 341 - ITAÚ 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\$ 21.000,00

DEBITO EM: 09/06/2021

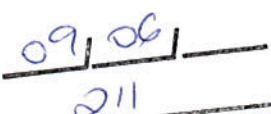
=====

DOCUMENTO: 060902

AUTENTICACAO SISBB: 7.3E7.9B3.201.C1C.E09

 PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFS-e <small>20210606u34298678000114</small>	Número da Nota 0000237			
	Data e Hora de Emissão 08/06/2021 12:15:26			
	Código de Verificação U9V7-WPDR			
PRESTADOR DE SERVIÇOS				
CPF/CNPJ: 34.298.678/0001-14 Inscrição Municipal: 6.343.469-5 Nome/Razão Social: GESTARE SERVICOS COMBINADOS DE ESCRITORIO LTDA Endereço: R CONCEICAO DE MONTE ALEGRE 107, BLOCO B - CIDADE MONCOES - CEP: 04563-060 Município: São Paulo UF: SP				
TOMADOR DE SERVIÇOS				
Nome/Razão Social: ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02 Inscrição Municipal: --- Endereço: End AV JOSE ARIANO RODRIGUES - JARDIM ARIANO - CEP: 16400-000 Município: Lins UF: SP E-mail: contabilidade@ahbb.org.br				
INTERMEDIÁRIO DE SERVIÇOS				
CPF/CNPJ: --- Nome/Razão Social: ---				
DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS				
Serviço Administrativos de Prestação de Contas, RH, Departamento Pessoal, Escrituração Fiscal, Contabilidade e Controladoria, Serviços Financeiros e Compras em 10 (dez) leitos de Unidade de Terapia Intensiva Geral Adulto Tipo II - Hospital Estadual "Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis Competência: 05/2021 Termo Aditivo 0002/2020 ao Convênio 0107/2017				
VALOR TOTAL DO SERVIÇO = R\$ 21.000,00				
INSS (R\$)	IRRF (R\$)	CSLL (R\$)	COFINS (R\$)	PIS/PASEP (R\$)
-	-	-	-	-
Código do Serviço 06491 - Fornecimento de mão-de-obra em caráter temporário, de empregados ou trabalhadores.				
Valor Total das Deduções (R\$)	Base de Cálculo (R\$)	Aliquota (%)	Valor do ISS (R\$)	Crédito (R\$)
0,00	*	*	*	0,00
Município da Prestação do Serviço		Número Inscrição da Obra	Valor Aproximado dos Tributos / Fonte	
-		-	-	
OUTRAS INFORMAÇÕES				
(1) Esta NFS-e foi emitida com respaldo na Lei nº 14.097/2005; (2) Documento emitido por ME ou EPP optante pelo Simples Nacional;				

Mirandópolis (normal)


 Convênio nº 107/2017
 Fonte de Recurso Estadual
 Termo Aditivo nº 0002/2020
 Secretaria do Estado da Saúde
 UGE: 090196 - Hospital Estadual
 Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
 Tipo de Despesa: Custeio

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
04/07/2021 - AUTOATENDIMENTO - 17.08.16
6790306790 SEGUNDA VIA 0003

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL

AGENCIA: 6790-3 CONTA: 211-9

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA

REMETENTE : ASSOCIACAO H B DO BRASIL

BANCO: 341 - ITAÚ UNIBANCO S.A.

AGENCIA: 0049-3 - SAO CARLOS SP

CONTA: 42.122-5

FAVORECIDO: WINTER - GESTAO E CONSULTORIA MEDIC

CPF/CNPJ: 26.392.666/0001-26

VALOR: R\$

84.465,00



DEBITO EM: 14/06/2021

=====

DOCUMENTO: 061401

AUTENTICACAO SISBB: F.DCD.DD1.FBE.E52.9FA

Mina

		PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO CARLOS SECRETARIA MUNICIPAL DE FAZENDA NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇO - NFS-e			Número da NFS-e 486														
Data e Hora da Emissão		11/06/2021 14:09:29		Competência		10/6/2021		Código de Verificação		OLZCNYG0L									
Número do RPS				No. da NFS-e substituída		473		Local da Prestação		SAO CARLOS - SP									
Prestador de Serviço																			
Razão Social/Nome		WINTER - GESTAO E CONSULTORIA MEDICA LTDA - EPP																	
Nome Fantasia																			
CNPJ/CPF		26.392.666/0001-26		Inscrição Municipal		73644		Município		SAO CARLOS - SP									
Endereço e CEP		RUA PASSEIO DOS IPÊS ,320 - PARQUE FABER CASTELL I CEP: 13561-385																	
Complemento		COND.TRIADE 01; ED.		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																			
Objeto: Serviços Médicos Prestados em 10 (dez) leitos de Unidade de Terapia Intensiva Geral Adulto Tipo II Local: Hospital Estadual "Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis Convênio Termo Aditivo 0002/2021 ao Convênio 0107/2017 Período 01 a 31 de Março - de Segunda a domingo - 24 hrs / dia Qtidade de Plantões 62 Corpo Clínico e Horários Profissionais descritos com seus respectivos CRM no Relatório de Atividades com Escala Médica anexa																			
Código do Serviço / Atividade																			
8610101 / 4.03 - Atividades de atendimento hospitalar, exceto pronto-socorro e unidades para atendimento a urgências																			
Detalhamento Específico da Construção Civil																			
Código da Obra								Código ART											
Tributos Federais																			
PIS (R\$)		585,00		COFINS (R\$)		2.700,00		IR (R\$)		1.350,00		INSS (R\$)				CSLL (R\$)		900,00	
Detalhamento de Valores - Prestador do Serviço				Outras Informações				Cálculo do ISSQN devido no Município											
Valor do Serviço R\$		90.000,00		Natureza Operação		Valor do Serviço R\$		90.000,00											
(-) Desconto Incondicionado		0,00		1-Tributação no município		(-) Deduções Permitidas em Lei		0,00											
(-) Desconto Condicionado		0,00		Regime Especial Tributação		(-) Desconto Incondicionado		0,00											
(-) Retenções Federais		5.535,00		0-Nenhum		Base de Cálculo		90.000,00											
(-) Outras Retenções		0,00		Opção Simples Nacional		(x) Alíquota %		3,00											
(-) ISSQN Retido		0,00		2 - Não		ISSQN a Reter		() Sim (X) Não											
(=) Valor Líquido R\$		84.465,00		Incentivador Cultural		(=) Valor do ISSQN R\$		2.700,00											
				2-Não															
Avisos		1- Uma via desta Nota Fiscal será enviada através do e-mail fornecido pelo Tomador do Serviço. 2- A autenticidade desta Nota Fiscal poderá ser verificada no site, http://SaoCarlos.ginfes.com.br com a utilização do Código de Verificação.																	

Convênio nº 107/2017
Fonte de Recurso Estadual
Termo Aditivo nº 0002/2020
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

14/06
[Assinatura]
Mina

Mirandópolis - ENFERMARIA
Winter - Gestão e Consultoria Médica
 01/06/2021 - 30/06/2021

WINTER
 MEDICAL SERVICES

Junho / 2021

	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo
	31/05	01/06	02/06	03/06	04/06	05/06	06/06
DIURNO 07:00 19:00		Diego Lipe		Vinícius Olivei ra	Vinícius Olivei ra	Leonardo Cun ha	Leonardo Cun ha
NOTURNO 19:00 07:00		Ellen Silva		Vinícius Olivei ra	Vinícius Olivei ra	Leonardo Cun ha	Leonardo Cun ha
	07/06	08/06	09/06	10/06	11/06	12/06	13/06
DIURNO 07:00 19:00	Diego Lipe	Diego Lipe			Vinícius Olivei ra	Vinícius Olivei ra	Leonardo Cun ha
NOTURNO 19:00 07:00	Diego Lipe	Ellen Silva	Cinthia Maria	Vinícius Olivei ra	Vinícius Olivei ra	Vinícius Olivei ra	Leonardo Cun ha
	14/06	15/06	16/06	17/06	18/06	19/06	20/06
DIURNO 07:00 19:00	Diego Lipe	Diego Lipe		Vinícius Olivei ra	Vinícius Olivei ra	Leonardo Cun ha	Leonardo Cun ha
NOTURNO 19:00 07:00	Diego Lipe	Ellen Silva	Cinthia Maria	Vinícius Olivei ra	Vinícius Olivei ra	Leonardo Cun ha	Leonardo Cun ha
	21/06	22/06	23/06	24/06	25/06	26/06	27/06
DIURNO 07:00 19:00	Diego Lipe	Diego Lipe		Victor Ceolin	Vinícius Olivei ra	Vinícius Olivei ra	Leonardo Cun ha
NOTURNO 19:00 07:00	Diego Lipe	Ellen Silva	Cinthia Maria	Vinícius Olivei ra	Vinícius Olivei ra	Vinícius Olivei ra	Leonardo Cun ha

Julho / 2021

	28/06	29/06	30/06	01/07	02/07	03/07	04/07
DIURNO 07:00 19:00	Diego Lipe	Diego Lipe					
NOTURNO 19:00 07:00	Diego Lipe	Ellen Silva	Cinthia Maria				

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

Escala Enfermaria Mirandópolis 06 2021 pdf

Código do documento 1a7ecb4f-7065-41e3-9398-34b0ba7ff7d3



Assinaturas



Cinthia maria liminides Silva
ci_liminides@outlook.com
Assinou



DIEGO HENRIQUE LIPE GARCIA DOS SANTOS
drdiegolipe@hotmail.com
Assinou

DIEGO LIPE



Ellen Tiyemi Tsutsumoto da Silva
ellentiyemi@gmail.com
Assinou

Ellen Tiyemi Tsutsumoto da Silva



Leonardo Elias Silveira da Cunha
leonardoescunha@hotmail.com
Assinou



Vinícius Carlos de Oliveira
vcarlos1002@gmail.com
Assinou



Victor Joaquim Siqueira Ceolin
victorjsceolin@hotmail.com
Assinou

Victor J S Ceolin

Eventos do documento

31 May 2021, 12:17:04

Documento número 1a7ecb4f-7065-41e3-9398-34b0ba7ff7d3 **criado** por STEFANY LARISSA MEDEIROS DE OLANDA (Conta 44662517-a5f1-49ad-8b49-5f8f50217309). Email :contato@wintermed.com.br. - DATE_ATOM: 2021-05-31T12:17:04-03:00

31 May 2021, 12:20:50

Lista de assinatura **iniciada** por STEFANY LARISSA MEDEIROS DE OLANDA (Conta 44662517-a5f1-49ad-8b49-5f8f50217309). Email: contato@wintermed.com.br. - DATE_ATOM: 2021-05-31T12:20:50-03:00

31 May 2021, 12:21:24

VINÍCIUS CARLOS DE OLIVEIRA **Assinou** (Conta aee46bd3-bc24-417a-ab7c-b7013dbf757c) - Email: vcarlos1002@gmail.com - IP: 170.82.16.170 (client-ppb-170.82.16.170.installnet.com.br porta: 26452) - Geolocalização: -22.1338257 -51.4093147 - Documento de identificação informado: 039.846.761-74 - DATE_ATOM: 2021-05-31T12:21:24-03:00

31 May 2021, 12:46:46

CINTHIA MARIA LIMINIDES SILVA **Assinou** - Email: ci_liminides@outlook.com - IP: 201.49.195.35
(35.195.49.201.assim.net porta: 42564) - Documento de identificação informado: 336.468.718-81 - DATE_ATOM:
2021-05-31T12:46:46-03:00

01 Jun 2021, 00:59:41

LEONARDO ELIAS SILVEIRA DA CUNHA **Assinou** (Conta 5afc0b4b-9fb9-4bc2-84cc-40358930eaf4) - Email:
leonardoescunha@hotmail.com - IP: 167.250.250.248 (167.250.250.248 porta: 26196) - Geolocalização:
-21.29153467776105 -50.363936573531994 - Documento de identificação informado: 357.904.528-84 -
DATE_ATOM: 2021-06-01T00:59:41-03:00

04 Jun 2021, 13:33:18

ELLEN TIYEMI TSUTSUMOTO DA SILVA **Assinou** - Email: ellentiyemi@gmail.com - IP: 177.58.167.50
(177-58-167-50.3g.claro.net.br porta: 64394) - Documento de identificação informado: 429.455.728-18 -
DATE_ATOM: 2021-06-04T13:33:18-03:00

04 Jun 2021, 22:18:33

VICTOR JOAQUIM SIQUEIRA CEOLIN **Assinou** (Conta 4c106af4-6128-40ed-8cb5-80117f467c15) - Email:
victorjsceolin@hotmail.com - IP: 187.119.226.106 (ip-187-119-226-106.user.vivozap.com.br porta: 28052) -
Documento de identificação informado: 351.736.698-61 - DATE_ATOM: 2021-06-04T22:18:33-03:00

04 Jun 2021, 23:08:29

DIEGO HENRIQUE LIPE GARCIA DOS SANTOS **Assinou** - Email: drdiegolipe@hotmail.com - IP: 189.29.32.236
(bd1d20ec.virtua.com.br porta: 42900) - Documento de identificação informado: 440.071.118-80 - DATE_ATOM:
2021-06-04T23:08:29-03:00

Hash do documento original

(SHA256):aa84549c76d21eef5cefd4d76ea863cc0aaa2fa0e91b60567074badbb9f48c00

(SHA512):32c94ca4d92052b4db0e97afcea7a1697b1d39e4fba67294410a7dbe546201fee7d02fb30e499aebf5eedad52deb78112af2a43b63643d4fa65ac79e5e350055

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

Esse documento está assinado e certificado pela D4Sign

04/07/2021 - BANCO DO BRASIL - 17:08:16
679006790 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

ITAU UNIBANCO S.A.

34191090080123280271812411700003986490000170000

BENEFICIARIO:

BELIVE MEDICAL P H LTDA

NOME FANTASIA:

BELIVE MEDICAL P H LTDA

CNPJ: 32.757.824/0001-05

BENEFICIARIO FINAL:

BELIVE MEDICAL P H LTDA

CNPJ: 32.757.824/0001-05

PAGADOR:

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICE

CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO 61.402

DATA DE VENCIMENTO 12/06/2021

DATA DO PAGAMENTO 14/06/2021

VALOR DO DOCUMENTO 1.700,00

VALOR COBRADO 1.700,00

NR.AUTENTICACAO F.FAF.38B.16B.10D.8E5

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.



BELIVE
MEDICAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE
**BELIVE MEDICAL PRODUTOS
HOSPITALARES LTDA**
RUA CAPRICORNIO, 299
Bairro: JARDIM RIACHO DAS PEDRAS
32242-220 Contagem - MG

Fone: (31)3046-6175

DANFE
DOCUMENTO
AUXILIAR DA NOTA
FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA
Nº 9.346
SÉRIE: 1
FOLHA: 1/1

CONTROLE FISCAL



CHAVE DE ACESSO

3121.0432.7578.2400.0105.5500.1000.0093.4610.1247.4105

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

DADOS DA NF-e

131214133720090 - 28/04/2021 15:38:06

NATUREZA DA OPERAÇÃO

6108 VENDA DE MER ADQ REC D TERC

INSCRIÇÃO ESTADUAL

003.378.508.0034

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO

813021221110

CNPJ

32.757.824/0001-05

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ

45.349.461/0001-02

DATA EMISSÃO

28/04/2021

ENDEREÇO

AVENIDA JOSE ARIANO RODRIGUES, 620 SL 03

BAIRRO/DISTRITO

CENTRO

CEP

16370-000

DATA DA SAÍDA

28/04/2021

MUNICÍPIO

Lins

FONE / FAX

(014)3541-1544

UF

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA

15:37:16

INFORMAÇÕES DO LOCAL DE ENTREGA

NOME / RAZÃO SOCIAL

CPF/CNPJ

INSCRIÇÃO ESTADUAL

ENDEREÇO

BAIRRO/DISTRITO

CEP

MUNICÍPIO

UF

FONE / FAX

FATURA/DUPLICATAS

93407 - 12/06/21 - 1700,00

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS

1.700,00

VALOR DO ICMS

204,00

BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST

0,00

VALOR DO ICMS ST

0,00

VALOR TOTAL DOS PRODUTOS

1.700,00

VALOR DO PRETE

0,00

VALOR DO SEGURO

0,00

DESCONTO

0,00

OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS

0,00

VALOR DO IPI

0,00

VALOR TOTAL DA NOTA

1.700,00

ALÍQ. IPI

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL

QUALITY TRANSPORTES E ENTREGAS

PRETE POR CONTA

0-EMITENTE

1-DESTINATÁRIO

CODIGO ANNT

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ/CPF

06.321.409/0001-96

ENDEREÇO

AVENIDA HENRY FORD, 1153

MUNICÍPIO

SAO PAULO

UF

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

148.923.420.116

QUANTIDADE

1

ESPECIE

CAIXA

MARCA

NUMERAÇÃO

PESO BRUTO

0,0000

PESO LÍQUIDO

0,0000

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CODIGO PRODUTO NCM5	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	CST CFOP	UNID.	QTD	VALOR UNITÁRIO	VL. DESC. UNID. PERC.	VALOR TOTAL	BASE CÁLC. ICMS	VALOR ICMS ST Cálculo	VALOR IPI	ALÍQ. ICMS
248 30042099	MEROPENEM IV 1G Con. PO LIOP. CX25FA BIOQUÍMICO Lote: 009101 - 30/09/2022 Qtd: 2,00 Número da ICI: D1538FAF-856B-4FBB-ACC9-59FF5BCC9EAA	500 8108	CX	2,0000	850,0000	0,0000 0,0000%	1.700,00	1.700,00	21,00 0,90	0,00	12,00 0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

IFTI Mirandópolis - Convênio 0107/2017 - Entregar: Dr Raul da Cunha Bueno 585, Mirandópolis /
Banco Bradesco 237 Agência: 6468-8 Conta Corrente 6183-2 /// EMENDA CONSTITUCIONAL
87/2015 / Base de Cálculo ICMS destino: R\$ 1700,00/ ICMS Destino: R\$ 102,00 (100% em 2020) /

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTMIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 03/05/2021
ASS. _____

OUROWEB® - WWW.OUROWEB.COM.BR

Convênio nº 107/2017
Fonte de Recurso Estadual
Termo Aditivo nº 0002/2020
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

14/06/21

04/07/2021 - BANCO DO BRASIL - 17:08:16
679006790 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

ITAU UNIBANCO S.A.

34191090080123140271812411700003286490000280000

BENEFICIARIO:

BELIVE MEDICAL P H LTDA

NOME FANTASIA:

BELIVE MEDICAL P H LTDA

CNPJ: 32.757.824/0001-05

BENEFICIARIO FINAL:

BELIVE MEDICAL P H LTDA

CNPJ: 32.757.824/0001-05

PAGADOR:

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICE

CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO 61.403
DATA DE VENCIMENTO 12/06/2021
DATA DO PAGAMENTO 14/06/2021
VALOR DO DOCUMENTO 2.800,00
VALOR COBRADO 2.800,00

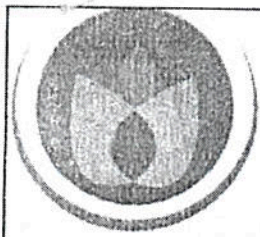
NR.AUTENTICACAO 1.CC1.388.E69.C34.43B

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.



BELIVE
MEDICAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE
BELIVE MEDICAL PRODUTOS
HOSPITALARES LTDA
RUA CAPRICORNIO, 299
Bairro: JARDIM RIACHO DAS PEDRAS
32242-220 Contagem - MG
Fone: (31)3046-6175

DANFE
DOCUMENTO
AUXILIAR DA NOTA
FISCAL ELETRÔNICA
0 - ENTRADA **1**
1 - SAÍDA
Nº 9.335
SÉRIE: 1
FOLHA: 1/1

CONTROLE FISCO



CHAVE DE ACESSO

3121.0432.7578.2400.0105.5500.1000.0093.3510.1247.3440

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

DADOS DA NF-e

131214133390128 - 28/04/2021 12:39:51

NATUREZA DA OPERAÇÃO

6108 VENDA DE MER ADQ REC D TERC

INSCRIÇÃO ESTADUAL

003.378.508.0034

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTARIO

813021221110

CNPJ

32.757.824/0001-05

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ

45.349.461/0001-02

DATA EMISSÃO

28/04/2021

ENDEREÇO

AVENIDA JOSE ARIANO RODRIGUES, 620 SL 03

BAIRRO/DISTRITO

CENTRO

CEP

16370-000

DATA DA SAÍDA

28/04/2021

MUNICÍPIO

Lins

FONE / FAX

(014)3541-1544

UF

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA

12:39:01

INFORMAÇÕES DO LOCAL DE ENTREGA

NOME / RAZÃO SOCIAL

CNPJ/CNPJ

INSCRIÇÃO ESTADUAL

ENDEREÇO

BAIRRO/DISTRITO

CEP

MUNICÍPIO

UF

FONE / FAX

FATURA/DUPLICATAS

9335/1 - 12/06/21 - 2800,00

CALCULO DO IMPOSTO

BASE DE CALCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CALCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS ST	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
2.800,00	112,00	0,00	0,00	2.800,00
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSORIAS	VALOR DO IPI
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
VALOR TOTAL DA NOTA				ALIQ. IPI
2.800,00				

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CODIGO ANNT	PLACA DO VEICULO	UF	CNPJ/CPF
QUALITY TRANSPORTES E ENTREGAS	0				06.321.409/0001-96
ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL		
AVENIDA HENRY FORD, 1153	SAO PAULO	SP	148.923.420.116		
QUANTIDADE	ESPECIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LIQUIDO
4	CAIXAS			0,0000	0,0000

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CODIGO PRODUTO NCMS	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	CST CFOP	UNID	QTD	VALOR UNITARIO	VLR. DESC. UNIT. / PERC.	VALOR TOTAL	BASE CÁLC. ICMS	VALOR ICMS ST. Cobrável	VALOR IPI	ALIQ. ICMS
2066 40151190	LUVA CIRURGICA SENSICARE Nº 7 0 EST. CX500 BE CARE	100 6108	CX	2,0000	700,0000	0,0000 0,0000%	1.400,00	1.400,00	56,00 0,00	0,00	4,00
2021 40151190	LUVA CIRURGICA SENSICARE Nº 7 5 EST. CX500 BE CARE	100 6108	CX	2,0000	700,0000	0,0000 0,0000%	1.400,00	1.400,00	56,00 0,00	0,00	4,00

BOLETO ANEXO

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

UTI Mirandópolis - Convênio 0107/2017 - Entregar: Dr. Raul da Cunha Bueno 585, Mirandópolis / Banco Bradesco 237 Agência: 6468-8 Conta Corrente 6183-2 /// EMENDA CONSTITUCIONAL 87/2015 / Base de Calculo ICMS destino: R\$ 2800,00/ ICMS Destino: R\$ 392,00 (100% em 2020) /

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 30/04/2021
ASS. _____

OUROWEB® - WWW.OUROWEB.COM.BR

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

14/06/21

04/07/2021 - BANCO DO BRASIL - 17:08:16
679006790 0002

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

03399216370200000004853023301046586490000870000

BENEFICIARIO:

UNIAO QUIMICA FARMACEUTICA NACIONAL

NOME FANTASIA:

UNIAO QUIMICA FARMACEUTICA NACIONAL

CNPJ: 60.665.981/0001-18

BENEFICIARIO FINAL:

UNIAO QUIMICA FARMACEUTICA NACIONAL

CNPJ: 60.665.981/0001-18

PAGADOR:

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE D

CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO 61.404

DATA DE VENCIMENTO 12/06/2021

DATA DO PAGAMENTO 14/06/2021

VALOR DO DOCUMENTO 8.700,00

VALOR COBRADO 8.700,00
=====

NR. AUTENTICACAO D.913.615.362.A29.142
=====

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.

RODOVIA FERNAO DIAS - BR 381, S/N°
KM 862.5 - DISTRITO INDUSTRIAL (CDI)
Pouso Alegre - MG - CEP: 37556830
Fone: (35) 3427-9000

DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA
0 - ENTRADA
1 - SAÍDA



CHAVE DE ACESSO
3121 0560 6659 8100 0975 5500 1000 5044 7818 1039 5320
Consulta de autenticidade no portal nacional de NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sofat Autorizadora

N° 504478
SÉRIE 1
FOLHA 1 / 1

NATUREZA DA OPERAÇÃO: Venda merc. adq. rec. terceiros dest. ã contribuinte
INDSCRIÇÃO ESTADUAL: 5257755260375
INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTARIO: 813013256118
PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO: 131214156490004 13/05/2021 09:21:46
CNPJ: 60.665.981/0009-75

DESTINATÁRIO / REMETENTE: ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE D BRASIL
CNPJ/CPF: 45.349.461/0001-02
DATA DA EMISSÃO: 13/05/2021
NOME/RAZÃO SOCIAL: ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE D BRASIL
ENDEREÇO: AV JOSE ARIANO RODRIGUES SALA 03 303
BAIRRO / DISTRITO: JARDIM ARIANO
CEP: 16400-400
DATA DA SAÍDA/ENTRADA: 13/05/2021
MUNICÍPIO: LINS
FONE/FAX: 551435325198
UF: SP
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 809:20:43 -03:00

FATURA / DUPLICATAS
Número: 0092916643, Valor original: 8.700,00, Valor do Desconto: 0,00, Valor Líquido: 8.700,00
Data de emissão: 12/06/2021
Valor: 8.700,00

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS ST	VALOR APROXIMADO DOS TRIBUTOS	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
8.700,00	348,00	0,00	0,00	0,00	8.700,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS DADOS DO PRODUTO
RAZÃO SOCIAL: INTEC INTEGRAÇÃO NACIONAL DE TRANSP DE ENCOMENDAS
FRETE POR CONTA: 0 - Remetente
CODIGO ANTT: 0
PLACA DO VEICULO: 52.134.798/0005-91
UF: MG
CNPJ / CPF: 1861413310055
EMPRESA: R TOM JOBIM 600
MUNICÍPIO: CONTAGEM
UF: MG
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 1861413310055
QUANTIDADE: 3
ESPÉCIE: VOLUME
MARCA: CONTAGEM
NUMERAÇÃO: 21.000
PESO BRUTO: 21,000
PESO LÍQUIDO: 21,000

COD. PROD.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	CST	CFOP	UNID	QTDE	VL. UNITARIO	VL. TOTAL	VL. DESCONTO	RG. ICMS	VL. ICMS	V. IPI	ALIQ. ICM	ALIQ. IPI
000000000001092198	PARCMAZ 4,50 ml X 10 FA S. PT0421015A V 11.12.2022 Q 30,000. Vir. aprox. trib.: 2.568,24. PNC: 0,00 (cod. ANVISA: 1059714320070	30049099	100	6108	UN	30,0000	290,000000	8.700,00	0,00	8.700,00	348,00	0,00	4,00	

14/06/21

CALCULO DO ISSQN

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

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
Inf. Contribuinte: CASO NECESSITE DO CERTIFICADO DE ANÁLISE, SOLICITAR POR E-MAIL: CERTIFICADO@UNIAOQUIMICA.COM.BR. COMPRADOR FARM ANDERSON. Base calculo ICMS: R\$8.700,00
Valor ICMS partilha: R\$ 1.218,00 ICMS FECP: R\$ 0,00. Num. pedido cliente: 01021. Ordem de venda: 5398894. Remessa: 82843839.

RESERVAÇÃO AO FIM DO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 21/05/21
ASS.

04/07/2021 - BANCO DO BRASIL - 17:08:16
679006790 0003

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO DO BRASIL

00190000090130484000001115899179886510000194981
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 61.405
NOSSO NUMERO 13048400001115899
CONVENIO 01304840
DATA DE VENCIMENTO 14/06/2021
DATA DO PAGAMENTO 14/06/2021
VALOR DO DOCUMENTO 1.949,81
VALOR COBRADO 1.949,81

NR.AUTENTICACAO 3.FBF.101.C9D.7A6.473
=====

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

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

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

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

Convênio nº 167/2017
Fonte de Recurso Estadual
Termo Aditivo nº 0002/2020
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

Rioclarensense

COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA
RUA PAULO COSTA 140 - DISTRITO INDUSTRIAL JARDIM PIERMONT SUL - BETIM - MG
CEP: 32669-712 - 31439430

DOCUMENTO AUXILIAR DA
NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA
Nº. 0597953 FL 1 / 1
SÉRIE 1



CHAVE DE ACESSO
3121 0567 7291 7800 0220 5500 1000 5979 5315 7754 0407

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
131214170550287 24/05/2021 13:11:06

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
24/05/2021

ENDEREÇO
AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303

BAIRRO / DISTRITO
JARDIM ARIANO

CEP
16400-400

DATA DA ENTRADA/SAÍDA
24/05/2021

MUNICÍPIO
LINS

FONE / FAX
1836591243

UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DE SAÍDA

FATURA/DUPPLICATA

FATURA/DUPLIC	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC	VENCIMENTO	VALOR
0597953/1	14/06/2021	1.949,81	0597953/2	21/06/2021	1.949,81	0597953/3	28/06/2021	1.950,38

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUTO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS	
5.850,00	702,00	0,00	0,00	5.850,00	
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	5.850,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL ATIVA DISTR E LOGISTICA LTDA	FRETE POR CONTA 0 - Por conta do emitente	CODIGO ANTT	PLACA DO VEICULO	UF	CNPJ 01.125.797/0008-92				
ENDEREÇO AV APIO CARDOSO 3115	MUNICÍPIO CONTAGEM	UF MG	INSCRIÇÃO ESTADUAL 0620929840177	QUANTIDADE 1,00	ESPECÍFICO VOLUME(S)	MARCA	NUMERO 0,00003	PESO BRUTO 3,186	PESO LÍQUIDO 3,186

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
032595	MIDAZOLAM 50MG (HYPOFARMA) (ITEM GENERICO) L. 2 1051002 Q. 180,0000 F. 01/05/21 V. 30/09/2021 *** Portaria 344/98 BI	30049069	000	6108	AP	180,00	32,50	5.850,00	5.850,00	702,00	0,00	12,00	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: 46374500001247-AV DR RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito CENTRO Município MIRANDOPOLIS CEP 16800000 UF SP País BRASIL UNID NEGOC: 002 PREZADO CLIENTE, FAVOR CONFERIR NO ATO DA ENTREGA - NAO ACEITAREMOS RECLAMACOES APOS 48hs DO RECEBIMENTO Mirandopolis DATA ENTREGA: 25/05/2021 Pedido: 1932291 Autorização de Compra(Pedido Cliente) 1932291 *** O pagamento devera ser realizado através do boleto anexo a nota fiscal, caso não receba entre em contato através do e-mail boletos@rioclarensense.com.br ou no telefone (19)3522-5800, Setor de Cobrança Privado. AFE: 1 04397.7 ** AE: 1.21715.1 ** AAS: 0342/2019 Validade: 18/06/2021 MODAL: RODOVIARIO / TIPO ENTREGA EXPRESSA LOCAL DE ENTREGA, Endereço: AV DR RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito CENTRO Município MIRANDOPOLIS CEP. 16800000 UF: SP País. BRASIL(Código Interno Emitente: 4768 Nome Fantasia: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL) LOCAL DE ENTREGA: AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Município: MIRANDOPOLIS UF: SP País: BRASIL

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UH MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 28/05/21
ASS. _____

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

14/06/21

Prestação de Contas

Junho
2021
2/2

Convênio nº 107/2017
Termo aditivo nº 00002/2020

Mirandópolis

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

www.ahbb.org.br

contato@ahbb.org.br

14 3532 5198

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

04/07/2021 - BANCO DO BRASIL - 17:08:16
679006790 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO DO BRASIL

00190617796938783347300001526110186510000214475
BENEFICIARIO:
SAMTRONIC I COMERCIO LTDA
NOME FANTASIA:
SAMTRONIC INDUSTRIA E COMERCIO LIMI
CNPJ: 58.426.628/0001-33
PAGADOR:
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE D
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	61.406
NOSSO NUMERO	6177693878
CONVENIO	00000000
DATA DE VENCIMENTO	14/06/2021
DATA DO PAGAMENTO	14/06/2021
VALOR DO DOCUMENTO	2.144,75
VALOR COBRADO	2.144,75

=====

NR.AUTENTICACAO 5.2F1.246.9ED.AEA.152
=====

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

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

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

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

Convênio nº 107/2017
Fonte de Recurso Estadual
Termo Aditivo nº 0002/2020
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

RECEBEMOS DE Samtronic Industria e Comercio Ltda OS PRODUTOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO		NF-e N. 000268029 SÉRIE 1
DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	

 <p>Samtronic Industria e Comercio Ltda Rua Venda da Esperanca, 162 Sorocoo Cep:04763-040 Sao Paulo/SP Fone: 551122447751</p>	<p>DANFE DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA 0-ENTRADA 1-SAÍDA</p>	 <p>CHAVE DE ACESSO DA NF-E 3521 0458 4266 2800 0133 5500 1000 2680 2915 1408 3365</p>
	<p>N. 000268029 SÉRIE 1 FOLHA 01/01</p>	<p>Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da SEFAZ Autorizada</p>
	<p>NATUREZA DA OPERAÇÃO VENDA DE PRODUCAO DO ESTABELECIMENTO</p>	

<p>PROTOKOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 135210408099193 15/04/2021 14:09:45-03:00</p>
--

INSCRIÇÃO ESTADUAL 112068380115	INSC.ESTADUAL DO SUBST.TRIB.	CNPJ 58.426.628/0001-33
------------------------------------	------------------------------	----------------------------

DESTINATARIO/REMETENTE			
NOME/RAZÃO SOCIAL ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		CNPJ/CPF 45.349.461/0001-02	DATA DE EMISSÃO 15/04/2021
ENDEREÇO AV JOSE ARIANO RODRIGUES,303, SALA 03		BAIRRO/DISTRITO JARDIM ARIANO	CEP 16400-400
MUNICIPIO LINS	FONE/FAX 1837011611	UF SP	INSCRIÇÃO ESTADUAL
HORA ENTRADA/SAÍDA			

FATURA									
001	002								
15/05/2021	14/06/2021								
2.144,75	2.144,75								

CALCULO DO IMPOSTO					
BASE DE CALCULO DO ICMS 4.289,50	VALOR DO ICMS 772,11	BASE DE CALCULO DO ICMS SUBSTITUIÇÃO 0,00	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO 0,00	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 4.289,50	
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 4.289,50

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS						
RAZÃO SOCIAL BRASPRESS TRANSPORTE URGENTE		FRETE POR CONTA 0-EMITENTE	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF 48.740.351/0082-20
ENDEREÇO RUA JUSSARA		MUNICIPIO BARUERI	UF SP	INSCRIÇÃO ESTADUAL 206233560117		

QUANTIDADE 5	ESPECIE CAIXA	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO 13,094	PESO LIQUIDO 11,094
-----------------	------------------	-------	-----------	----------------------	------------------------

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇO													
COD. PROD	DESCRIÇÃO DO PROD./SERV.	NCM/SH	CST	CFOP	UN	QUANT.	V.UNITARIO	V.TOTAL	BC.ICMS	V.ICMS	V.IPI	A.ICMS	A.IPI
EE902300	EQUIPO GIRASET EQ 0421 0000 ESTERILIZADO (CX 50UN) Lote (S): ABR21902337333008 - Val Idade: 01/04/2024	90189099	000	5101	UN	200,0000	16,96000000	3.392,00	3.392,00	610,56	0,00	18,00%	0,00%
EE900300	EQUIPO GIRASET EQ 0422 0000 ESTERILIZADO (CX 50UN) Lote (S): MAX21900316033008 - Val Idade: 01/03/2024	90189099	000	5101	UN	50,0000	17,95000000	897,50	897,50	161,55	0,00	18,00%	0,00%

14 / 06 / 21

CALCULO DO ISSQN			
INSCRIÇÃO MUNICIPAL 94911827	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	BASE DE CÁLCULO DO ISSQN	VALOR DO ISSQN

<p>DADOS ADICIONAIS</p> <p>INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES</p> <p>Protocolo: 135210408099193 PEDIDO 034375 PEDIDO REF. MES ABRIL/2021 ENTREGAR: DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585, MIRANDOPOLIS/SP ADICIONAIS DA NOTA - UTI MIRANDOPOLIS - CONVENIO 0107/2017 ALIQUOTA DO IPI REDUZIDO A 0 CONFORME DECRETO N 8950 DE 2016 MATERIAL HOSPITALAR ALIQUOTA ZERO DE PIS E COFINS DE ACORDO COM DECRETO 6426/2008 LEI 10637/2002 ARTIGO 2 PARAGRAFO 3 LEI 10833/2003 Endereço de entrega: DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585,, CENTRO, 16800000 - SP *** Pedido de Venda: 475946 *** Cotacao Numero: G01990 Valor Aproximado dos Tributos: R\$ 1376.50 (32.09%).</p>	<p>RESERVADO AO FISCO</p> <p>AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS RECEBIDO 19 / 04 / 21 ASS. <i>Izabel C. Laje</i></p> <p>Convênio nº 107/2017 Fonte de Recurso Estadual Termo Aditivo nº 00002/2020 Secretaria do Estado da Saúde UNGE: 090196 - Hospital Estadual Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis Tipo de Despesa: Custeio</p>
---	---

04/07/2021 - BANCO DO BRASIL - 17:08:16
679006790 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

03399484570130000004750092001044986510000239179

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	61.407
DATA DE VENCIMENTO	14/06/2021
DATA DO PAGAMENTO	14/06/2021
VALOR DO DOCUMENTO	2.391,79
VALOR COBRADO	2.391,79

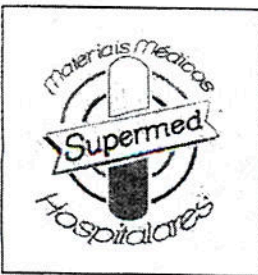
NR.AUTENTICACAO	4.586.19C.8AA.ACB.50D
-----------------	-----------------------

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.



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

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

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA 1
1-SAIDA 1

Nº 203316
SERIE 1
FOLHA 1/3



CHAVE DE ACESSO
3521 0511 2060 9900 0441 5500 1000 2033 1610 0094 5613

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

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

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO
135210480544839 03/05/2021 12:13:18

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
03/05/2021

ENDEREÇO
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03

BAIRRO/DISTRITO
JARDIM ARIANO

CEP
16400-400

DATA ENTRADA
03 MAIO 2021

MUNICÍPIO
LINS

FONE/FAX
1435325198

UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA

FATURA : DUPLICATA

001	31/05/2021	2.391,79	002	14/06/2021	2.391,79
-----	------------	----------	-----	------------	----------

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
4.783,58	784,70	0,00	0,00	4.783,58
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
				4.783,58

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

ENDEREÇO
RUA SALVADOR RODRIGUES PRADO, 200

MUNICÍPIO
SAO PAULO

UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL
149529966118

QUANTIDADE

19

ESPECIE

CAIXA

MARCA

NÚMERO

PESO BRUTO

UF

INSCRIÇÃO ESTADUAL

PESO LÍQUIDO

63,09

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
21897	AG.DESC.13 X 4,5 C/100-SR LT 4301N4 (4) 10/2025 (Fornecedor: 7737, Lote: 4301N4, Qtde: 4, Data Fab: 01/10/2020, Data Val: 31/10/2025)	90183219	400	5102	CX	4	13.0000	52,00	52,00	6,92		13,30	
13430	AG.DESC.25 X 07 C/100-SOLIDOR LT 53120051 (3) 05/2025 (Fornecedor: 1, Lote: 5312005-1, Qtde: 3, Data Fab: 01/05/2020, Data Val: 31/05/2025)	90183219	200	5102	CX	3	12.5800	37,88	37,68	5,01		13,30	
29837	CATETER IV 16G C/100-DESCARPACK LT SCTPAA-039C (1) 09/2025 (Fornecedor: 918, Lote: SCTPAA039C, Qtde: 1, Data Fab: 01/10/2020, Data Val: 30/09/2025)	90183929	200	5102	CX	1	90.0000	90,00	90,00	16,20		18,00	
21899	AG.DESC.40 X 12 C/100-SR LT 1700P4 (10) 03/2026 (Fornecedor: 7737, Lote: 1700P4, Qtde: 10, Data Fab: 01/03/2021, Data Val: 31/03/2026)	90183219	400	5102	CX	10	12.0000	120,00	120,00	15,96		13,30	
29179	FILTRO BACT.VIRAL ELETROSTATICO C/30-SCA LT 10550 (1) 03/2024 (Fornecedor: 2426, Lote: 10550, Qtde: 1, Data Fab: 01/03/202-1, Data Val: 31/03/2024)	90192010	000	5102	CX	1	321.0000	321,00	321,00	57,78		18,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

#R7V17R7V211UTI MIRANDOPOLIS - CONVENIO 0107/2017
Pedido: 201194
End. Entrega: AV.DR.RAUL DA CUNHA BUENO,585 , MIRANDOPOLIS - 16800-000,
MIRANDOPOLIS-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
Rota....: 2 Cubagem: 0,56

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 05/05/2021
ASS.

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

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

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



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

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

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA

1

Nº 203316
SERIE 1
FOLHA 2/3



CHAVE DE ACESSO

3521 0511 2060 9900 0441 5500 1000 2033 1610 0094 5613

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

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

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO

135210480544839 03/05/2021 12:13:18

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
26918	LAMINA DE BIST.N.15 CARB.C/100-BIOMASS LT SKM20190501 (1) 04/2024 (Fornecedor: 2686, Lote: SKM20190501, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/05/2019, Data Val: 30/04/2024)	90189029	200	5102	CX	1	33,0000	33,00	33,00	5,94		18,00	
24049	EQ.MAC.FL.IL.F/A+P 1,5MT C/25-VERNAO-6-TKL LT HGEMA06-200818 (2) 08/2025 (Fornecedor: 2598, Lote: HGEMA06-200818, Qtde: 2 ,Data Fab: 01/08/2020, Data Val: 31/08/2025)	90189010	200	5102	CX	2	24,5950	49,19	49,19	8,85		18,00	
29285	SONDA POLEY 2V N.16 05CC C/1-0-DESCARPACK LT SSFAAA0001 (1) 04/2025 (Fornecedor: 918, Lote: SSFAAA0001, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/05/2020, Data Val: 30/04/2025)	90183921	700	5102	PCT	1	28,0000	28,00	28,00	5,04		18,00	
22991	CATETER IV 20G 1,1X32MM C/100-TKL LT 0050-5/245 (1) 08/2025 (Fornecedor: 2598, Lote: 00505/245, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/09/2020, Data Val: 31/08/2025)	90183929	200	5102	CX	1	79,0000	79,00	79,00	14,22		18,00	
29603	MASCARA TRIPLA C/CLIPS ELAST.C/50-LUVIX LT MASC009 (3) 01/2026 (Fornecedor: 2616, Lote: MASC009, Qtde: 3 ,Data Fab: 01/01/2021, Data Val: 31/01/2026)	63079010	000	5102	CX	3	17,5000	52,50	52,50	9,45		18,00	
22852	TURBANTE DESC.ELAST.C/100-TALGE LT TTEW278 (7) 12/2025 (Fornecedor: 1695, Lote: TTEW278, Qtde: 7 ,Data Fab: 01/12/2020, Data Val: 01/12/2025)	65069900	200	5102	PCT	7	14,0000	98,00	98,00	17,64		18,00	
27486	TAMPA LUER MACHO/FEMEA C/100-BIOBASE LT 20201120 (1) 11/2025 (Fornecedor: 2414, Lote: 20201120, Qtde: 1 ,Data Fab: 20/11/2020, Data Val: 20/11/2025)	90183999	200	5102	CX	1	22,0000	22,00	22,00	3,96		18,00	
28606	CATETER P/OXIG.TIPO OCULOS C/06-BIOSANI LT 51068 (8) 01/2024 (Fornecedor: 7824, Lote: 51068, Qtde: 8 ,Data Fab: 01/01/2021, Data Val: 31/01/2024)	90183929	000	5102	PCT	8	5,9500	47,60	47,60	8,57		18,00	
26628	BISTURI DESC.N.15 ACO CARBO.PC-HEALTH-MED LT 186/20 (5) 11/2022 (Fornecedor: 7825, Lote: 186/20, Qtde: 5 ,Data Fab: 06/11/2020, Data Val: 06/11/2022)	90189029	000	5102	PC	5	1,3000	6,50	6,50	1,17		18,00	
13775	SERINGA DESC.10ML SLIP C/250-SR LT H898 (7) 11/2025 (Fornecedor: 1156, Lote: H898, Qtde: 7 ,Data Fab: 01/11/2020, Data Val: 30/11/2025)	90183119	200	5102	CX	7	88,5086	605,56	605,56	80,54		13,30	
8459	SONDA NASOGASTRICA LONGA N.16 C/1-0-MARK MED LT 16303 (1) 01/2025 (Fornecedor: 164, Lote: 16303, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/01/2021, Data Val: 30/01/2025)	90183929	000	5102	PCT	1	11,3700	11,37	11,37	2,05		18,00	
22389	SONDA END.PVC N.7,0 C/CUFF C/10-CIRUTRAQ LT 20605 (1) 06/2025 (Fornecedor: 7960, Lote: 20605, Qtde: 1 ,Data Fab: 06/06/2020, Data Val: 05/06/2025)	90183929	700	5102	CX	1	42,5200	42,52	42,52	7,65		18,00	
26882	LUVA P/PROC.N.EST.NITR.S/PO G C/10-BLUE-SAIL LT 20190060A (1) 08/2024 (Fornecedor: 7990, Lote: 20190060A, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/08/2019, Data Val: 31/08/2024)	40151900	200	5102	CX	1	925,9800	925,98	925,98	166,68		18,00	
13071	SONDA ASPIRACAO C/ VALV.N.14 C/10-EMBRAMED REF.2706G REF. 493469 LT 2000041424 (40) 11/2023 (Fornecedor: 1456, Lote: 2000041424, Qtde: 40 ,Data Fab: 01/12/2020, Data Val: 30/11/2023)	90183929	000	5102	PCT	40	10,8938	435,75	435,75	78,43		18,00	
28881	LUVA P/PROC.N.EST.NITR.S/PO M C/10-BLUE-SAIL LT 20200011A (1) 02/2025 (Fornecedor: 7990, Lote: 20200011A, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/02/2020, Data Val: 28/02/2025)	40151900	200	5102	CX	1	807,0000	807,00	807,00	145,26		18,00	



SUPERMED COM. E IMP. DE PROD. MED. E HOSPIT. LTDA
 Avenida Tower Automotiva - Galpao 26,
 300 - Laranja Azeda - ARUJA, SP,
 CEP:07430350, Fone:11-4934-1700

DANFE
 DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA
 1-SAIDA 1

Nº 203316
 SERIE 1
 FOLHA 3/3



CHAVE DE ACESSO
3521 0511 2060 9900 0441 5500 1000 2033 1610 0094 5613

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO: Venda de Merc. Adq. de Terc.
 INSCRIÇÃO ESTADUAL: 188.070.970.117
 INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTARIO:
 PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO: 135210480544839 03/05/2021 12:13:18
 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
15182	SERINGA DESC. 20ML SLIP BL C/250-SR LT H707 (4) 09/2025 \ LT H822 (1) 10/2025 (Fornecedor: 1156, Lote: H707, Qtde: 4, Data Fab: 01/09/2020, Data Val: 30/09/2025 / Fornecedor: 1156, Lote: H822, Qtde: 1, Data Fab: 01/10/2020, Data Val: 31/10/2025)	90183119	200	5102	CX	5	161,7860	808,93	808,93	107,58		13,30	
15181	SERINGA DESC. 01ML LS C/500 INSULINA-SR LT H779 (1) 10/2025 (Fornecedor: 1156, Lote: H779, Qtde: 1, Data Fab: 01/10/2020, Data Val: 31/10/2025)	90183111	200	5102	CX	1	110,0000	110,00	110,00	19,80		18,00	

04/07/2021 - BANCO DO BRASIL - 17:08:16
679006790 0002

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

=====

03399484570130000004750095401043186510000274261
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	61.408
DATA DE VENCIMENTO	14/06/2021
DATA DO PAGAMENTO	14/06/2021
VALOR DO DOCUMENTO	2.742,61
VALOR COBRADO	2.742,61

=====

NR.AUTENTICACAO 4.B3E.5DF.924.AD7.51E

=====

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.



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

Rua Projetada, s/n, Itaim - CAMBUI, MG,
CEP:37800000, Fone:11-4934-1700

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA

0-ENTRADA 1
1-SAIDA 1

Nº 513795
SERIE 1
FOLHA 1/2



CHAVE DE ACESSO

3121 0511 2060 9900 0107 5500 1000 5137 9510 0028 3224

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO
Venda a não contribuinte

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO

131214140518013 03/05/2021 11:58:01

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
03/05/2021

ENDEREÇO
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03

BAIRRO/DISTRITO
JARDIM ARIANO

CEP
16400-400

DATA ENTRADA SAÍDA
03 MAIO 2021

MUNICÍPIO
LINS

FONE/FAX
1435325198

UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA

FATURA / DUPLICATA

001	31/05/2021	2.742,62	002	14/06/2021	2.742,61
-----	------------	----------	-----	------------	----------

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
5.485,23	408,01	0,00	0,00	5.234,89
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI
250,34	0,00		0,00	0,00
				VALOR TOTAL DA NOTA
				5.485,23

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

INSCRIÇÃO ESTADUAL

5250929840006

QUANTIDADE

ESPÉCIE

MARCA

CAIXA

NUMERO

PESO BRUTO

PESO LÍQUIDO

25,18

25,18

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
23523	QUETIAPINA(C1) 25MG 30CP REV. - GEN-EMS (PORT.344/98) LT 2C4023 (7)12/22 (Fornecedor: 335, Lote: 2C4023, Qtde: 7 ,Data Fab: 02/12/2020, Data Val: 02/12/20- 22)	30049079	500	6108	CX	7	5,0014	35,01	36,68	4,40		12,00	
30046	ENOXALON 60MG S/DISP.SEG.10SER.FREENC.0, 6ML-BLAV LT 21040284 (3)02/23 (Fornecedor: 47, Lote: 21040284, Qtde: 3 ,Data Fab: 16/ 02/2021, Data Val: 16/02/2023)	30049099	500	6108	CX	3	673,7700	2.021,31	2.117,97	254,16		12,00	
13021	HEPARIN-S 5.000UI/ML 25PAM 5ML-BLAV LT 21- 010230 (5)12/22 (Fornecedor: 47, Lote: 21- 010230, Qtde: 5 ,Data Fab: 28/12/2020, Da- ta Val: 28/12/2022)	30049099	300	6108	CX	5	597,0000	2.985,00	3.127,75	125,11		4,00	
28418	NISTATINA-OX.ZINCO POM TA 60G GEN-CINED LT 2014066 (10)07/22 (Fornecedor: 1566, Lote: 2014066, Qtde: 10 ,Data Fab: 16/07/2020, Data Val: 16/07/2022)	30049099	000	6108	TB	10	4,9230	49,23	51,58	6,19		12,00	
22043	CARVEDILOL 6,25MG 30CP GEN-EMS LT 2A0338 (1)11/22 (Fornecedor: 335, Lote: 2A0338, Qtde: 1 ,Data Fab: 12/11/2020, Data Val: 12/11/2022)	30049069	500	6108	CX	1	4,4100	4,41	4,62	0,55		12,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

UTI MIRANDOPOLIS - CONVENIO 0107/2017;# R 45 B 6
ITEM 3 Aliquota para produtos importados (Resol ucao 13/2012 do Senado Federal.
Emenda Constitucional 87 de 2015:
Valor da partilha para UF de Destino: R\$ 573,76
Pedido: 480684
End. Entrega: AV.DR.RAUL DA CUNHA BUENO,585 , MIRANDOPOLIS - 16800-000.
MIRANDOPOLIS-SP - Horário : COMERCIAL
Empresa Enquadrada como Dist. Hospitalar nos termos do Inc. XVII de 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..... 6 Cubagem: 0,05

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 05/05/2021
ASS. _____

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

Convênio nº 107/2017
Fonte de Recurso Estadual
Termo Aditivo nº 00002/2020
Secretaria do Estado da Saúde
GE: 090196 - Hospital Est...
Divaldo Brandi Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custo



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

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

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA

0-ENTRADA 1
1-SAIDA

Nº 513795
SERIE 1
FOLHA 2/2



CHAVE DE ACESSO

3121 0511 2060 9900 0107 5500 1000 5137 9510 0028 3224

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO
Venda a não contribuinte

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO

131214140518013 03/05/2021 11:58:01

INSCRIÇÃO ESTADUAL
001.771.1480296

INSC ESTADUAL DO SUBST TRIBUTÁRIO
813.020.011.119

CNPJ

11.206.099/0001-07

DADOS DOS PRODUTOS/SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UND.	QUANT.	V.UNIT.	V TOTAL	BC ICMS	V. ICMS	V. IPI	AL ICMS	AL IPI
30090	ALCOOL 70% 1LT TRANS C/12 DESINF-TUPI LT A7N112204/N (2)04/23 (Fornecedor: 3107, Lote: A7N112204/N, Qtde: 2 ,Data Fab: 01/- 04/2021, Data Val: 30/04/2023)	38089429	000	6108	CX	2	69,9650	139,93	146,63	17,60		12,00	

04/07/2021 - BANCO DO BRASIL - 17:08:16
679006790 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

03399484570130000004750093801046986510000093402

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 61.409

DATA DE VENCIMENTO 14/06/2021

DATA DO PAGAMENTO 14/06/2021

VALOR DO DOCUMENTO 934,02

VALOR COBRADO 934,02
=====

NR.AUTENTICACAO 8.9B8.E65.940.CAA.00E
=====

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

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

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

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

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



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

Avenida Tower Automotiva - Galpao 26,
300 - Laranja Azeda - ARUJA, SP,
CEP:07430350, Fone:11-4834-1700

DANFE
DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA

0-ENTRADA 1
1-SAIDA 1

Nº 203317
SERIE 1
FOLHA 1/2



CHAVE DE ACESSO
3521 0511 2060 9900 0441 5500 1000 2033 1710 0061 8164

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

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

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO
135210480544845 03/05/2021 12:13:18

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
03/05/2021

ENDEREÇO
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03

BAIRRO/DISTRITO
JARDIM ARIANO

CEP
16400-400

DATA DE ENTREGA
05 MAIO 2021

MUNICÍPIO
LINS

FONE/FAX
1435325198

UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA

FATURA / DUPLICATA

001	31/05/2021	934,03	002	14/06/2021	934,02		
-----	------------	--------	-----	------------	--------	--	--

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
1.749,15	260,20	0,00	0,00	1.868,05
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
				1.868,05

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 7	ESPÉCIE CAIXA	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO 19,42	PESO LÍQUIDO 19,42

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
28907	CL.POTAS.19,1% 200AMP 10ML PL-FARMARIN LT 1738/20 (1) 08/2022 (Fornecedor: 6434, Lote: 1738/20, Qtde: 1, Data Fab: 01/08/2020, Data Val: 31/08/2022)	30049099	000	5102	CX	1	87,2800	87,28	87,28	11,61		13,30	
11558	SOL.DE GLICOSE 50% 200AMP 10ML PL-SAMTEC LT XHT (1) 01/2023 (Fornecedor: 15842, Lote: XHT, Qtde: 1, Data Fab: 01/02/2021, Data Val: 31/01/2023)	30049099	500	6102	CX	1	138,0000	138,00	138,00	18,35		13,30	
29999	CLONAZEPAM 2MG 60CP GEN-PHARLAB LT 210000-58 (2) 01/2023 (Fornecedor: 6304, Lote: 21000058, Qtde: 2, Data Fab: 01/01/2021, Data Val: 31/01/2023)	30049069	000	5102	CX	2	6,2500	12,50	12,50	1,50		12,00	
11929	CLORETO DE POTASSIO 64(IONCLOR)60MG/ML 10-OML-PRATI DONADUZZI LT 21C18A (10) 03/2023 (Fornecedor: 9706, Lote: 21C18A, Qtde: 10, Data Fab: 01/03/2021, Data Val: 31/03/2023)	30049099	500	5102	FR	10	1,9700	19,70	19,70	3,55		18,00	
8696	SULF.MAGNESIO 10% 200AMP 10ML PL-ISOFARMA LT 1010048 (1) 01/2023 (Fornecedor: 2143, Lote: 1010048, Qtde: 1, Data Fab: 06/01/2021, Data Val: 06/01/2023)	30049099	000	5102	CX	1	257,1200	257,12	257,12	46,28		18,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

#R4V4R4V2R4V11|UTI MIRANDOPOLIS - CONVENIO 0107/2017
 ITEM 8 e 9 Imposto Recolhido por Substituicao Tributaria
 ITEM 9 ICMS-ST retido por operação anterior base: 30,13 valor: 1,54
 ITEM 8 ICMS-ST retido por operação anterior base: 90,60 valor: 9,20
 Pedido: 201196
 End. Entrega: AV.DR.RAUL DA CUNHA BUEND,585, MIRANDOPOLIS - 16800-000,
 MIRANDOPOLIS-SP - Horário : COMERCIAL
 Empresa credenciada no Regime Especial de Distribuidor Hospitalar 936035/2018 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.....: 2 Cubagem: 0,04

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 05/05/2021
ASS. _____

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

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



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

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

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA



0-ENTRADA 1
1-SAIDA 1

CHAVE DE ACESSO

3521 0511 2060 9900 0441 5500 1000 2033 1710 0061 8164

Nº 203317
SERIE 1
FOLHA 2/2

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

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

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO
135210480544845 03/05/2021 12:13:18

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
29389	BECA 1MG/ML EST C/ 5 AMP 5ML-HALEX LT 000-0145230 (4) 12/2022 (Fornecedor: 1, Lote: 0000145230, Qtde: 4, Data Fab: 07/12/2020, Data Val: 07/12/2022)	30049039	000	5102	CX	4	128.1650	512,68	512,68	92,28		18,00	
24966	CEFTRIAXONA 1G IV 100FAM GEN-BLAU LT 2101-1198 (1) 01/2023 (Fornecedor: 47, Lote: 21011198, Qtde: 1, Data Fab: 01/01/2021, Data Val: 31/01/2023)	30042059	500	5102	CX	1	721,8900	721,89	721,89	86,63		12,00	
29014	INDAREX ENXAG BUCAL 0,12% 250ML-INDALAB LT 156.12/2020 (10) 12/2022 (Fornecedor: 198-6, Lote: 156.12/2020, Qtde: 10, Data Fab: 22/12/2020, Data Val: 29/12/2022)	33069000	060	5405	UND	10	8,6390	86,39					
27773	CHLORCLEAR TOPICA AQUOSA 100ML C/2-4-VICP LT C9357 (1) 01/2023 (Fornecedor: 7744, Lote: C9357, Qtde: 1, Data Fab: 01/01/2021, Data Val: 31/01/2023)	34029019	060	5405	CX	1	32,5100	32,51					

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

04/07/2021 - BANCO DO BRASIL - 17:08:17
679006790 0002

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BCO BRADESCO S.A.

23793398039115200002100002935708586510000815850

BENEFICIARIO:

SUPERMED COMERCIO E IMPORTACAO DE P

NOME FANTASIA:

SUPERMED COMERCIO E IMPORTACAO DE P

CNPJ: 11.206.099/0001-07

BENEFICIARIO FINAL:

SUPERMED COMERCIO E IMPORTACAO DE P

CNPJ: 11.206.099/0001-07

PAGADOR:

ASSOC. HOSP. BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	61.410
DATA DE VENCIMENTO	14/06/2021
DATA DO PAGAMENTO	14/06/2021
VALOR DO DOCUMENTO	8.158,50
VALOR COBRADO	8.158,50

=====

NR.AUTENTICACAO A.2E8.227.ED3.503.COC

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.



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

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

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA



0-ENTRADA 1
1-SAIDA 1

Nº 215659
SERIE 1
FOLHA 1/1

CHAVE DE ACESSO
3521 0511 2060 9900 0441 5500 1000 2156 5910 0122 9268

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

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

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO
135210602770267 31/05/2021 17:59:50

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
31/05/2021

ENDEREÇO
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03

BAIRRO/DISTRITO
JARDIM ARIANO

CEP
16400-400

HORA DA SAÍDA
31 MAIO 2021

MUNICÍPIO
LINS

FONE/FAX
1435325198

UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA

FATURA / DUPLICATA

001 14/05/2021 8.158,50

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
8.158,50	979,02	0,00	0,00	7.770,00
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IM
388,50	0,00		0,00	0,00
				VALOR TOTAL DA NOTA
				8.158,50

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL ATIVA DISTRIBUICAO E LOGISTICA LTDA	FRETE POR CONTA 0 - DO EMITENTE	CODIGO ANTT	PLACA DO VEICULO	UF	CNPJ/CPF 01125797000701
ENDEREÇO RUA SALVADOR RODRIGUES PRADO, 200	MUNICÍPIO SAO PAULO	UF SP	INSCRIÇÃO ESTADUAL 149529966118	QUANTIDADE 1	ESPECIE CAIXA
MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO 5,25	PESO LÍQUIDO 5,25		

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
13324	MIDAZOLAM(B1) 5MG/ML 100AMP 10ML GEN-HIPO-LABOR (PORT.344/98) LT AP-091/21 (3) 04/2-023 (Fornecedor: 1898, Lote: AP-091/21, Qtde: 3 ,Data Fab: 01/05/2021, Data Val: 30/04/2023)	30049099	500	6102	CX	3	2.590,0000	7.770,00	8.158,50	979,02		12,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

#RVI:UTI MIRANDOPOLIS - CONVENTO0107/2017
Pedido: 214994
End. Entrega: AV.DR.RAUL DA CUNHA BUENO,585 , 585 - MIRANDOPOLIS - 16800-000,
MIRANDOPOLIS-SP - Horário : COMERCIAL
Empresa credenciada no Regime Especial de Distribuidor Hospitalar 036035/2018 nos
termos da Portaria CAT 116/2017
Deposito no Bradesco - Ag:3398 Conta:29357-1 (Cod.Ident.: 45349461000102)
Setor de Cobrança: (11)4934-1669 / 4934-1673 / 4934-1671
QUALQUER INCONFORMIDADE NA ENTREGA, ENTRE IMEDIATAMENTE EM CONTATO COM NOSSO
FÓF-VENDAS NO NÚMERO (11) 4934-1703
Nota.....: 2 Cubagem: 0,01

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 01/06/21
ASS.

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

14/06/21

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

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
04/07/2021 - AUTOATENDIMENTO - 17.08.17
6790306790 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL

AGENCIA: 6790-3 CONTA: 211-9

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA

REMETENTE : ASSOCIACAO H B DO BRASIL

BANCO: 077 - BANCO INTER

AGENCIA: 0001-9 - MATRIZ

CONTA: 5.493.384-6

FAVORECIDO: KATAOKA SERVICOS DE FISIOTERAPIA LT

CPF/CNPJ: 33.433.450/0001-27

VALOR: R\$ 28.000,00

DEBITO EM: 15/06/2021

DOCUMENTO: 061501

AUTENTICACAO SISBB: 8.A10.F7A.F22.453.9DA

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



Prefeitura do Município de Jahu

Prefeitura do Município de Jahu

Nota Fiscal Eletrônica de Serviços - NF-e

Número da Nota/Série
67/NFE

Data e Hora de Emissão
09/06/2021 13:26:51

Código de Verificação
DE8402B76AEDF5BBD433

Página 1 / 1

PRESTADOR ENQUADRADO NO REGIME DE ISS FIXO

CNPJ : 33.433.450/0001-27 IE: IM: 56692
Razão Social: KATAOKA E PEREZ SERVICOS DE FISIOTERAPIA LTDA ME
Endereço : Rua Eletricista Manuel Martins - Num: 97
Bairro : Jardim Novo Horizonte - CEP: 17.209-830
Município : JAU - SP Celular: (14)99791-2301
E-mail : fiscal@jrmartins.com.br

Dados da Nota

TOMADOR



CNPJ : 45.349.461/0001-02 IE: IM:
Razão Social: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
Endereço : AVENIDA JOSE ARIANO RODRIGUES - Num: 303 - SALA 03
Bairro : JARDIM ARIANO - CEP: 16.400-400
Município : LINS - SP
E-mail : contabilidade2@ahbb.org.br

Local de Prestação de Serviço

Endereço : AVENIDA DOUTOR RAUL DA CUNHA BUENO - Num: 585. Bairro: CENTRO - CEP: 16.800-000
Município : MIRANDOPOLIS - SP

Discriminação do Serviço

SERVIÇOS DE FISIOTERAPIA PRESTADOS NO MÊS DE MAIO/2021.

Dedução / Outras Informações

VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 28.000,00

Código do Serviço: 04.08 - TERAPIA OCUPACIONAL, FISIOTERAPIA E FONOAUDIOLOGIA

Deduções (R\$)	Base de Cálculo (R\$)	Alíquota (%)	Valor do ISS (R\$)	ISS Retido na Fonte (R\$)
0,00	28.000,00	0,00	0,00	0,00

Total Tributos: 0,00. Percentual: 0,00%

Outras Informações

- Contribuinte sujeito à tributação fixa do ISS
- Valor aproximado de Tributos: Federal:4.365,20 (15,59%)

Recebi(emos) de KATAOKA E PEREZ SERVICOS DE FISIOTERAPIA LTDA ME os serviços constantes na Nota Fiscal Eletrônica ao lado.

Dados que identificam a nota

Número da Nota
67/NFE

Emissão
09/06/2021 13:26:51

Código de verificação
DE8402B76AEDF5BBD433



Data

Identificação do Recebedor

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

15/06
211

04/07/2021 - BANCO DO BRASIL - 17:08:17
679006790 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

0339915456795000000916191801014786520000009000

BENEFICIARIO:

RELOGIOS DE PONTO BAURU LTDA

NOME FANTASIA:

RELOGIOS DE PONTO BAURU LTDA

CNPJ: 44.705.580/0001-98

BENEFICIARIO FINAL:

RELOGIOS DE PONTO BAURU LTDA

CNPJ: 44.705.580/0001-98

PAGADOR:

ASSOC HOSP BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	61.502
DATA DE VENCIMENTO	15/06/2021
DATA DO PAGAMENTO	15/06/2021
VALOR DO DOCUMENTO	90,00
VALOR COBRADO	90,00

NR.AUTENTICACAO	F.63B.FEF.7B1.F47.486
-----------------	-----------------------

=====

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: 000000004579-1		Data de Emissão: 26/05/2021		
PRESTADOR DE SERVIÇOS				
Nome/Razão Social: RELOGIO DE PONTO BAURU LTDA				
CPF/CNPJ: 44.705.580/0001-98		Inscrição Municipal: 1027		Tipo: ME
CEP: 17015-021	Endereço: RUA CUSSY JUNIOR, 07-7			Cidade: BAURU/SP
Fone: (14) 3879-2953	E-Mail: rpb.vendas@uol.com.br			
Documento Emitido por Optante do Simples Nacional, de acordo com a L.C. 123/2006.				
TOMADOR DE SERVIÇOS				
Nome/Razão Social: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL				
CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02		CEP: 01640-040	Cidade: LINS/SP	
Endereço: AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303				
E-Mail: clsato@ahbb.org.br				
DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS				
01 - SERVIÇO DE LOCAÇÃO DE SISTEMA DE TRATAMENTO DE PONTO RHID (REFERENTE: 05/2021) ASSOCIAÇÃO HOSP. BENEFICENTE DO BRASIL (AHBB) - MIRANDÓPOLIS				
Atividade: CONCERTO, MANUTENCAO, CONSERVACAO E REPARACAO DE MAQUINAS E EQUIPAMENTOS				
Código do Serviço: 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				
Local da Prestação: FORA DO MUNICÍPIO			Situação de Tributação: Tributada no Prestador	
I.N.S.S. (R\$) 0,00	I.R. (R\$) 0,00	PIS (R\$) 0,00	COFINS (R\$) 0,00	C.S.L.L. (R\$) 0,00
Os valores acima referem-se as retenções de tributos administrados pela União, sendo de responsabilidade do Prestador e não implicam na alteração da base de cálculo deduzindo apenas do total líquido				Valor Aprox. Tributos 0,00
Deduções de Materiais 0,00	Base de Cálculo (R\$) 90,00	Alíquota (%) 3,52	Valor do ISS (R\$) 3,17	Valor Total da Nota (R\$) 90,00
Consulte a autenticidade desta Nota Fiscal através do site oficial da Prefeitura Municipal de Bauru.			Valor líquido da nota (R\$) 90,00	

Chave de autenticação: 0846335358E7CEDBBAAC55E05D0ED384

Convênio nº 107/2017
Fonte de Recurso Estadual
Termo Aditivo nº 0002/2020
Secretaria do Estado da Saúde
UNGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

15 / 06 / 21

04/07/2021 - BANCO DO BRASIL - 17:08:17
679006790 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

03399484570130000004755435301043586520000134641

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 61.503

DATA DE VENCIMENTO 15/06/2021

DATA DO PAGAMENTO 15/06/2021

VALOR DO DOCUMENTO 1.346,41

VALOR COBRADO 1.346,41
=====

NR.AUTENTICACAO E.39D.BE5.765.BE3.0BF
=====

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.



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

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

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA



0-ENTRADA 1
1-SAIDA

Nº 516915
SERIE 1
FOLHA 1/1

CHAVE DE ACESSO

3121 0511 2060 9900 0107 5500 1000 5169 1510 0015 6595

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO
Venda a nao contribuinte

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO

131214163487833 18/05/2021 14:30:08

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

18/05/2021

ENDEREÇO
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03

BAIRRO/DISTRITO
JARDIM ARIANO

CEP
16400-400

DATA ENTRADA/SAÍDA

MUNICÍPIO
LINS

FONE/FAX
1435325198

UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DE SAÍDA
18 MAIO 2021

FATURA / DUPLICATA

001 15/06/2021 1.346,41

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
1.346,41	161,57	0,00	0,00	1.346,41
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
				1.346,41

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	ESPECIE CAIXA
QUANTIDADE	ESPECIE	MARCA	NUMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
1	CAIXA			0,30	0,30

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UND.	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V. ICMS	V. IPI	AL ICMS	AL IPI
14586	ENOXALOW 60MG 10SER.PREENC.0,6ML-BLAU LT 21040600 (2) 04/2023 (Fornecedor: 47, Lote: 21040600, Qtde: 2 ,Data Fab: 01/04/- 2021, Data Val: 30/04/2023)	30049099	000	6108	CX	2	673,2050	1.346,41	1.346,41	161,57		12,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

#B4V1|
Emenda Constitucional 87 de 2015:
Valor da partilha para UF de Destino: R\$ 80,78
Pedido: 484665
End. Entrega: AV.DR.RAUL DA CUNHA BUENO,585 , 585 - MIRANDÓPOLIS - 16800-000.
MIRANDÓPOLIS-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....: 6 Cubagem: 0,00

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 20/05/21
ASS. _____

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

Convênio nº 167/2017
Fonte de Recurso Estadual
Teto Aditivo nº 00002/2020
Secretaria do Estado da Saúde
R. 090196 - Hospital Estadual
Av. João Brandi Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

15/06/21

04/07/2021 - BANCO DO BRASIL - 17:08:17
679006790 0002

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO DO BRASIL

00190000090171153600100908592173786540000261290

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	61.504
NOSSO NUMERO	17115360000908592
CONVENIO	01711536
DATA DE VENCIMENTO	17/06/2021
DATA DO PAGAMENTO	15/06/2021
VALOR DO DOCUMENTO	2.612,90
VALOR COBRADO	2.612,90

=====

NR.AUTENTICACAO F.098.4D9.701.772.45D

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 cliente



COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA
 PC EMILIO MARCONATO 1000 - NUCLEO RESIDENCIAL DOUTOR JOAO ALDO NASSIF -
 JAGUARIUNA - SP
 CEP: 13916-074 - 193-22580

DOCUMENTO AUXILIAR DA
 NOTA FISCAL ELETRONICA

0 - ENTRADA
 1 - SAÍDA
 Nº. 1425771 FL 1 / 1
 SÉRIE 1



CHAVE DE ACESSO
 3521 0467 7291 7800 0491 5500 1001 4257 7110 5905 7980

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
 135210438295206 22/04/2021 22:04:28

NATUREZA DA OPERAÇÃO
VENDA DENTRO ESTADO

INSCRIÇÃO ESTADUAL
 395060142110

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
 22/04/2021

ENDEREÇO
 AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303

BAIRRO / DISTRITO
 JARDIM ARIANO

CEP
 16400-400

DATA DA ENTRADA/SAÍDA
 22/04/2021

MUNICÍPIO
 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
1425771/1	20/05/2021	2.612,90	1425771/2	17/06/2021	2.612,90			

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS 5.225,80	VALOR DO ICMS 647,53	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST 0,00	VALOR DO ICMS SUBSTITUTO 0,00	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 5.225,80
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 5.225,80

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 48,00	ESPECIE VOLUME(S)
MARCA	NUMERO 1,59519	PESO BRUTO 586,589	PESO LIQUIDO 586,589		

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / SH	CST	CFOP	UN	QUANT	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	B.CALC ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTAS ICMS	ALÍQUOTAS IPI
031667	SORO GLICOSADO 5% 100ML S.FECHADO (EQUIPLEX) L: 2 111726 Q: 350,0000 F: 30/03/21 V: 30/03/2023	30049099	000	5102	FR	350,00	2,2321	781,24	781,24	93,75	0,00	12,00	0,00
013878	SORO GLICOSADO 5% 1000ML S.FECHADO (EQUIPLEX) L: 2017072 Q: 60,0000 F: 30/12/20 V: 30/12/2022	30049099	000	5102	FR	60,00	5,676	340,56	340,56	61,30	0,00	18,00	0,00
027083	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 250ML S.FECHADO (EQUIPLEX) L: 2111525 Q: 920,0000 F: 30/03/21 V: 30/03/2023 L: 2111552 Q: 600,0000 F: 30/03/21 V: 30/03/2023	30049099	000	5102	FR	1.520,00	2,70	4.104,00	4.104,00	492,48	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: 46374500001247-AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Município: MIRANDOPOLIS CEP: 16800000 UF: SP País: BRASIL. UNID.NEGOC.: 002 PREZADO CLIENTE, FAVOR CONFERIR NO ATO DA ENTREGA - NAO ACEITAREMOS RECLAMACOES APOS 48hs DO RECEBIMENTO. DATA ENTREGA: 23/04/2021 Pedido: 1904656 Autorizacao de Compra(Pedido Cliente): 1904656 *** 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: 1.22175-2 ** ASS: 1302/16 Validade: 23/04/2021 MODAL: RODOVIARIO / TIPO ENTREGA: EXPRESSA Aliquota ICMS 12% cf. art.54, Inc.XVII, RICMS/SP Dec.45490/00. LOCAL DE ENTREGA: Endereço: AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Município: MIRANDOPOLIS CEP: 16800000 UF: SP País: BRASIL(Código Interno Emitente: 4768 Nome Fantasia: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL) LOCAL DE ENTREGA: AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Município: MIRANDOPOLIS UF: SP País: BRASIL

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 23/4/2021
 ASS. *Isabel C. de Souza*

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

04/07/2021 - BANCO DO BRASIL - 17:08:17
679006790 0005

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO DO BRASIL

00190000090171153600100917597171586550000099157
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	61.505
NOSSO NUMERO	17115360000917597
CONVENIO	01711536
DATA DE VENCIMENTO	18/06/2021
DATA DO PAGAMENTO	15/06/2021
VALOR DO DOCUMENTO	991,57
VALOR COBRADO	991,57

NR.AUTENTICACAO	3.8D4.E5F.4B7.6D2.040
-----------------	-----------------------

=====

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.

Rioclarensense

COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA
PC EMILIO MARCONATO 1000 - NUCLEO RESIDENCIAL DOUTOR JOAO ALDO NASSIF -
JAGUARUNA - SP
CNPJ 13916-074 - 193525800

DOCUMENTO AUXILIAR DA
NOTA FISCAL ELETRONICA

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA
Nº. 1438032 FL 1/1
SÉRIE 1



CHAVE DE ACESSO
3521 0567 7291 7800 0491 5500 1001 4380 3215 7754 0402

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
135210564379445 21/05/2021 19:33:30

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

21/05/2021

ENDEREÇO

AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303

BAIRRO / DISTRITO

JARDIM ARIANO

CEP

16400-400

DATA DA ENTRADA/SAÍDA

21/05/2021

MUNICÍPIO

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
1438032/1	11/06/2021	991,57	1438032/2	18/06/2021	991,57	1438032/3	25/06/2021	991,86

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS		VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST		VALOR DO ICMS SUBSTITUTO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS	
2.975,00	535,50	0,00	0,00	0,00	2.975,00		
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	VALOR DO DESCONTO	OUTRAS DESPESAS	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA		
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2.975,00		

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEICULO	UF	CNPJ
NIKKEY RIO PRETO LOG. E TRANSP.	0 - Por conta do emitente				15.066.184/0001-60
ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL		
R MARIA CERON VOLPE 2260	SAO JOSE DO RIO PRETO	SP	647598751114		
QUANTIDADE	ESPECIE	MARCA	NUMERO	PESO BRUTO	PESO LIQUIDO
1,00	VOLUME(S)		0,00002	3,119	3,119

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / SH	CST	CFOP	UN	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	B.CALC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTAS ICMS	ALÍQUOTAS IPI
010358	NOREPINEFRINA 8MG, HEMITARTARATO (HYPOFARMA) L: 21030622 Q: 350,0000 F: 01/04/21 V: 30/03/2023	30039099	000	5102	AP	350,00	8,50	2.975,00	2.975,00	535,50	0,00	18,00	0,00

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

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
LOCAL DE ENTREGA: 4637450001247-AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Município: MIRANDÓPOLIS CEP: 16800000 UF: SP País: BRASIL. UNID.NEGOC.: 002 PREZADO CLIENTE. FAVOR CONFERIR NO ATO DA ENTREGA - NAO ACEITAREMOS RECLAMACOES APOS 48hs DO RECEBIMENTO. DATA ENTREGA: 24/05/2021
Pedido: 1932066 Autorização de Compra(Pedido Cliente): 1932066 *** O pagamento devera ser realizado atr: es 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, Senhor de Cobrança Privado. AFE: 1.04397-7 ** AE: 1.22375-2 ** ASS: 1302/16 Validade: 23/04/2021 MODAL. RODOVIARIO / TIPO ENTREGA: EXPRESSA LOCAL DE ENTREGA: Endereço: AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Município: MIRANDÓPOLIS CEP: 16800000 UF: SP País: BRASIL.(Código Interno Emitente: 4768 Nome Fantasia: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL) LOCAL DE ENTREGA: AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Município: MIRANDÓPOLIS UF: SP País: BRASIL.

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 24/05/21
ASS: _____

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

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
04/07/2021 - AUTOATENDIMENTO - 17.08.17
6790306790 SEGUNDA VIA 0004

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL

AGENCIA: 6790-3 CONTA: 211-9

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA

REMETENTE : ASSOCIACAO H B DO BRASIL

BANCO: 237 - BCO BRADESCO S.A.

AGENCIA: 0110-4 - ARACATUBA-CTO

CONTA: 72.528-5

FAVORECIDO: LABORATORIO SAO PAULO ANALISES CLIN

CPF/CNPJ: 51.100.840/0001-67

VALOR: R\$ 7.195,65

DEBITO EM: 15/06/2021

=====

DOCUMENTO: 061506

AUTENTICACAO SISBB: 2.9EB.A75.FCF.EDC.0C1



PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAÇATUBA
Secretaria Municipal da Fazenda
Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e

Número da Nota 62121
Data de Emissão 25/05/2021
Data e Hora da Competência 25/05/2021 às 17:42:02
Código de Verificação 0000-0007-0628

PRESTADOR DE SERVIÇOS



CNPJ 51.100.840/0001-67 Cód. Mobiliário 1069 Insc. Mun. 1069
 Nome LABORATORIO SAO PAULO ANALISES CLINICAS LTDA
 Logradouro RUA-TIRADENTES Número 1086
 Bairro VILA MENDONÇA CEP 16015-020
 Município ARAÇATUBA UF SP

Autenticação



Situação Não Optante do Simples Nacional
 Telefones (18)3623-2649 ; (18)3117-7010
 E-Mail's nfe@laboratoriosopaulo.com.br ; fernando@escritorionacional.com.br ; legalizacao@escritorionacional.com.br

TOMADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ 45.349.461/0001-02 RG/IE ISENT0
 Inscrição Mun. Cód. Mobiliário 0
 Nome ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
 E-mail acpinotti@gmail.com; Telefone
 Inf. Comp.
 Logradouro RUA-AVENIDA JOSE ARIANO RODRIGUES Número 303
 Bairro JARDIM ARIANO CEP 16400-400
 Município LINS UF SP
 Complemento N.A. País BRASIL

INFORMAÇÕES DA IMPORTAÇÃO

Data e Hora 25/05/2021 às 17:40:36 Lote 70628
 Número do RPS 0000-0007-0628 Sequência 70628

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Serviço	Descrição	Vlr. Unitário	Qtde	Desconto	Aliq. Tributo (IBPT)	Total
2337	PRESTACAO DE SERVICOS DE MEDICINA E DIAGNOSE REFERENCIA 05/2021	7.667,1900	1,00	0,00	0,00	7.667,19

Valor Total dos Serviços - R\$7.667,19

INFORMAÇÕES REFERENTES A DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

PRESTACAO DE SERVICOS DE MEDICINA E DIAGNOSE Referencia 05/2021

TRIBUTOS

PIS (RS) 49,84	COFINS (RS) 230,02	INSS (RS)	IR (RS) 115,01	CSLL (RS) 76,67	Outras Retenções (RS)	Outros Tributos (RS)
CIDE (RS)	IOF (RS)	IPI (RS)	ICMS (RS)			

VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 7.667,19

Atividade 8640202-LABORATÓRIOS CLÍNICOS				
Operação Sem Lançamentos de Materiais/Equipamentos	Dedução de Materiais/Equipamentos 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) 7.667,19	Vlr. Total das Deduções (RS) 0,00	Vlr. Total Retido (RS) 471,54	Vlr. do ISS (RS) 230,02
VALOR LÍQUIDO DA NOTA = R\$ 7.195,65				

OUTRAS INFORMAÇÕES (RESERVADO AO FISCO)

- O crédito gerado estará disponível somente após o recolhimento do ISS desta NF-e.

Recebi(emos) do Prestador: LABORATORIO SAO PAULO ANALISES CLINICAS LTDA CNPJ: 51.100.840/0001-67

Os serviços constantes da Nota Fiscal de Serviços Eletrônica n.º 62121 emitida em 25/05/2021 às 17:42:02 - Cód Verif 0000-0007-0628
 Condições de Pagamento: Vencimento: 25/05/2021 Valor Total R\$ 7.667,19 Valor Líquido R\$ 7.195,65

Ass: _____ em _____/_____/_____
 Assinatura do Destinatário/Tomador do(s) Serviço(s) Data da Assinatura

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

15/06/21



Pagamentos a terceiros - Consulta remessas -3o nível

G3340413562039571
04/07/2021 17:54:48

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

Data 16/06/2021 Valor R\$ 2.241,24 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 344, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

(Dois mil e duzentos e quarenta e um reais e vinte e quatro centavos)

* Este aviso de lançamento não é válido como comprovante da operação e demonstra apenas que houve um lançamento em conta corrente.

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

Documento emitido por:ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSOem04/07/202117:54:48

Mirandopolis

AVISO E RECIBO DE FÉRIAS

AVISO PRÉVIO DE FÉRIAS			
NOTIFICAÇÃO			
Nome do empregado EDILAINE MUNHOZ MAQUEA		Número Carteira Profissional 33522	Série 00115
PERÍODOS			
De Aquisição 04/10/2019 A 03/10/2020	De Gozo das Férias 02/06/2021 A 01/07/2021 = 30 Dias	De Abono	
BASE PARA CÁLCULO	PROVENTOS E DESCONTOS		
Faltas não justificadas: 00	Férias: 1.863,04 P		
Salário Base: 1.397,71	1/3 das Férias: 621,01 P		
Média Horas: 245,33	Abono de Férias: 0,00		
Média Valores: 0,00	1/3 do Abono de Férias: 0,00		
Outras Vantagens: 220,00	Adicional do Dobro das Férias: 0,00		
TOTAL BASE CALCULO: 1.863,04	1/3 do Dobro das Férias: 0,00		
	Salário Família: 0,00		
	1ª Parcela 13º Salário: 0,00		
	Desconto da Previdência: 215,47 D		
	Desconto do imposto de Renda: 27,34 D		
	TOTAL DOS PROVENTOS: 2.484,05 P		
	TOTAL DOS DESCONTOS: 242,81 D		
	TOTAL LIQUIDO: 2.241,24 P		
<p>Pelo presente comunicamos-lhe que, de acordo com a Lei, ser-lhe-ão concedidas férias relativas ao período acima descrito e a sua disposição fica a importância líquida de R\$ 2.241,24 (dois mil duzentos e quarenta e um reais e vinte e quatro centavos) a ser paga adiantadamente.</p>			
CIENTE,			Data: 03/05/2021
EDILAINE MUNHOZ MAQUEA		ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL	

RECIBO DE FÉRIAS
<p>Recebi da firma ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL, estabelecida a Avenida PAULO DE BARROS, 326 em MIRANDOPOLIS a importância de R\$ 2.241,24 (dois mil duzentos e quarenta e um reais e vinte e quatro centavos) que me é paga adiantadamente por motivo das minhas férias regulares, ora concedidas e que vou gozar de acordo com a descrição acima, tudo conforme o aviso que recebi em tempo, ao qual dei meu ciente. Para clareza e documento firmo o presente recibo dando plena e geral quitação.</p>
<p>Data: 31/05/2021 MIRANDOPOLIS</p> <p style="text-align: right;">EDILAINE MUNHOZ MAQUEA</p>

Mariana Roxini Farias
CPF: 413.086.318-55

ufonenti
382.523.438-05



Aviso de lançamento

G3340413562039571
04/07/2021 17:54:48

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

Data 16/06/2021 Valor R\$ 1.979,33 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 344, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

(Um mil e novecentos e setenta e nove reais e trinta e três centavos)

* Este aviso de lançamento não é válido como comprovante da operação e demonstra apenas que houve um lançamento em conta corrente.

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

Documento emitido por:ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSOem04/07/202117:54:48

AVISO E RECIBO DE FÉRIAS

AVISO PRÉVIO DE FÉRIAS			
NOTIFICAÇÃO			
Nome do empregado MAIRA TEIXEIRA DE CASTRO		Número Carteira Profissional 019982	Série 00370
PERÍODOS			
De Aquisição 04/10/2019 A 03/10/2020	De Gozo das Férias 01/06/2021 A 30/06/2021 = 30 Dias		De Abono
BASE PARA CÁLCULO	PROVENTOS E DESCONTOS		
Faltas não justificadas: 00	Férias:	1.617,71	P
Salário Base: 1.397,71	1/3 das Férias:	539,24	P
Média Horas: 0,00	Abono de Férias:	0,00	
Média Valores: 0,00	1/3 do Abono de Férias:	0,00	
Outras Vantagens: 220,00	Adicional do Dobro das Férias:	0,00	
TOTAL BASE CALCULO: 1.617,71	1/3 do Dobro das Férias:	0,00	
	Salário Família:	0,00	
	1ª Parcela 13º Salário:	0,00	
	Desconto da Previdência:	177,62	D
	Desconto do Imposto de Renda:	0,00	
	TOTAL DOS PROVENTOS:	2.156,95	P
	TOTAL DOS DESCONTOS:	177,62	D
	TOTAL LIQUIDO:	1.979,33	P
<p>Pelo presente comunicamos-lhe que, de acordo com a Lei, ser-lhe-ão concedidas férias relativas ao período acima descrito e a sua disposição fica a importância líquida de R\$ 1.979,33 (um mil novecentos e setenta e nove reais e trinta e três centavos) a ser paga adiantadamente.</p>			
CIENTE,		Data: 30/04/2021	
_____ MAIRA TEIXEIRA DE CASTRO		_____ ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL	

RECIBO DE FÉRIAS	
<p>Recebi da firma ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL, estabelecida a Avenida PAULO DE BARROS, 326 em MIRANDOPOLIS a importância de R\$ 1.979,33 (um mil novecentos e setenta e nove reais e trinta e três centavos) que me é paga adiantadamente por motivo das minhas férias regulares, ora concedidas e que vou gozar de acordo com a descrição acima, tudo conforme o aviso que recebi em tempo, ao qual del meu ciente. Para clareza e documento firmo o presente recibo dando plena e geral quitação.</p>	
Data: 28/05/2021 MIRANDOPOLIS	_____ MAIRA TEIXEIRA DE CASTRO

Mariana Rosini Savias
 CPF: 413.086.318-55

ufosenti
 382.523.438-05

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

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
04/07/2021 - AUTOATENDIMENTO - 17.08.17
6790306790 SEGUNDA VIA 0004

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL

AGENCIA: 6790-3 CONTA: 211-9

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA

REMETENTE : ASSOCIACAO H B DO BRASIL

BANCO: 237 - BCO BRADESCO S.A.

AGENCIA: 0167-8 - LAVINIA

CONTA: 500.696-1

FAVORECIDO: ELIANA CRISTINA RODRIGUES

CPF/CNPJ: 294.873.608-08

VALOR: R\$ 1.983,73

DEBITO EM: 17/06/2021

=====

DOCUMENTO: 061701

AUTENTICACAO SISBB: 9.D11.BFB.20C.EC4.EC3

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

AVISO E RECIBO DE FÉRIAS

AVISO PRÉVIO DE FÉRIAS			
NOTIFICAÇÃO			
Nome do empregado ELIANA CRISTINA RODRIGUES		Número Carteira Profissional 054694	Série 0154
PERÍODOS			
De Aquisição 19/02/2020 A 18/02/2021	De Gozo das Férias 02/06/2021 A 01/07/2021 = 30 Dias		De Abono
BASE PARA CÁLCULO		PROVENTOS E DESCONTOS	
Faltas não justificadas:	00	Férias:	1.621,34 P
Salário Base:	1.397,95	1/3 das Férias:	540,45 P
Média Horas:	3,39	Abono de Férias:	0,00
Média Valores:	0,00	1/3 do Abono de Férias:	0,00
Outras Vantagens:	220,00	Adicional do Dobro das Férias:	0,00
TOTAL BASE CALCULO:	1.621,34	1/3 do Dobro das Férias:	0,00
		Salário Família:	0,00
		1ª Parcela 13º Salário:	0,00
		Desconto da Previdência:	178,06 D
		Desconto do Imposto de Renda:	0,00
		TOTAL DOS PROVENTOS:	2.161,79 P
		TOTAL DOS DESCONTOS:	178,06 D
		TOTAL LIQUIDO:	1.983,73 P
<p>Pelo presente comunicamos-lhe que, de acordo com a Lei, ser-lhe-ão concedidas férias relativas ao período acima descrito e a sua disposição fica a importância líquida de R\$ 1.983,73 (um mil novecentos e oitenta e três reais e setenta e três centavos) a ser paga adiantadamente.</p>			
CIENTE,		Data: 03/05/2021	
_____ ELIANA CRISTINA RODRIGUES		_____ ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL	

RECIBO DE FÉRIAS	
<p>Recebi da firma ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL, estabelecida a Avenida PAULO DE BARROS , 326 em MIRANDOPOLIS a importância de R\$ 1.983,73 (um mil novecentos e oitenta e três reais e setenta e três centavos) que me é paga adiantadamente por motivo das minhas férias regulares, ora concedidas e que vou gozar de acordo com a descrição acima, tudo conforme o aviso que recebi em tempo, ao qual dei meu ciente. Para clareza e documento firmo o presente recibo dando plena e geral quitação.</p>	
Data: 31/05/2021 MIRANDOPOLIS	_____ ELIANA CRISTINA RODRIGUES

Mariana Perini Larias
 CPF: 413.086.318-55

ufosenti°
 382.523.438-05

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

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
04/07/2021 - AUTOATENDIMENTO - 17.08.17
6790306790 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE DARF/DARF SIMPLES

CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL

AGENCIA: 6790-3 CONTA: 211-9

=====

AGENTE ARRECADADOR		
CNC 001 - 6790 - AGENCIA	BILAC	SP
CODIGO DE BARRAS	-----	-----

DATA DO PAGAMENTO	17/06/2021
PERIODO DE APURACAO	31/05/2021
NUMERO DO CPNJ	45.349.461/0001-02
CODIGO DA RECEITA	5952
NUMERO DE REFERENCIA	-----
DATA DO VENCIMENTO	18/06/2021
RECEITA BRUTA ACUMULADA	-----
PERCENTUAL	-----
VALOR DO PRINCIPAL	4.657,17
VALOR DA MULTA	-----
VALOR DOS JUROS	-----
VALOR TOTAL	4.657,17

=====

AUTENTICACAO SISBB: 3.7FB.614.0DF.62A.3D3
Modelo Aprovado pela SRF - ADE
Conjunto Corat/Cotec n. 001, DE 2006

=====

DOCUMENTO: 061702

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

Mirandópolis

1a. via

 MINISTÉRIO DA FAZENDA SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL Documento de Arrecadação de Receitas Federais DARF	02 PERÍODO DE APURAÇÃO →	31/05/2021
	03 NÚMERO DO CPF OU CNPJ →	45.349.461/0001-02
	04 CÓDIGO DA RECEITA →	5952
	05 NÚMERO DE REFERÊNCIA →	
	06 DATA DE VENCIMENTO →	18/06/2021
01 NOME / RAZÃO SOCIAL ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL	07 VALOR DO PRINCIPAL →	4.657,17
Data limite para acolhimento: 18/06/2021	08 VALOR DA MULTA →	0,00
Observações:	09 VALOR DOS JUROS E / OU ENCARGOS DL - 1.025/69 →	0,00
Sicalc Contribuinte - 6643 - SP	10 VALOR TOTAL →	4.657,17
SEDA (Versão:5.0.0) 15/06/2021 10:00:59	11 AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1a. e 2a. vias)	

2a. via

 MINISTÉRIO DA FAZENDA SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL Documento de Arrecadação de Receitas Federais DARF	02 PERÍODO DE APURAÇÃO →	31/05/2021
	03 NÚMERO DO CPF OU CNPJ →	45.349.461/0001-02
	04 CÓDIGO DA RECEITA →	5952
	05 NÚMERO DE REFERÊNCIA →	
	06 DATA DE VENCIMENTO →	18/06/2021
01 NOME / RAZÃO SOCIAL ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL	07 VALOR DO PRINCIPAL →	4.657,17
Data limite para acolhimento: 18/06/2021	08 VALOR DA MULTA →	0,00
Observações:	09 VALOR DOS JUROS E / OU ENCARGOS DL - 1.025/69 →	0,00
Sicalc Contribuinte - 6643 - SP	10 VALOR TOTAL →	4.657,17
SEDA (Versão:5.0.0) 15/06/2021 10:00:59	11 AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1a. e 2a. vias)	

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

DATA DO DOCUMENTO	Nº DOC	CREDOR	BC	ISS	IRRF	PCC		TOTAL IMP.	TOT. LIQUIDO
24/04/2021	60841	Laboratorio São Paulo Analises Clinicas Ltda	R\$ 8.904,15	R\$ -	R\$ 133,56	R\$ 414,04		R\$ 547,61	R\$ 8.356,54
24/05/2021	463	Winter- Gestão e Consultoria Medica Ltda	R\$ 90.000,00	R\$ -	R\$ 1.350,00	R\$ 4.185,00		R\$ 5.535,00	R\$ 84.465,00
06/05/2021	1976	Destra Apoio e Prev em Seg do Trabalho Ltda	R\$ 1.250,00	R\$ -	R\$ 18,75	R\$ 58,13		R\$ 76,88	R\$ 1.173,13
TOTAL			R\$ 100.154,15	R\$ -	R\$ 1.502,31	R\$ 4.657,17	R\$ -	R\$ 6.159,48	R\$ 93.994,67

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

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
04/07/2021 - AUTOATENDIMENTO - 17.08.17
6790306790 SEGUNDA VIA 0003

COMPROVANTE DE PAGAMENTO

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE DARF/DARF SIMPLES

CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL

AGENCIA: 6790-3 CONTA: 211-9

=====

AGENTE ARRECADADOR		
CNC 001 - 6790 - AGENCIA	BILAC	SP
CODIGO DE BARRAS	-----	-----

DATA DO PAGAMENTO	17/06/2021
PERIODO DE APURACAO	31/05/2021
NUMERO DO CPNJ	45.349.461/0001-02
CODIGO DA RECEITA	1708
NUMERO DE REFERENCIA	-----
DATA DO VENCIMENTO	18/06/2021
RECEITA BRUTA ACUMULADA	-----
PERCENTUAL	-----
VALOR DO PRINCIPAL	1.502,31
VALOR DA MULTA	-----
VALOR DOS JUROS	-----
VALOR TOTAL	1.502,31

=====


AUTENTICACAO SISBB: 6.9CC.316.2CC.8F8.28A
Modelo Aprovado pela SRF - ADE
Conjunto Corat/Cotec n. 001, DE 2006

=====


DOCUMENTO: 061703

Mira

1a. via

 MINISTÉRIO DA FAZENDA SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL Documento de Arrecadação de Receitas Federais DARF	02 PERÍODO DE APURAÇÃO →	31/05/2021
	03 NÚMERO DO CPF OU CNPJ →	45.349.461/0001-02
	04 CÓDIGO DA RECEITA →	1708
	05 NÚMERO DE REFERÊNCIA →	
	06 DATA DE VENCIMENTO →	18/06/2021
01 NOME / RAZÃO SOCIAL ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL	07 VALOR DO PRINCIPAL →	1.502,31
Data limite para acolhimento: 18/06/2021 Observações: Sicalc Contribuinte - 6643 - SP	08 VALOR DA MULTA →	0,00
	09 VALOR DOS JUROS E / OU ENCARGOS DL - 1.025/69 →	0,00
	10 VALOR TOTAL →	1.502,31
	11 AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1a. e 2a. vias)	
	SEMDA (Versão:5.0.0)	15/06/2021 09:58:02

2a. via

 MINISTÉRIO DA FAZENDA SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL Documento de Arrecadação de Receitas Federais DARF	02 PERÍODO DE APURAÇÃO →	31/05/2021
	03 NÚMERO DO CPF OU CNPJ →	45.349.461/0001-02
	04 CÓDIGO DA RECEITA →	1708
	05 NÚMERO DE REFERÊNCIA →	
	06 DATA DE VENCIMENTO →	18/06/2021
01 NOME / RAZÃO SOCIAL ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL	07 VALOR DO PRINCIPAL →	1.502,31
Data limite para acolhimento: 18/06/2021 Observações: Sicalc Contribuinte - 6643 - SP	08 VALOR DA MULTA →	0,00
	09 VALOR DOS JUROS E / OU ENCARGOS DL - 1.025/69 →	0,00
	10 VALOR TOTAL →	1.502,31
	11 AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1a. e 2a. vias)	
	SEMDA (Versão:5.0.0)	15/06/2021 09:58:02

Convênio nº 107/2017
Fonte de Recurso Estadual
Termo Aditivo nº 0002/2020
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Miranda
Tipo de Despesa: Custeio

DATA DO DOCUMENTO	Nº DOC	CREDOR	BC	ISS	IRRF	PCC	TOTAL IMP.	TOT. LIQUIDO
24/04/2021	60841	Laboratorio São Paulo Análises Clínicas Ltda	R\$ 8.904,15	R\$ -	R\$ 133,56	R\$ 414,04	R\$ 547,61	R\$ 8.356,54
24/05/2021	463	Winter- Gestão e Consultoria Médica Ltda	R\$ 90.000,00	R\$ -	R\$ 1.350,00	R\$ 4.185,00	R\$ 5.535,00	R\$ 84.465,00
06/05/2021	1976	Destra Apoio e Prev em Seg do Trabalho Ltda	R\$ 1.250,00	R\$ -	R\$ 18,75	R\$ 58,13	R\$ 76,88	R\$ 1.173,13
TOTAL			R\$ 100.154,15	R\$ -	R\$ 1.502,31	R\$ 4.657,17	R\$ 6.159,48	R\$ 93.994,67

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

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
04/07/2021 - AUTOATENDIMENTO - 17.08.17
6790306790 SEGUNDA VIA 0002

COMPROVANTE DE PAGAMENTO


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

=====

AG. ARRECADADOR	
CNC 001 - 6790 - BILAC	SP
CODIGO DE BARRAS	85640000007 45700064116
	91453494610 00105611151
DATA DO PAGAMENTO	17/06/2021
PERIODO DE APURACAO	-----
NUMERO DO CPF	-----
CODIGO DA RECEITA	-----
NUMERO DE REFERENCIA	-----
DATA DO VENCIMENTO	-----
RECEITA BRUTA ACUMULADA	-----
PERCENTUAL	-----
VALOR DO PRINCIPAL	-----
VALOR DA MULTA	-----
VALOR DOS JUROS	-----
VALOR TOTAL	745,70

DOCUMENTO: 061704
AUTENTICACAO SISBB: C.7AF.298.760.8BC.3DE


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

 MINISTÉRIO DA FAZENDA SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL Documento de Arrecadação de Receitas Federais DARF	02 PERÍODO DE APURAÇÃO	31/05/2021
	03 NÚMERO DO CPF OU CNPJ	45.349.461/0001-02
	04 CÓDIGO DA RECEITA	0561
	05 NÚMERO DE REFERÊNCIA	
01 NOME / TELEFONE ASSOC HOSP BENEF DO BRASIL 1633748438	06 DATA DE VENCIMENTO	18/06/2021
DARF IRRF 05 2021 UTI MIR ANDOPOLIS	07 VALOR DO PRINCIPAL	745,70
DARF válido para pagamento até 18/06/2021 Domicílio tributário do contribuinte: LINS NÃO RECEBER COM RASURAS Auto Atendimento Versão 5.70.72.6643 - opção 1 - DLL versão 1.4	08 VALOR DA MULTA	0,00
	09 VALOR DOS JUROS E / OU ENCARGOS DL - 1.025/69	0,00
	10 VALOR TOTAL	745,70

8564000007-6 45700064116-9 91453494610-0 00105611151-9

11 AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1ª e 2ª vias)

cortar nesta linha


 MINISTÉRIO DA FAZENDA SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL Documento de Arrecadação de Receitas Federais DARF	02 PERÍODO DE APURAÇÃO	31/05/2021
	03 NÚMERO DO CPF OU CNPJ	45.349.461/0001-02
	04 CÓDIGO DA RECEITA	0561
	05 NÚMERO DE REFERÊNCIA	
01 NOME / TELEFONE ASSOC HOSP BENEF DO BRASIL 1633748438	06 DATA DE VENCIMENTO	18/06/2021
DARF IRRF 05 2021 UTI MIR ANDOPOLIS	07 VALOR DO PRINCIPAL	745,70
DARF válido para pagamento até 18/06/2021 Domicílio tributário do contribuinte: LINS NÃO RECEBER COM RASURAS Auto Atendimento Versão 5.70.72.6643 - opção 1 - DLL versão 1.4	08 VALOR DA MULTA	0,00
	09 VALOR DOS JUROS E / OU ENCARGOS DL - 1.025/69	0,00
	10 VALOR TOTAL	745,70

8564000007-6 45700064116-9 91453494610-0 00105611151-9

11 AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1ª e 2ª vias)

cortar nesta linha

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


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

RELAÇÃO DAS BASES DO IRRF

Código	Nome do empregado	Tipo	Base cálculo	Abatimentos	Dependentes	ND	Taxa	Dedução	Valor IRRF
Período: 01/05/2021 a 31/05/2021									
EMPREGADOS									
2163	ALESSANDRA DE CASSIA MARDEGAN	Mensal 04/21	3.139,09	294,08	0,00	0	15,00	354,80	71,95
2336	BIANCA CAETANO COSTA	Mensal 04/21	2.976,04	274,51	189,59	1	7,50	142,80	45,60
2977	BRUNA BERALDO FERRANTE	Mensal 04/21	3.027,88	280,73	0,00	0	7,50	142,80	63,24
2134	EDILAINE MUNHOZ MAQUEA	Férias	2.484,05	215,47	0,00	0	7,50	142,80	27,34
4322	ELOISA TERCIOOTTI DE MATOS SANCHES	Mensal 04/21	2.408,70	206,43	0,00	0	7,50	142,80	22,37
3021	MAURO CELSO CHIAVELLI	Mensal 04/21	3.268,41	309,60	0,00	0	15,00	354,80	89,02
2154	NATALIA XAVIER NASCIMENTO OLIVEIRA	Mensal 04/21	3.250,29	307,42	0,00	0	15,00	354,80	86,63
2155	PRISCILA SANTOS LETTE DE ALMEIDA	Mensal 04/21	2.768,41	249,60	0,00	0	7,50	142,80	46,11
33	THAIS BOARETO DA SILVA	Mensal 04/21	4.631,04	499,62	0,00	0	22,50	636,13	293,44
Total:			27.953,91	2.637,46					745,70
Empregados:	9 Estagiários:	0 Contribuintes:	0	Total:	27.953,91	2.637,46	189,59		745,70
Total Geral:									
Empregados:	9 Estagiários:	0 Contribuintes:	0	Total:	27.953,91	2.637,46	189,59		745,70

Resumo Geral IRRF

Cód. de Recolhimento	Periodicidade	Valores Acum. Comp. Ant.	Valor a Recolher	Valor a Compensar	Valor a Pagar	Valor a Acumular
Todos	04/2021	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0561	Mensal 04/2021	0,00	66.266,88	0,00	66.266,88	0,00
0588	Mensal 04/2021	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Totalizador			66.266,88	0,00	66.266,88	0,00

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

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
04/07/2021 - AUTOATENDIMENTO - 17.08.17
6790306790 SEGUNDA VIA 0002
COMPROVANTE DE PAGAMENTO

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

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

=====

CODIGO DO PAGAMENTO	2305
COMPETENCIA	05/2021
IDENTIFICADOR	45349461000889
DATA DO PAGAMENTO	17/06/2021
VALOR DO INSS	6.773,83
VALOR OUTRAS ENTIDADES	0,00
VALOR ATM/JUROS/MULTA	0,00
VALOR TOTAL	6.773,83

=====

DOCUMENTO: 061705
AUTENTICACAO SISBB: 9.BB2.46B.A19.126.AE0

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

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
04/07/2021 - AUTOATENDIMENTO - 17.08.17
6790306790 SEGUNDA VIA 0002
COMPROVANTE DE PAGAMENTO

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

CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL


=====

CODIGO DO PAGAMENTO	2305
COMPETENCIA	05/2021
IDENTIFICADOR	45349461000889
DATA DO PAGAMENTO	17/06/2021
VALOR DO INSS	6.773,83
VALOR OUTRAS ENTIDADES	0,00
VALOR ATM/JUROS/MULTA	0,00
VALOR TOTAL	6.773,83


=====

DOCUMENTO: 061705
AUTENTICACAO SISBB: 9.BB2.46B.A19.126.AE0

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

1ª Via - INSS - 2ª Via CONTRIBUINTE	 <p>MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - MPS INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS SECRETARIA DA RECEITA PREVIDENCIÁRIA - SRP</p> <p>GUIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - GPS</p>		3 - CÓDIGO DE PAGAMENTO	2305	
			4 - COMPETÊNCIA	05/2021	
			5 - IDENTIFICADOR	45.349.461/0008-89	
	1 - NOME OU RAZÃO SOCIAL / FONE / ENDEREÇO CNPJ 45.349.461/0008-89 ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303 SALA 08 JARDIM ARIANO LINS SP CEP 16400-400		6 - VALOR DO INSS	6.773,83	
			7 -		
			8 -		
			9 - VALOR OUTRAS ENTIDADES	0,00	
	2 - VENCIMENTO (Uso exclusivo INSS)		18/06/2021	10 - ATM/MULTA E JUROS	0,00
	ATENÇÃO: É vedada a utilização de GPS para recolhimento de receita de valor inferior ao estipulado em resolução publicada pelo INSS. A receita que resultar valor inferior deverá ser adicionada à contribuição ou importância correspondente nos meses subsequentes, até que o total seja igual ou superior ao valor mínimo fixado.		11 - TOTAL	6.773,83	
			AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA		

3<

1ª Via - INSS - 2ª Via CONTRIBUINTE	 <p>MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - MPS INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS SECRETARIA DA RECEITA PREVIDENCIÁRIA - SRP</p> <p>GUIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - GPS</p>		3 - CÓDIGO DE PAGAMENTO	2305	
			4 - COMPETÊNCIA	05/2021	
			5 - IDENTIFICADOR	45.349.461/0008-89	
	1 - NOME OU RAZÃO SOCIAL / FONE / ENDEREÇO CNPJ 45.349.461/0008-89 ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303 SALA 08 JARDIM ARIANO LINS SP CEP 16400-400		6 - VALOR DO INSS	6.773,83	
			7 -		
			8 -		
			9 - VALOR OUTRAS ENTIDADES	0,00	
	2 - VENCIMENTO (Uso exclusivo INSS)		18/06/2021	10 - ATM/MULTA E JUROS	0,00
	ATENÇÃO: É vedada a utilização de GPS para recolhimento de receita de valor inferior ao estipulado em resolução publicada pelo INSS. A receita que resultar valor inferior deverá ser adicionada à contribuição ou importância correspondente nos meses subsequentes, até que o total seja igual ou superior ao valor mínimo fixado.		11 - TOTAL	6.773,83	
			AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA		

Convênio nº 107/2017
 Fonte de Recurso Estadual
 Termo Aditivo nº 0002/2020
 Secretaria do Estado da Saúde
 UGE: 090196 - Hospital Estadual
 Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
 Tipo de Despesa: Custeio

106
211

RELAÇÃO DE BASES DO INSS

Código	Nome do empregado	Base cálculo	Excedente	Ded.sal.mat.13	Deduções	Taxa	Valor
MPREGADOS							
3908	ALESSANDRA APARECIDA DOS SANTOS GONSALVES	1.654,12	0,00	0,00	0,00	8,00	132,37
2163	ALESSANDRA DE CASSIA MARDEGAN	4.623,20	0,00	0,00	0,00	10,78	498,52
2122	ANA AUGUSTA FELICIANI NOGUEIRA	1.617,71	0,00	0,00	0,00	7,98	129,09
2123	ANA PAULA AZEVEDO ZANATTA	1.882,00	0,00	0,00	0,00	8,12	152,88
4233	ANA PAULA PERUSSI	1.530,74	0,00	0,00	0,00	7,84	119,66
2336	BIANCA CAETANO COSTA	2.805,48	0,00	0,00	0,00	9,06	254,05
2977	BRUNA BERALDO FERRANTE	2.916,68	0,00	0,00	0,00	9,17	267,39
2125	CATIA FERNANDA FERRAZ	1.902,33	0,00	0,00	0,00	8,13	154,70
4155	CRISTIANE DIAS DA SILVA	1.311,76	0,00	0,00	0,00	7,65	100,18
2752	CRISTIANE PASCOALETO VENDRAME	1.635,75	0,00	0,00	0,00	8,24	130,71
2772	DANIELA DOS SANTOS DE OLIVEIRA	1.830,02	0,00	0,00	0,00	8,69	148,20
2126	DEBORA CRISTINA LOCHE	2.251,53	0,00	0,00	0,00	8,33	187,57
2132	DENISE PRISCILA ANCILOTTO LISBOA DE SOUZA	1.882,00	0,00	0,00	0,00	8,12	152,88
2134	EDILAINE MUNHOZ MAQUEA	1.882,00	0,00	0,00	0,00	8,12	152,88
2135	EDILENE MANOEL	1.617,71	0,00	0,00	0,00	7,98	129,09
2136	ELAINE CRISTINA DIAS BORGES	1.617,71	0,00	0,00	0,00	7,98	129,09
2992	ELIANA CRISTINA RODRIGUES	1.638,28	0,00	0,00	0,00	7,99	130,94
4322	ELOISA TERCIOOTTI DE MATOS SANCHES	2.257,93	0,00	0,00	0,00	8,21	184,34
4240	FERNANDA DA SILVA GIMENEZ	1.848,54	0,00	0,00	0,00	8,04	147,93
2130	IZABEL CRISTINA DE SOUZA	1.602,13	0,00	0,00	0,00	7,97	127,69
4946	JAQUELINE CRISTINA OSWALDO	911,71	0,00	0,00	0,00	7,50	68,37
2146	KELLY CRISTINA RAMOS ROCHA	2.161,47	0,00	0,00	0,00	8,24	178,03
2147	LETICIA MAIARA DOS SANTOS FERRAZ	1.617,71	0,00	0,00	0,00	7,98	129,09
2148	LUCAS CARVALHO DOS SANTOS	1.922,66	0,00	0,00	0,00	8,14	156,53
2149	MAIRA TEIXEIRA DE CASTRO	1.617,71	0,00	0,00	0,00	7,98	129,09
2129	MARCIA MAIARA POSSENTI	1.462,33	0,00	0,00	0,00	7,87	115,10
4531	MARIA EDUARDA ODONI BOMTEMPO	1.428,82	0,00	0,00	0,00	7,84	112,09
3021	MAURO CELSO CHIAVELLI	3.268,41	0,00	0,00	0,00	9,47	309,60
2721	NATALIA PAZINATO DA SILVA	1.617,71	0,00	0,00	0,00	7,98	129,09
2154	NATALIA XAVIER NASCIMENTO OLIVEIRA	3.287,36	0,00	0,00	0,00	9,49	311,87
2153	PATRICIA ADRIANA FERREIRA	1.861,67	0,00	0,00	0,00	8,11	151,05
2164	PATRICIA MICHELE DE ALMEIDA	1.617,71	0,00	0,00	0,00	7,98	129,09
2128	REGINA LEIA PARRO RODRIGUES DE SOUSA	2.583,88	0,00	0,00	0,00	8,80	227,45
2157	RICARDO DE CARVALHO	1.882,00	0,00	0,00	0,00	8,12	152,88
3807	SAMIR BISPO DOS SANTOS	1.617,71	0,00	0,00	0,00	7,98	129,09
2839	SONIA DOS SANTOS ROCHA	1.882,29	0,00	0,00	0,00	8,12	152,90
4232	TAÍS DE SOUZA THOMAS	1.687,99	0,00	0,00	0,00	7,95	133,64
33	THAIS BOARETO DA SILVA	4.631,04	0,00	0,00	0,00	10,79	499,62
2799	VALERIA CRISTINA DE SOUZA DA CRUZ	1.617,72	0,00	0,00	0,00	7,98	129,09
Empregados: 39		Total:	78.985,52	0,00	0,00	0,00	6.773,83
Contribuintes: 0		Total:	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Total: 39		Total:	78.985,52	0,00	0,00	0,00	6.773,83

Resumo Geral das bases de INSS

	Base cálculo	Excedente	Segurados	Contribuintes	RAT	Empresa	Deduções	Terceiros	Total
total	78.985,52	0,00	6.773,83	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	6.773,83

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

04/07/2021 - BANCO DO BRASIL - 17:08:17
679006790 0005

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BCO COOPERATIVO SICREDI S.A.

74891116207163383021202213581065486570000018990
BENEFICIARIO:
F B BABETO ME
NOME FANTASIA:
F B BABETO ME
CNPJ: 14.508.613/0001-49
BENEFICIARIO FINAL:
F B BABETO ME
CNPJ: 14.508.613/0001-49
PAGADOR:
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE D
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	62.101
DATA DE VENCIMENTO	20/06/2021
DATA DO PAGAMENTO	21/06/2021
VALOR DO DOCUMENTO	189,90
DESCONTO/ABATIMENTO	10,00
VALOR COBRADO	179,90

=====

NR.AUTENTICACAO C.BA0.B0E.6AC.B39.83F
=====

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

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

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

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

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

Mirandópolis

F NET TELECON LTDA

RUA NOVE DE JULHO, 784 - CEP:16800-000-Mirandópolis(SP)

IE : 449019473114

CNPJ 14.508.613/0001-49

Nota Fiscal de Serviço de

Modelo 21 - Série 100

Nº 000000024

Emissão: 01/06/2021

Tomador dos serviços/Destinatário das mercadorias	
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO RUA DR RAUL DA CUNHA BUENO, 585 16800-000 CENTRO Mirandópolis SP	Nº de Referencia: 02825 CNPJ/CPF: 45349461000102 Inscrição Estadual ISENT0

Base do Cálculo do ICMS	ICMS	Isenta e Não Tributada	Outros	Valor Total
0,00	0,00	189,90	0,00	189,90

Chave de Codificação Digital 8c58.38eb.6c0c.dd2d.e512.ab52.03b5.9c13	Situação do documento fiscal
---	------------------------------

SEQ.	DESCRIÇÃO DOS SERVICOS / PRODUTOS	VALOR TOTAL	BASE DE CÁLCULO ICMS	ALÍQUOTA ICMS
1	FNET FIBRA EMPRESARIAL 600 (DW400/UP200)	189,90	0,00	0,00

21/06/2021
189,90

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

04/07/2021 - BANCO DO BRASIL - 17:08:17
679006790 0003

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

0339991390605000000900866101017686570000086300
BENEFICIARIO:
SINCONECTA - TECNOLOGIA DE INFORMAC
NOME FANTASIA:
SINCONECTA - TECNOLOGIA DE INFORMAC
CNPJ: 10.710.409/0001-55
BENEFICIARIO FINAL:
SINCONECTA - TECNOLOGIA DE INFORMAC
CNPJ: 10.710.409/0001-55
PAGADOR:
ASSOC HOSP BENEF DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	62.102
DATA DE VENCIMENTO	20/06/2021
DATA DO PAGAMENTO	21/06/2021
VALOR DO DOCUMENTO	863,00
VALOR COBRADO	863,00

NR.AUTENTICACAO	9.ADA.B79.3F5.6C7.706
-----------------	-----------------------

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

Mirandópolis

Número da Nota: 000000007098-1		Data de Emissão: 02/06/2021		
PRESTADOR DE SERVIÇOS				
Nome/Razão Social: SINCONECTA TECNOLOGIA DE INFORMACAO LTDA ME				
CPF/CNPJ: 10.710.409/0001-55		Inscrição Municipal: 549188		
CEP: 17016-230		Endereço: RUA LUSO BRASILEIRA, 4-44, SALA 710B		
Fone: (14) 3232-4777		E-Mail: thais@paulistacontabilidade.com.br		
Documento Emitido por Optante do Simples Nacional, de acordo com a L.C. 123/2006.				
TOMADOR DE SERVIÇOS				
Nome/Razão Social: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL				
CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02		CEP: 01640-040		
Endereço: AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303		Cidade: LINS/SP		
E-Mail: clsato@ahbb.org.br				
DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS				
REFERENTE AO USO DO SOFTWARE SINCONECTA SAUDE - PROD 05/2021 PROJ UTI MIRANDOPOLIS TRIB APROX R\$: 116,07 FEDERAL E 33,74 MUNICIPAL FONTE: IBPT 18.1.A				
Atividade: Não informada				
Código do Serviço: 1.06 - ASSESSORIA E CONSULTORIA EM INFORMÁTICA				
Local da Prestação: BAURU		Situação de Tributação: Tributada no Prestador		
I.N.S.S. (R\$) 0,00	I.R. (R\$) 0,00	PIS (R\$) 0,00	COFINS (R\$) 0,00	C.S.L.L. (R\$) 0,00
<i>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</i>				Valor Aprox. Tributos 0,00
Deduções de Materiais 0,00	Base de Cálculo (R\$) 863,00	Alíquota (%) 2,00	Valor do ISS (R\$) 17,26	Valor Total da Nota (R\$) 863,00
<i>Consulte a autenticidade desta Nota Fiscal através do site oficial da Prefeitura Municipal de Bauru.</i>			Valor líquido da nota (R\$) 863,00	

Chave de autenticação: 6860BF506F1AB0E8D1BE18A7B798E057

21/06/

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

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
04/07/2021 - AUTOATENDIMENTO - 17.08.17
6790306790 SEGUNDA VIA 0004

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL

AGENCIA: 6790-3 CONTA: 211-9

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA

REMETENTE : ASSOCIACAO H B DO BRASIL

BANCO: 341 - ITAÚ UNIBANCO S.A.

AGENCIA: 0220-8 - PENAPOLIS SP

CONTA: 5.744-2

FAVORECIDO: DESTRA - APOIO E PREVENCAO EM SEGUR

CPF/CNPJ: 11.814.918/0001-90

VALOR: R\$

1.173,12

DEBITO EM: 21/06/2021

=====

DOCUMENTO: 062103

AUTENTICACAO SISBB: F.E68.F21.B43.049.4D0



PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS
Secretaria Municipal da Fazenda
Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e

Mirandópolis

Número da Nota 2023
Data de Emissão 07/06/2021
Data e Hora da Competência 07/06/2021 às 09:26:22
Código de Verificação 2098-4581-8493

PRESTADOR DE SERVIÇOS



CNPJ 11.814.918/0001-90 Cód. Mobiliário 76568 Insc. Mun. 2.299.2065
 Nome DESTRA - APOIO E PREV EM SEG DO TRABALHO LTDA ME RG/IE 521.154.679.119
 Logradouro RUA-FERNANDO RIBEIRO DE BARROS Número 370
 Bairro CENTRO CEP 16300-031
 Município PENÁPOLIS UF SP

Autenticação



Situação Não Optante do Simples Nacional
 Telefones
 E-Mail's

TOMADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ 45.349.461/0001-02 RG/IE
 Inscrição Mun. Cód. Mobiliário 0
 Nome ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
 E-mail contabilidade@ahbb.org.br 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	Qtd	Allq. Tributo (IBPT)	Total
3	ASSESSORIA EM SEGURANÇA DO TRABALHO	1.250,0000	1,00	0,00	1.250,00

Valor Total dos Serviços - R\$1.250,00

INFORMAÇÕES REFERENTES A DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

REF 05/2021 - UTI MIRANDÓPOLIS
 ASSESSORIA EM SEGURANÇA DO TRABALHO

TRIBUTOS

PIS (RS)	COFINS (RS)	INSS (RS)	IR (RS)	CSLL (RS)	Outras Retenções (RS)	Outros Tributos (RS)
8,13	37,50		18,75	12,50		
CIDE (RS)	IOF (RS)	IPI (RS)	ICMS (RS)			

VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 1.250,00

Atividade 17.01-ASSESSORIA OU CONSULTORIA DE QUALQUER NATUREZA, NÃO CONTIDA EM OUTROS ITENS DESTA LISTA; ANÁLISE, EX
 Operação Sem Lançamentos de Materiais/Equipamentos Dedução de Materiais/Equipamentos Não Responsável pelo imposto Prestador dos Serviços
 Situação da Nota Fiscal Normal Local do Serviço Dentro do Município
 Aliquota (%) Base de Cál. (R\$) Vlr. Total das Deduções (R\$) Vlr. Total Retido (RS) Vlr. do ISS (RS)
 3,0000 1.250,00 0,00 76,88 37,50

VALOR LÍQUIDO DA NOTA = R\$ 1.173,12

OUTRAS INFORMAÇÕES (RESERVADO AO FISCO)

NENHUMA INFORMAÇÃO COMPLEMENTAR REGISTRADA

Recebi(emos) do Prestador: DESTRA - APOIO E PREV EM SEG DO TRABALHO LTDA ME CNPJ: 11.814.918/0001-90

Os serviços constantes da Nota Fiscal de Serviços Eletrônica n.º 2023 emitida em 07/06/2021 às 09:26:22 - Cód Verif 2098-4581-8493
 Condições de Pagamento: Vencimento: 07/06/2021 Valor Total R\$ 1.250,00 Valor Líquido R\$ 1.173,12

Ass: _____ em ____/____/_____
 Assinatura do Destinatário/Tomador do(s) Serviço(s) Data da Assinatura

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

21/06/21
Min

DESTRA - ASSESSORIA EM SEGURANÇA E MEDICINA DO TRABALHO

CNPJ: 11.814.918/0001-90

Rua Fernando Ribeiro de Barros, 370, 370 - Bairro CENTRO

16300-031 - PENÁPOLIS - SP

Fone: 018-3653.8181 Fax:

Email: destra.assessoria@gmail.com

F A T U R A M E N T O

Abrangência: 01/05/2021 até 31/05/2021 - Emissão: 04/06/2021

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL - UTI MIRANDOPOLIS - (AHBB - UTI - MIRANDOPOLIS)
(1393) - CNPJ: 45.349.461/0008-89

Serviços Prestados

* Descrição do serviço	Total
Assessoria em Segurança do Trabalho ref. a 05/2021	1.250,00
Total => 1.250,00	
Total => R\$ 1.250,00	
Geral do Faturamento	
1.250,00	

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

04/07/2021 - BANCO DO BRASIL - 17:08:17
679006790 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO DO BRASIL

00190000090130484000001115900175486580000194981
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	62.104
NOSSO NUMERO	13048400001115900
CONVENIO	01304840
DATA DE VENCIMENTO	21/06/2021
DATA DO PAGAMENTO	21/06/2021
VALOR DO DOCUMENTO	1.949,81
VALOR COBRADO	1.949,81

=====

NR.AUTENTICACAO 6.CD4.853.65B.48B.C86
=====

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.

Rioclarensense

COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA
RUA PAULO COSTA 140 - DISTRITO INDUSTRIAL JARDIM PIEMONT SUL - BETIM - MG
CEP 32669-712 - 514394300

DOCUMENTO AUXILIAR DA
NOTA FISCAL ELETRONICA

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA
Nº. 0597953 FL 1/1
SÉRIE 1



CHAVE DE ACESSO
3121 0567 7291 7800 0220 5500 1000 5979 5315 7754 0407

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
131214170550287 24/05/2021 13:11:06

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

AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303

MUNICIPIO

LINS

BAIRRO / DISTRITO

JARDIM ARIANO

CNPJ / CPF

45.349.461/0001-02

DATA DA EMISSÃO
24/05/2021

DATA DA ENTRADA/SAÍDA
24/05/2021

HORA DE SAÍDA

FATURA/DUPLICATA

FATURA/DUPLIC

VENCIMENTO

VALOR

FATURA/DUPLIC

VENCIMENTO

VALOR

FATURA/DUPLIC

VENCIMENTO

VALOR

0597953/1

14/06/2021

1.949,81

0597953/2

21/06/2021

1.949,81

0597953/3

28/06/2021

1.950,38

CALCULO DO IMPOSTO

BASE DE CALCULO DO ICMS

5.850,00

VALOR DO ICMS

702,00

BASE DE CALCULO DO ICMS ST

0,00

VALOR DO ICMS SUBSTITUTO

0,00

VALOR TOTAL DOS PRODUTOS

5.850,00

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

5.850,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL

ATIVA DISTR E LOGISTICA LTDA

ENDEREÇO

AV APIO CARDOSO 3115

QUANTIDADE

1,00

ESPECIE

VOLUME(S)

MARCA

FRETE POR CONTA

0 - Por conta do emitente

CÓDIGO ANTI

PLACA DO VEICULO

UF

MG

CNPJ

01.125.797/0008-92

MUNICIPIO

CONTAGEM

INSCRIÇÃO ESTADUAL

0620929840177

NUMERO

0,00003

PESO BRUTO

3,186

PESO LIQUIDO

3,186

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	IPÍ
032595	MIDAZOLAM 50MG (HYPOFARMA) (ITEM GENERICO) L: 2 1051002 Q: 180,0000 F: 01/05/21 V: 30/09/2021 *** Portaria 344/ 98 B1	30049069	000	6108	AP	180,00	32,50	5.850,00	5.850,00	702,00	0,00	12,00	0,00

CALCULO DO ISSQN

INSCRIÇÃO MUNICIPAL

1282010014

VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS

0,00

BASE DE CALCULO DO ISSQN

0,00

VALOR DO ISSQN

0,00

FORMAÇÕES COMPLEMENTARES

LOCAL DE ENTREGA: 46374500001247-AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Município: MIRANDOPOLIS CEP: 16800000 UF: SP País: BRASIL UNID.NEGOC.: 002 PREZADO CLIENTE, FAVOR CONFERIR NO TO DA ENTREGA - NAO ACEITAREMOS RECLAMACOES APOS 48hs DO RECEBIMENTO. Mirandopolis DATA NTREGA: 25/05/2021 Pedido: 1932291 Autorizacao de Compra(Pedido Cliente): 1932291 *** O pagamento devera ser realizado raves do boleto anexo a nota fiscal, caso nao receba entre em contato atraves do e-mail boletos@rioclarensense.com.br ou no telefone 03522-5800, Setor de Cobranca Privado. AFE: 1 04397.7 ** AE: 1.21715.1 ** AAS: 0342/2019 Validade: 18/06/2021 MODAL: DDOVIARIO / TIPO ENTREGA EXPRESSA LOCAL DE ENTREGA. Endereço: AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Município: MIRANDOPOLIS CEP: 16800000 UF: SP País: BRASIL(Código Interno Emitente: 4768 Nome Fantasia: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL) LOCAL DE ENTREGA: AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Município: MIRANDOPOLIS UF: SP País: BRASIL

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 28/05/21
ASS. _____

14/06/21

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

04/07/2021 - BANCO DO BRASIL - 17:08:17
679006790 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO DO BRASIL

00190000090130484000001116075175286580000167000
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 62.105
NOSSO NUMERO 13048400001116075
CONVENIO 01304840
DATA DE VENCIMENTO 21/06/2021
DATA DO PAGAMENTO 21/06/2021
VALOR DO DOCUMENTO 1.670,00
VALOR COBRADO 1.670,00

NR.AUTENTICACAO A.DAF.D8D.782.9B8.B02
=====

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.

Rioclarensense

COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA
RUA PAULO COSTA 140 - DISTRITO INDUSTRIAL JARDIM PIEMONT SUL - BETIM - MG
CEP 32669-712 - 313494300

DOCUMENTO AUXILIAR DA
NOTA FISCAL ELETRONICA

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA
Nº. 0598155 FL 1 / 1
SÉRIE 1



CHAVE DE ACESSO
3121 0567 7291 7800 0220 5500 1000 5981 5511 5752 6121

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO
VENDA DE MERC ADQ E REC DE TERC. DEST A NAO
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0629965800021 INSCR EST SUBS TRIBUTÁRIO 813016120116 CNPJ 67.729.178/0002-20
PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
131214171623327 24/05/2021 21:06:14

DESTINATÁRIO/REMETENTE
NOME / RAZÃO SOCIAL ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL CNPJ / CPF 45.349.461/0001-02 DATA DA EMISSÃO 24/05/2021
ENDEREÇO AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303 BAIRRO / DISTRITO JARDIM ARIANO CEP 16400-400 DATA DA ENTRADA SAÍDA 24/05/2021
MUNICÍPIO 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
0598155/1	21/06/2021	1.670,00							

BASE DE CÁLCULO DO ICMS		VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST		VALOR DO ICMS SUBSTITUTO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS	
VALOR DO FRETE	0,00	0,00	VALOR DO DESCONTO	0,00	0,00	VALOR DO IPI	0,00
VALOR DO SEGURO	0,00	200,40	OUTRAS DESPESAS	0,00		VALOR TOTAL DA NOTA	1.670,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS
NOME / RAZÃO SOCIAL ATIVA DISTR E LOGISTICA LTDA FRETE POR CONTA 0 - Por conta do emitente CÓDIGO ANTT PLACA DO VEÍCULO UF CNPJ 01.125.797/0008-92
ENDEREÇO AV APIO CARDOSO 3115 MUNICÍPIO CONTAGEM UF MG INSCRIÇÃO ESTADUAL 0620929840177
QUANTIDADE 1,00 ESPECIE VOLUME(S) MARCA NUMERO 0,00000 PESO BRUTO PESO LÍQUIDO

CODIGO	DESCRIÇÃO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / SH	CST	CFOP	UN	QUANT.	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL	B.CALC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTAS ICMS	IPI
032247	ENOXAPARINA SÓDICA 80MG/9,8ML (BLAU) L 21050025 Q 20,0000 F: 28-02-21 V: 28-02-2023	30049099	000	6168	SE	20,00	83,50	1.670,00	1.670,00	200,40	0,00	12,00	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

DAIOS ADICIONAIS
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES LOCAL DE ENTREGA 46374500001247-AV DR RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito CENTRO Município MIRANDOPOLIS CEP 16800000 UF SP País BRASIL UNID.NEGOC: 602 PREZADO CLIENTE, FAVOR CONFERIR NO ATO DA ENTREGA - NAO ACEITAREMOS RECLAMACOES APOS 48hs DO RECEBIMENTO. DATA ENTREGA: 25/05/2021 Pedido: 1933260 Autorizacao de Compra(Pedido Cliente) 1933260 *** 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 Cobrança Privado AFE: 1.04397.7 ** AE: 1.21715.1 ** AAS: 0342-2019 Validade: 18/06/2021 MODAL: RODOVIARIO / TIPO ENTREGA: EXPRESSA LOCAL DE ENTREGA: Endereço: AV DR RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Município: MIRANDOPOLIS CEP: 16800000 UF: SP País: BRASIL(Código Interno Emitente: 4768 Nome Fantasia: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL) EC 87/2015 Valor ICMS Partilha UF Destino: 100,20 LOCAL DE ENTREGA: AV DR RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Município: MIRANDOPOLIS UF: SP País: BRASIL
RESERVADO AO FISCO
AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 28/05/2021
ASS.

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

04/07/2021 - BANCO DO BRASIL - 17:08:17
679006790 0003

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO DO BRASIL

00190000090171153600100918030172686580000372230
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	62.106
NOSSO NUMERO	17115360000918030
CONVENIO	01711536
DATA DE VENCIMENTO	21/06/2021
DATA DO PAGAMENTO	21/06/2021
VALOR DO DOCUMENTO	3.722,30
VALOR COBRADO	3.722,30

=====

NR.AUTENTICACAO 5.C44.6C6.364.8B0.CEC
=====

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.

Rioclarense

COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA
FC FAMILIO MARCONATO 1000 - NUCLEO RESIDENCIAL DOITOR JOAO ALDO NASSIF -
JAGUARUNA - SP
CEP 13916-074 - 193525800

DOCUMENTO AUXILIAR DA
NOTA FISCAL ELETRONICA

0 - ENTRADA
1 - SAIDA
Nº. 1438746 FL 1/2
SÉRIE 1



CHAVE DE ACESSO
3521 0567 7291 7800 0491 5500 1001 4387 4617 3320 8442

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
135210573182892 24/05/2021 20:12:44

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
24/05/2021

ENDEREÇO
AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303

BAIRRO / DISTRITO
JARDIM ARIANO

CEP
16400-400

DATA DA ENTRADA/SAIDA
24/05/2021

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
1438746/1	21/06/2021	3.722,30	1438746/2	19/07/2021	3.722,30			

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	
7.318,78	1.257,43	0,00	0,00	7.444,60	
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	VALOR DO DESCONTO	OUTRAS DESPESAS	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	7.444,60

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	ESPECIE	MARCA	NUMERO	PESO BRUTO	PESO LIQUIDO
17,00	VOLUME(S)		0,29356	115,432	115,432

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	IPÍ
027635	BICARBONATO DE SÓDIO 8,4% (FARMACE) L: BS20L060 Q 200,0000 F: 30/03/21 V: 30/11/2022	30039099	000	5102	AP	200,00	1,0599	211,98	211,98	38,16	0,00	18,00	0,00
013992	AGUA PARA INEJCAO 10ML (EQUIPLEX) L: 2130519 Q: 8 00,0000 F: 30/03/21 V: 30/03/2023	30049099	000	5102	AP	800,00	0,31	248,00	248,00	29,76	0,00	12,00	0,00
026700	HIDROCORTISONA 100MG,SUCCINATO SODICO (BLAU/ARI STON) (ITEM GENERICO) L: 21010603 Q: 200,0000 F: 30/01/21 V: 30/01/2023, nFCI: 0CA1473C-FCE5-45E7-A0AD-C0CBF7E 7AB5B	30043210	500	5102	FA	200,00	2,2321	446,42	446,42	53,57	0,00	12,00	0,00
030366	TIRAS REAGENTES N/INDV (MEDLEVENSOHN) L: 1290825 Q: 800,0000 F: 21/10/20 V: 20/10/2022	38220090	700	5102	TI	800,00	0,5458	436,64	436,64	78,60	0,00	18,00	0,00
030141	LUVA CIRURGICA ESTERIL 7,0 (LATEX SAO ROQUE) L: 08 4213 Q: 800,0000 F: 30/03/21 V: 30/03/2024	40151100	000	5102	PR	800,00	1,40	1.120,00	1.120,00	201,60	0,00	18,00	0,00
032235	TOUCA SANFONADA (INOVEN) L: ITDT009 Q: 20.000,0000 F: 30/11/20 V: 30/11/2025	65069900	000	5102	PC	20.000,00	0,1277	2.554,00	2.554,00	459,72	0,00	18,00	0,00
032135	MASCARA CIR. TRIPLA C/ELASTICO (INOVEN) L: IMTT016 Q: 250,0000 F: 30/12/20 V: 30/12/2025	63079010	200	5102	PC	250,00	0,2543	63,58	63,58	11,44	0,00	18,00	0,00

CÁLCULO DO ISSQN

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

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
LOCAL DE ENTREGA: 46374500001247-AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Município: MIRANDOPOLIS CEP: 16800000 UF: SP País: BRASIL UNID.NEGOC.: 002 PREZADO CLIENTE, FAVOR CONFERIR NO ATO DA ENTREGA - NAO ACEITAREMOS RECLAMACOES APOS 48hs DO RECEBIMENTO. DATA ENTREGA: 25/05/2021 Pedido: 1933202 Autorizacao de Compra(Pedido Cliente): 1933202 *** O pagamento devera ser realizado atraves do boleto anexo a nota fiscal, caso nao receba entre em contato atraves do e-mail boletos@rioclarense.com.br ou no telefone (19)3522-5800, Setor de Cobranca Privado. AFE: 1.04397-7 ** AE: 1.22375-2 ** ASS: 1302/16 Validade: 23/04/2021 MODAL: RODOVIARIO / TIPO ENTREGA: EXPRESSA Aliquota ICMS 12% cf. art.54, Inc.XVII, RICMS/SP Dec 45490/00. LOCAL DE ENTREGA: Endereço: AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Município: MIRANDOPOLIS CEP: 16800000 UF: SP País: BRASIL(Código Interno Emitente: 4768 Nome Fantasia: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL) LOCAL DE ENTREGA: AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Município: MIRANDOPOLIS UF: SP País: BRASIL

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 25/05/21
ASS. _____

Convênio nº 167/2017
Fonte de Recurso Estadual
Termo Aditivo nº 0002/2020
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

Identificação do emitente

Rioclarensense

COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA
 PC EMILIO MARCONATO 1000 - NUCLEO RESIDENCIAL DOUTOR JOAO ALDO NASSIF -
 JAGUARIUNA - SP
 CEP: 13912-074 - 1935723800

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA
 NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA
 1 - SAÍDA

1

Nº. 1438746 FL 2 / 2
 SÉRIE 1



CHAVE DE ACESSO

3521 0567 7291 7800 0491 5500 1001 4387 4617 3320 8442

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

135210573182892 24/05/2021 20:12:44

NATUREZA DA OPERAÇÃO

VENDA DENTRO ESTADO

INSCRIÇÃO ESTADUAL

395060142110

INSCR. EST. SUBS. TRIBUTARIO

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
023163	SONDA ALIMENTAÇÃO ENTERAL C/GUIA No12 (SOLUMED) L: PRODU0005678 Q: 15,0000 F: 30/03/21 V: 30/03/2024 *Isenção conf. Anexo I, Art. 14, RICMS/2000-SP (Conv.01/99)	90183921	040	5102	PC	15,00	8,3878	125,82	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
030142	LUVA CIRURGICA ESTERIL 7,5 (LATEX SAO ROQUE) L: 073213 Q: 600,0000 F: 30/03/21 V: 30/03/2024	40151100	000	5102	PR	600,00	1,40	840,00	840,00	151,20	0,00	18,00	0,00
030140	LUVA CIRURGICA ESTERIL 6,5 (LATEX SAO ROQUE) L: 363201 Q: 200,0000 F: 30/12/20 V: 30/12/2023	40151100	000	5102	PR	200,00	1,40	280,00	280,00	50,40	0,00	18,00	0,00
023325	ACIDO ACETILSALICILICO 100MG (IMEC) L: 0459660 Q: 500,0000 F: 18/03/21 V: 18/03/2023, nFCI: B68B955E-838D-453E-881A-5655055027EC	30049024	300	5102	CF	500,00	0,0467	23,35	23,35	4,20	0,00	18,00	0,00
022820	BROMOPRIDA 10MG/2ML (HIPOLABOR) (ITEM GENERICO) L: AT-039/19 Q: 100,0000 F: 30/08/19 V: 30/07/2021	30049045	000	5102	AP	100,00	1,29	129,00	129,00	15,48	0,00	12,00	0,00
014053	AMIODARONA 50MG/ML, CLORIDRATO (HIPOLABOR) (ITEM GENERICO) L: AD-013/21 Q: 100,0000 F: 30/03/21 V: 28/02/2023, nFCI: 9383B27E-BE77-4729-8401-213E9C13D511	30049054	500	5102	AP	100,00	1,7581	175,81	175,81	21,10	0,00	12,00	0,00
001909	CEFTRIAXONA 1G IV (BIOQUIMICO) L: 009142 Q: 100,0000 F: 30/12/20 V: 30/11/2023, nFCI: 26171385-619C-430E-88C5-5D1500846756	30042059	500	5102	FA	100,00	7,90	790,00	790,00	142,20	0,00	18,00	0,00

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

04/07/2021 - BANCO DO BRASIL - 17:08:17
679006790 0003

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

03399121986340000003811780401011686590000254500
BENEFICIARIO:
CIRURGICA NEVES LTDA - EPP
NOME FANTASIA:
CIRURGICA NEVES LTDA
CNPJ: 04.182.003/0001-44
BENEFICIARIO FINAL:
CIRURGICA NEVES LTDA - EPP
CNPJ: 04.182.003/0001-44
PAGADOR:
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE D
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	62.107
DATA DE VENCIMENTO	22/06/2021
DATA DO PAGAMENTO	21/06/2021
VALOR DO DOCUMENTO	2.545,00
VALOR COBRADO	2.545,00

=====

NR.AUTENTICACAO 8.862.6EC.12E.799.0EB
=====

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 CIRURGICA NEVES LTDA EPP, os produtos e/ou serviços constantes da Nota Fiscal Eletrônica indicada ao lado.
Emissão: 25/05/2021 Dest/Rem: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL Valor Total: 2.545,00

NF-e
Nº 000.015.262
Série 003

DATA DO RECEBIMENTO

IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

CIRURGICA NEVES LTDA EPP.



RUA 24 DE DEZEMBRO, 1360 - ALTO
CAFEZAL - MARILIA - SP - CEP: 17504-010
Fone: (14)3413-2483 - FAX: (14)3413-2483
cirurgicaneves@cirurgicaneves.com.br

DANFE
Documento Auxiliar da
Nota Fiscal Eletrônica
0 - ENTRADA
1 - SAÍDA
Nº 000.015.262
Série 003
Folha 1/1



CHAVE DE ACESSO

3521 0504 1820 0300 0144 5500 3000 0152 6214 9853 8100

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO

VENDE DE MERCADORIA

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

135210576971830 25/05/2021 14:51:03

INSCRIÇÃO ESTADUAL
138194872116

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBSTITUÍDO TRIBUTÁRIO

CNPJ / CPF

04.182.003/0001-44

DESTINATÁRIO / REMETENTE

OME / RAZÃO SOCIAL

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ / CPF

45.349.461/0001-02

DATA DA EMISSÃO

25/05/2021

ENDEREÇO

AV. JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03

Bairro / Distrito

JARDIM ARIANO

CEP

16400-400

DATA DA SAÍDA

25/05/2021

MUNICÍPIO

UF

UF

TELEFONE / FAX

(14)3541-0969

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA

VALORES DA FATURA

Número: 20481 - Valor Original: R\$ 2.545,00 - Valor Desconto: R\$ 0,00 - Valor Líquido: R\$ 2.545,00

COPIAS

Número 001
Emissão 22/06/2021
Valor R\$2.545,00

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS		VALOR DO ICMS		BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBST.		VALOR DO ICMS SUBST.		VALOR TOTAL DOS PRODUTOS	
2.545,00		458,10		0,00		0,00		2.545,00	
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI		VALOR TOTAL DA NOTA			
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00		2.545,00			

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

OME / RAZÃO SOCIAL	PRETENDIMENTO	CODIGO ANTT	PLACA DO VEICULO	UF	CNPJ / CPF
O MESMO	0 - REMETENTE				04.182.003/0001-44
ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL		
O MESMO	O MESMO	SP	438194872116		
QUANTIDADE	ESPECIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
2	Vol./Caixas	Diversos			

ADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CODIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	CST	CFOP	UNID.	QTDE.	VALOR UNITÁRIO	VALOR DESCONTO	VALOR LÍQUIDO	BASE DE CALC ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALIQ % ICMS	ALIQ % IPI
5071	EQUIPO GIRASET EG 0421 000 EST. (CX 50UN) LOTE ABR 2190233743530B	90189099	000	5102	UN	100,0000	25,4500	0,00	2.545,00	2.545,00	458,10	0,00	18,00	0,00

*Bob + NF
Dentro embalagem*

ADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
Aprox Trib IBPT/Empresometro 182C/D529CB ==> R\$ Fed:166,19 Est:305,40 Munic:0,00
Modo Presencial
TABELAMENTO IMPEDIDO DE RECOLHER O ICMS/ISS PELO SIMPLES NACIONAL,NOS TERMOS DO 1 DO ART. 20 DA LEI
COMPLEMENTAR N 123, DE 2006
O QUE GERA DIREITO A CREDITO FISCAL DE IPI
LICENCIAMENTO 22 104
MUNICÍPIO - MIRANDÓPOLIS
INVENIO 0107/2017

RESERVADO AO FISCO

[Handwritten signature]

DIDO: 020481 - VENDEDOR: - CONDIÇÃO DE PAGTO 28 DIAS - COBRANÇA: - CLIENTE: 701

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

DATA E HORA DA IMPRESSÃO: 25/05/2021 14:51:08

Deltress Sistemas - Versão 4.00

04/07/2021 - BANCO DO BRASIL - 17:08:18
679006790 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BCO BRADESCO S.A.

=====

23793398039114700002978002935704186590000177700

BENEFICIARIO:

SUPERMED COMERCIO E IMPORTACAO DE P

NOME FANTASIA:

SUPERMED COMERCIO E IMPORTACAO DE P

CNPJ: 11.206.099/0001-07

BENEFICIARIO FINAL:

SUPERMED COMERCIO E IMPORTACAO DE P

CNPJ: 11.206.099/0001-07

PAGADOR:

ASSOC. HOSP. BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

=====

NR. DOCUMENTO	62.108
DATA DE VENCIMENTO	22/06/2021
DATA DO PAGAMENTO	21/06/2021
VALOR DO DOCUMENTO	1.777,00
VALOR COBRADO	1.777,00

=====

NR.AUTENTICACAO E.FA3.A88.B1E.2F3.9FF

=====

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.



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

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

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA



0-ENTRADA
1-SAIDA

1

CHAVE DE ACESSO

3121 0511 2060 9900 0107 5500 1000 5182 6510 0025 9966

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

Nº 518265
SERIE 1
FOLHA 1/2

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO

131214172787811 25/05/2021 12:46:54

NATUREZA DA OPERAÇÃO
Venda a não contribuinte

INSCRIÇÃO ESTADUAL
001.771.1480298

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
25/05/2021

ENDEREÇO
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03

BAIRRO/DISTRITO
JARDIM ARIANO

CEP
16400-400

DATA DE SAÍDA
25 MAIO 2021

MUNICÍPIO
LINS

FONE/FAX
1435325198

UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA

FATURA / DUPLICATA

001 22/06/2021 1.777,00 002 06/07/2021 1.777,00

CALCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
3.554,00	413,83	0,00	0,00	3.554,00
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
				3.554,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL ATIVA DISTRIBUICAO E LOGISTICA LTDA	FRETE POR CONTA 0 - DO EMITENTE	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF MG	CNPJ/CPF 01125797000540
ENDEREÇO AVENIDA PREFEITO OLAVO GOMES DE OLIVEIRA, 6730	MUNICÍPIO POUSO ALEGRE				INSCRIÇÃO ESTADUAL 5250929840006
QUANTIDADE 5	ESPECIE CAIXA	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO 20,67	PESO LÍQUIDO 20,67

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UND	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V. ICMS	V. IPI	AL ICMS	AL IPI
29555	WOSULIN NPH 100UI/ML FAM 10ML-BIOMM 2 A 8 LT DV10276 (1) 01/2022 (Fornecedor: 2946, Lote: DV10276, Qtde: 1, Data Fab: 01/02/2020, Data Val: 31/01/2022)	30043100	200	6108	FR	1	19,3200	19,32	19,32	0,77		4,00	
29556	WOSULIN REG.100UI/ML FAM 10ML-BIOMM 2 A 8 LT DV10335 (7) 01/2022 (Fornecedor: 3054, Lote: DV10335, Qtde: 7, Data Fab: 28/02/2020, Data Val: 30/01/2022)	30043100	200	6108	FR	7	19,8243	138,77	138,77	5,55		4,00	
29987	OMOPREL 20MG 56CAP-BELPAR LT 021011 (2) 02/2023 (Fornecedor: 6348, Lote: 021011, Qtde: 2, Data Fab: 01/02/2021, Data Val: 01/02/2023)	30049069	000	6108	CX	2	6,9000	13,80	13,80	1,66		12,00	
29922	FLEX ENEMA USO RETAL 130ML-AIRELA LT 21A0-024 (24) 01/2023 (Fornecedor: 596, Lote: 21A0024, Qtde: 24, Data Fab: 05/01/2021, Data Val: 05/01/2023)	30049099	000	6108	FR	24	6,1500	147,60	147,60	17,71		12,00	
1600	ALBUREX 20% 1FAM 50ML IV-CSL LT P100101849 (2) 04/2022 (Fornecedor: 2399, Lote: P100-101849, Qtde: 2, Data Fab: 08/04/2019, Data Val: 08/04/2022)	30021236	000	6108	FR	2	130,0200	260,04	260,04	31,20		12,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
 #B2V1 B2V1 B3V2 B15V1||uti mirandopolis convenio 0107/2017
 ITEM 1 e 2 Aliquota para produtos importados (Resol ucao 13/2012 do Senado Federal.
 Emenda Constitucional 87 de 2015:
 Valor da partilha para UF de Destino: R\$ 222,02
 Pedido: 485952
 End. Entrega: AV.DR.RAUL DA CUNHA BUENO,585 , 585 - MIRANDOPOLIS - 16800-000,
 MIRANDOPOLIS-SP - Horário : COMERCIAL
 Empresa Enquadrada como Dist. Hospitalar nos termos do Inc. XVII do art. 222 do RICHMS/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.....: 6 Cubagem: 0,05

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 26/05/21
ASS.

Mercadoria avariadas, ou falhas
 só serão repostas se forem relacionadas
 ao conhecimentos do transportes.

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



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

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

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA



0-ENTRADA
1-SAIDA

1

CHAVE DE ACESSO

3121 0511 2060 9900 0107 5500 1000 5182 6510 0025 9966

Nº 518265
SERIE 1
FOLHA 2/2

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO
Venda a nao contribuinte

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO

131214172787811 25/05/2021 12:46:54

INSCRIÇÃO ESTADUAL
001.771.1480296

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO
813.020.011.119

CNPJ

11.206.099/0001-07

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UND	QUANT.	V.UNIT	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL ICMS	AL IPI
29375	CAPTOPRIL 25MG 30CP GEN-CIMED LT 2013531 (1) 06/2022 (Fornecedor: 1666, Lote: 2013-531, Qtde: 1, Data Fab: 30/06/2020, Data Val: 30/06/2022)	30039099	000	6108	CX	1	1.6800	1,68	1,68	0,20		12,00	
12091	DIPIRONA (DIPIFARMA)1GR 100AMP 2ML-FARMACE LT DP20F295 (1) 06/2022 (Fornecedor: 2385, Lote: DP20F295, Qtde: 1, Data Fab: 01/07/2020, Data Val: 30/06/2022)	30039099	000	6108	CX	1	65.0900	65,09	65,09	7,81		12,00	
27425	HYCLIN 150MG/ML 50AMP 4ML-HYPOFARMA LT 20-090842 (2) 09/2022 (Fornecedor: 131, Lote: 20090842, Qtde: 2, Data Fab: 26/01/2021, Data Val: 30/09/2022)	30032029	000	6108	CX	2	221.6150	443,23	443,23	53,19		12,00	
16483	BROMOPRIDA 10MG 20CAPS GEN-EMS LT 2F7068 (1) 03/2023 (Fornecedor: 335, Lote: 2F706-8, Qtde: 1, Data Fab: 01/03/2021, Data Val: 31/03/2023)	30049045	500	6108	CX	1	5.0000	5,00	5,00	0,60		12,00	
19020	CL.PETIDINA(A1) 50MG/ML 25AMP 2ML GEN-U.-QUIMICA (PORT.344/98) LT 2113136 (1) 04/2-023 (Fornecedor: 1390, Lote: 2113136, Qtde: 1, Data Fab: 01/04/2021, Data Val: 30/04/2023)	30049064	500	6108	CX	1	59.5000	59,50	59,50	7,14		12,00	
12208	PREDI-MEDROL 40MG/ML 1FAM 2ML-U.QUIMICA LT 2108722 (48) 03/2023 (Fornecedor: 1390, Lote: 2108722, Qtde: 48, Data Fab: 01/03/2021, Data Val: 31/03/2023)	30043290	500	6108	FAM	48	16.1000	772,80	772,80	92,74		12,00	
28947	UNIPRAZOL 40MG 50FAM-DIL-U.QUIMICA LT 211-1491 (1) 11/2022 (Fornecedor: 1390, Lote: 2111491, Qtde: 1, Data Fab: 01/11/2020, Data Val: 30/11/2022)	30049069	000	6108	CX	1	1.508.3700	1.508,37	1.508,37	181,00		12,00	
25052	CISTEIL 600MG 50ENV-GEOLAB LT 2016613 (1) 11/2022 (Fornecedor: 10112, Lote: 2016613, Qtde: 1, Data Fab: 27/11/2020, Data Val: 30/11/2022)	30049099	000	6108	CX	1	39.4800	39,48	39,48	4,74		12,00	
20928	ALCOOL 70% 1LT TRANS CX C/12-DESINF-JALLES MACHADO LT 21.125-70 (1) 05/2024 (Fornecedor: 1793, Lote: 21.125-70, Qtde: 1, Data Fab: 01/05/2021, Data Val: 31/05/2024)	38089429	000	6108	CX	1	79.3200	79,32	79,32	9,52		12,00	

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

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

04/07/2021 - BANCO DO BRASIL - 17:08:18
679006790 0005

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BCO BRADESCO S.A.

23793398039114700005245002935703186590000141556

BENEFICIARIO:
SUPERMED COMERCIO E IMPORTACAO DE P
NOME FANTASIA:
SUPERMED COMERCIO E IMPORTACAO DE P
CNPJ: 11.206.099/0001-07
BENEFICIARIO FINAL:
SUPERMED COMERCIO E IMPORTACAO DE P
CNPJ: 11.206.099/0001-07
PAGADOR:
ASSOC. HOSP. BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	62.109
DATA DE VENCIMENTO	22/06/2021
DATA DO PAGAMENTO	21/06/2021
VALOR DO DOCUMENTO	1.415,56
VALOR COBRADO	1.415,56

=====

NR.AUTENTICACAO A.B6B.B04.B69.708.741
=====

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.



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

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

DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA



0-ENTRADA 1
1-SAIDA 1

CHAVE DE ACESSO
3521 0511 2060 9900 0441 5500 1000 2127 8110 0017 2508

Nº 212781
SERIE 1
FOLHA 1/2

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO: Venda de Merc. Adq. de Terc. / Venda de Merc. Adq. de Terc. ST
PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO: 135210574962937 25/05/2021 09:24:38

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

DESTINATÁRIO / REMETENTE: ASSOC. HOSP. BENEFICENTE DO BRASIL (3467)
CNPJ/CPF: 45.349.461/0001-02
DATA DA EMISSÃO: 25/05/2021

ENDEREÇO: AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03
BAIRRO-DISTRITO: JARDIM ARIANO
CEP: 16400-400
DATA ENTRADA/SAÍDA: 25 MAIO 2021

MUNICÍPIO: LINS
FONE/FAX: 1435325198
UF: SP
INSCRIÇÃO ESTADUAL

FATURA / DUPLICATA	
001	22/06/2021 1.415,56
002	06/07/2021 1.415,55

CÁLCULO DO IMPOSTO	
BASE DE CÁLCULO DO ICMS: 2.610,14	VALOR DO ICMS: 388,16
BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST: 0,00	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO: 0,00
VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO: 0,00	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS: 2.831,11
VALOR DO FRETE: 0,00	VALOR DO SEGURO: 0,00
DESKONTO: 0,00	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS: 0,00
VALOR TOTAL DO IPI: 0,00	VALOR TOTAL DA NOTA: 2.831,11

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS: 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	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
21	CAIXA			64,24	64,24

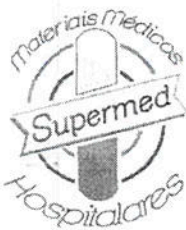
CÓDIGO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UND.	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V ICMS	V IPI	AL ICMS	ALIPI
29642	APARELHO BARBEAR DESC. 01L C/24-BIC LT 29-642228533 (1) 04/2026 (Fornecedor: 1787, Lote: 29642228533, Qtde: 1, Data Fab: 16/04/2021, Data Val: 16/04/2026)	82121020	460	5405	PCT	1	13,3800	13,38					
21897	AG.DESC.13 X 4,5 C/100-SR LT 250P4 (4) 01/2026 (Fornecedor: 7737, Lote: 250P4, Qtde: 4, Data Fab: 01/01/2021, Data Val: 01/01/2026)	90183219	400	5102	CX	4	9,4025	37,61	37,61	5,00		13,30	
21899	AG.DESC.40 X 12 C/100-SR LT 1922P4 (13) 03/2026 (Fornecedor: 7737, Lote: 1922P4, Qtde: 13, Data Fab: 31/03/2021, Data Val: 31/03/2026)	90183219	400	5102	CX	13	11,3008	146,91	146,91	19,54		13,30	
16839	SERINGA DESC. 3ML SLIP C/500-SR LT I104 (1) 02/2026 (Fornecedor: 1156, Lote: I104, Qtde: 1, Data Fab: 01/02/2021, Data Val: 28/02/2026)	90183119	200	5102	CX	1	102,0000	102,00	102,00	13,57		13,30	
29285	SONDA FOLEY 2V N.16 05CC C/1-0-DESCARPACK LT SSFAAA0002 (1) 09/2025 (Fornecedor: 918, Lote: SSFAAA0002, Qtde: 1, Data Fab: 01/10/2020, Data Val: 30/09/2025)	90183921	700	5102	PCT	1	27,7800	27,78	27,78	5,00		18,00	

DADOS ADICIONAIS
 INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
 #R2V2R7V1911UTI MIRANDOPOLIS CONVENIO 0107/2017
 ITEM 1 SUBST. TRIBUTARIA ITEM 69, ANEXO XI, PORTARIA CAT 68/2019
 ITEM 8 Imposto Recolhido por Substituicao Tributaria
 ITEM 1 ICMS-ST retido por operação anterior base: 13,33 valor: 1,33
 ITEM 8 ICMS-ST retido por operação anterior base: 178,72 valor: 17,00
 Pedido: 212092
 End. Entrega: AV.DR.RAUL DA CUNHA BUENO,585, 585 - MIRANDOPOLIS - 16800-000,
 MIRANDOPOLIS 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 B
 Rota...: 2 Cubagem: 0,62

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 26/05/21
ASS. _____

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



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

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

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA



0-ENTRADA
1-SAIDA

1

CHAVE DE ACESSO

3521 0511 2060 9900 0441 5500 1000 2127 8110 0017 2508

Nº 212781
SERIE 1
FOLHA 2/2

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO

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

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO

135210574962937 25/05/2021 09:24:38

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
26568	LANCETA DE SEGURANCA 28C C/100-DESCARPACK LT SLAKAA014C (8) 10/2025 (Fornecedor: 91- 8, Lote: SLAKAA014C, Qtde: 8 ,Data Fab: 01/11/2020, Data Val: 31/10/2025)	90183999	200	5102	CX	8	19,9000	159,20	159,20	28,66		18,00	
27185	AT.CREPE 15X4,5(1,8)15F DZ-ORTOM LT 40/09 (5) 09/2025 (Fornecedor: 7659, Lote: 40/0- 9, Qtde: 5 ,Data Fab: 28/09/2020, Data Val: 28/09/2025)	90211020	020	5102	DZ	5	8,4400	42,20		9,71	1,75	18,00	
25489	FRALDA AD.EXTRA GDE.10PCT C/07-SLIM GERI LT 316501001 (2) 03/2024 (Fornecedor: 798- 3, Lote: 316501001, Qtde: 2 ,Data Fab: 29/ 03/2021, Data Val: 29/03/2024)	96190000	060	5405	FD	2	87,5500	175,10					
11067	ELETRODO AD/INF.C/ESP./GEL C/50-SOLIDOR LT 22620S06AAAA (14) 04/2022 (Fornecedor: 1, Lote: 22620S06AAAA, Qtde: 14 ,Data Fab: 01/05/2020, Data Val: 30/04/2022)	90181100	200	5102	PCT	14	15,6557	219,18	219,18	39,45		18,00	
27486	TAMPA LUER MACHO/FEMEA C/100-BIOBASE LT 20201120 (1) 11/2025 (Fornecedor: 2414, Lote: 20201120, Qtde: 1 ,Data Fab: 20/11/- 2020, Data Val: 20/11/2025)	90183999	200	5102	CX	1	20,1300	20,13	20,13	3,62		18,00	
13775	SERINGA DESC.10ML SLIP C/250-SR LT H1044 (7) 12/2025 (Fornecedor: 1156, Lote: H104- 4, Qtde: 7 ,Data Fab: 01/12/2020, Data Val: 31/12/2025)	90183119	200	5102	CX	7	83,3214	583,25	583,25	77,57		13,30	
24139	SONDA ASPIRACAO C/ VALV.N.14 C/200-MARK LT 16906 (2) 05/2025 (Fornecedor: 164, Lote: 16906, Qtde: 2 ,Data Fab: 01/05/2021, Data Val: 31/05/2025)	90183929	000	5102	CX	2	167,9050	335,81	335,81	60,45		18,00	
15182	SERINGA DESC.20ML SLIP BL C/250-SR LT I09 (6) 01/2026 (Fornecedor: 1156, Lote: I09, Qtde: 6 ,Data Fab: 01/01/2021, Data Val: 31/01/2026)	90183119	200	5102	CX	6	144,6267	867,76	867,76	115,41		13,30	
15181	SERINGA DESC.01ML LS C/500 INSULINA-SR LT H933 (1) 11/2025 (Fornecedor: 1156, Lote: H933, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/11/2020, Data Val: 30/11/2025)	90183111	200	5102	CX	1	100,8000	100,80	100,80	18,14		18,00	

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

Convênio nº 1672/042
Forte de Recurso Estadual
Termo Aditivo nº 00602/2020
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

04/07/2021 - BANCO DO BRASIL - 17:08:18
679006790 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO DO BRASIL

00190000090130484000001116361179886590000142500
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	62.110
NOSSO NUMERO	13048400001116361
CONVENIO	01304840
DATA DE VENCIMENTO	22/06/2021
DATA DO PAGAMENTO	21/06/2021
VALOR DO DOCUMENTO	1.425,00
VALOR COBRADO	1.425,00

=====

NR.AUTENTICACAO B.7E0.2BB.3D7.EB3.3CB
=====

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

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

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

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

Convênio nº 107/2017
Fonte de Recurso Estadual
Termo Aditivo nº 0002/2020
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custo

Identificação do emittente



COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA
RUA PAULO COSTA 140 - DISTRITO INDUSTRIAL JARDIM PIEMONT SUL - BETIM - MG
CEP 32669-712 - 3134194509

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA
NOTA FISCAL ELETRONICA

0 - ENTRADA 1
1 - SAÍDA 1
Nº. 0598467 FL 1 / 1
SÉRIE 1



CHAVE DE ACESSO

3121 0567 7291 7800 0220 5500 1000 5984 6719 1136 0508

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

131214173687671 25/05/2021 23:24:40

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

25/05/2021

ENDEREÇO

AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303

BAIRRO / DISTRITO

JARDIM ARIANO

CEP

16400-400

DATA DA ENTRADA/SAÍDA

25/05/2021

MUNICÍPIO

LINS

FONE / FAX

1836591243

UF

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DE SAÍDA

FATURA/DUPPLICATA

FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC	VENCIMENTO	VALOR
0598467/1	22/06/2021	1.425,00	0598467/2	20/07/2021	1.425,00			

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUTO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
2.850,00	342,00	0,00	0,00	2.850,00
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	VALOR DO DESCONTO	OUTRAS DESPESAS	VALOR DO IPI
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
				VALOR TOTAL DA NOTA
				2.850,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CODIGO ANTT	PLACA DO VEICULO	UF	CNPJ
ATIVA DISTR E LOGISTICA LTDA	0 - Por conta do emittente				01.125.797/0008-92
ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL		
AV APIO CARDOSO 3115	CONTAGEM	MG	0620929840177		
QUANTIDADE	ESPECIE	MARCA	NUMERO	PESO BRUTO	PESO LIQUIDO
1,00	VOLUME(S)		0,00016	2,989	2,989

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
028215	MEROPENEM 1G (BIOQUIMICO) (ITEM GENERICO) L: 0091 24 Q 75,00000 F: 30/11/20 V: 30/10/2022, nFCI: D1538FAF-856 B-4FBB-ACC9-59FF5BBC9EAA	30042099	500	6108	FA	75,00	38,00	2.850,00	2.850,00	342,00	0,00	12,00	0,00

CÁLCULO DO ISSQN

INSCRIÇÃO MUNICIPAL	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	BASE DE CÁLCULO DO ISSQN	VALOR DO ISSQN
1282010014	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

LOCAL DE ENTREGA: 46374500001247-AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Município: MIRANDOPOLIS CEP: 16800000 UF: SP País: BRASIL UNID NEGOC: 002 PREZADO CLIENTE, FAVOR CONFERIR NO ATO DA ENTREGA - NAO ACEITAREMOS RECLAMACOES APOS 48hs DO RECEBIMENTO. DATA ENTREGA: 26/05/2021 Pedido: 1934589 Autorização de Compras/Pedido Cliente: 1934589 *** 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 Cobrança Privado. AFE: 1.04397.7 ** AE: 1.21715.1 ** AAS: 0342/2019 Validade: 18/06/2021 MODAL: RODOVIARIO / TIPO ENTREGA: EXPRESSA LOCAL DE ENTREGA: Endereço: AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Município: MIRANDOPOLIS CEP: 16800000 UF: SP País: BRASIL(Código Interno Emittente: 4768 Nome Fantasia: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL) LOCAL DE ENTREGA: AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Município: MIRANDOPOLIS UF: SP País: BRASIL.

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDOPOLIS
RECEBIDO 01/06/21
ASS. _____

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

04/07/2021 - BANCO DO BRASIL - 17:08:18
679006790 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BCO BRADESCO S.A.

23793398039114700005246002935701286590000093642
BENEFICIARIO:
SUPERMED COMERCIO E IMPORTACAO DE P
NOME FANTASIA:
SUPERMED COMERCIO E IMPORTACAO DE P
CNPJ: 11.206.099/0001-07
BENEFICIARIO FINAL:
SUPERMED COMERCIO E IMPORTACAO DE P
CNPJ: 11.206.099/0001-07
PAGADOR:
ASSOC. HOSP. BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	62.111
DATA DE VENCIMENTO	22/06/2021
DATA DO PAGAMENTO	21/06/2021
VALOR DO DOCUMENTO	936,42
VALOR COBRADO	936,42

=====

NR.AUTENTICACAO B.F4B.106.879.9F5.C24
=====

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.

**SUPERMED COM. E IMP. DE PROD. MED. E HOSPIT. LTDA**Avenida Tower Automotive - Galpao 26,
300 - Laranja Azeda - ARUJA, SP,
CEP:07430350, Fone:11-4934-1700DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA0-ENTRADA
1-SAIDA

1

Nº 212782
SERIE 1
FOLHA 1/2

CHAVE DE ACESSO

3521 0511 2060 9900 0441 5500 1000 2127 8210 0097 3419

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal
ou no site da Sefaz AutorizadoraNATUREZA DA OPERAÇÃO
Venda de Merc.Adq.de Terc./Venda de Merc.Adq.de Terc.ST

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO

135210574962943 25/05/2021 09:24:38

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)

CNPJ/CPF

45.349.461/0001-02

DATA DA EMISSÃO
25/05/2021ENDEREÇO
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03BAIRRO/DISTRITO
JARDIM ARIANO

CEP

16400-400

DATA DE ENTRADA/SAÍDA
25 MAI 2021MUNICÍPIO
LINSFONE/FAX
1435325198UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA

FATURA / DUPLICATA

001 22/06/2021 936,42 002 08/07/2021 936,41

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
1.777,34	310,60	0,00	0,00	1.872,83
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
				1.872,83

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL
ATIVA DISTRIBUICAO E LOGISTICA LTDAFRETE POR CONTA
0 - DO EMITENTE

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ/CPF

01125797000701

ENDEREÇO
RUA SALVADOR RODRIGUES PRADO, 200MUNICÍPIO
SAO PAULO

UF

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

149529966118

QUANTIDADE
4ESPÉCIE
CAIXA

MARCA

NÚMERO

PESO BRUTO

18,26

PESO LÍQUIDO

18,26

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
23523	QUETIAPINA(C1) 25MG 30CP REV.- GEN-EMS (PORT.344/98) LT 2E3677 (14) 02/2- 023 (Fornecedor: 335, Lote: 2E3677, Qtde: 14 ,Data Fab: 01/02/2021, Data Val: 28/02/ 2023)	30049079	500	5102	CX	14	4,7893	67,05	67,05	8,05		12,00	
27349	FLUOXETINA 20MG 30CP GEN-MEDQUIMICA LT 23- 449S (1) 10/2021 (Fornecedor: 7981, Lote: 23449S, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/10/2019, Da- ta Val: 31/10/2021)	30049039	000	5102	CX	1	2,3400	2,34	2,34	0,28		12,00	
28605	HIDROCLOROTIAZIDA 25MG 30CP GEN-MEDQUIM LT 000178 (3) 02/2022 (Fornecedor: 7981, Lo- te: 000178, Qtde: 3 ,Data Fab: 01/02/2020, Data Val: 28/02/2022)	30049079	000	5102	CX	3	1,9000	5,70	5,70	0,68		12,00	
23219	LEVOFLOXACINO 500MG 10CP GEN-CIMED LT 210- 2514 (2) 01/2023 (Fornecedor: 1666, Lote: 2102514, Qtde: 2 ,Data Fab: 01/01/2021, Data Val: 31/01/2023)	30049099	000	5102	CX	2	6,3000	12,60	12,60	1,51		12,00	
15664	CALNATE 30GR 60 ENV.-EUROFARMA LT 691791A (1) 08/2022 (Fornecedor: 1088, Lote: 6917- 91A, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/08/2020, Data Val: 31/08/2022)	30049089	000	5102	CX	1	1.325,3700	1.325,37	1.325,37	238,57		18,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

#R1V1R2V2R7V1||UTI MIRANDOPOLIS - CPVENIO 0107/2017
ITEM 11 Imposto Recolhido por Substituicao Tributaria
ITEM 11 ICMS-ST retido por operação anterior base: 108,72 valor: 11,04
Pedido: 212121
End. Entrega: AV.DR.RAUL DA CUNHA BUENO,585, 585 - MIRANDOPOLIS - 16800-000,
MIRANDOPOLIS-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
Rota.....: 2 Cubagem: 0,04

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 26/05/21
ASS. _____

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

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



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

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

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA

1

Nº 212782
SERIE 1
FOLHA 2/2



CHAVE DE ACESSO

3521 0511 2060 9900 0441 5500 1000 2127 8210 0097 3419

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

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

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO

135210574962943 25/05/2021 09:24:38

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
26722	BISOPROLOL 2,5MG 30CP REVEST. GEN-EM S LT 2F4707 (1) 03/2023 (Fornecedor: 335, Lote: 2F4707, Qtde: 1, Data Fab: 01/03/2021, Data Val: 31/03/2023)	30049039	500	5102	CX	1	7,7500	7,75	7,75	0,93		12,00	
29999	CLONAZEPAM 2MG 60CP GEN-PHARLAB LT 210000-58 (4) 01/2023 (Fornecedor: 6304, Lote: 21000058, Qtde: 4, Data Fab: 01/01/2021, Data Val: 31/01/2023)	30049069	000	5102	CX	4	5,7875	23,15	23,15	2,78		12,00	
29577	AGUA P/ INJECAO 500ML 20FR-ECOFLAC BRAUM LT 21056126D2 (1) 02/2024 (Fornecedor: 29-75, Lote: 21056126D2, Qtde: 1, Data Fab: 01/02/2021, Data Val: 28/02/2024)	30049099	300	5102	CX	1	55,8800	55,88	55,88	10,06		18,00	
29993	AMIODARONA 200MG 30CP GEN-ZYDUS LT M015156 (1) 11/2022 (Fornecedor: 2611, Lote: M015-156, Qtde: 1, Data Fab: 31/12/2020, Data Val: 30/11/2022)	30049054	200	5102	CX	1	15,9200	15,92	15,92	1,91		12,00	
24804	METOPROLOL (BETACRIS) 1MG/ML 10ESTJ.-5ML-CRISTALIA LT 20120050 (1) 12/2022 (Fornecedor: 2591, Lote: 20120050, Qtde: 1, Data Fab: 01/12/2020, Data Val: 31/12/20-22)	30049039	000	5102	CX	1	240,6800	240,68	240,68	43,32		18,00	
29014	INDAHEX ENXAG BUCAL 0,12% 250ML-INDALAB LT 156.12/2020 (12) 12/2022 (Fornecedor: 198-6, Lote: 156.12/2020, Qtde: 12, Data Fab: 22/12/2020, Data Val: 29/12/2022)	33069000	060	5405	UND	12	7,9575	95,49					
28648	ENALAPRIL 10MG 500CP GEN-CIMED LT 2105293 (1) 09/2022 (Fornecedor: 1666, Lote: 2105-293, Qtde: 1, Data Fab: 01/03/2021, Data Val: 30/09/2022)	30049069	000	5102	CX	1	20,9000	20,90	20,90	2,51		12,00	

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

04/07/2021 - BANCO DO BRASIL - 17:08:18
679006790 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

03399484570130000004790695001041686600000127640

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 62.112

DATA DE VENCIMENTO 23/06/2021

DATA DO PAGAMENTO 21/06/2021

VALOR DO DOCUMENTO 1.276,40

VALOR COBRADO 1.276,40
=====

NR.AUTENTICACAO 3.A38.827.80F.090.BC8
=====

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.



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

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

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA 1
1-SAIDA 1

Nº 515893
SERIE 1
FOLHA 1/2



CHAVE DE ACESSO
13121051120609900107550010005158931000999530

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO: Venda a não contribuinte
PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO: 131214155205088 12/05/2021 13:55:28

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: 12/05/2021
ENDEREÇO: AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03
BAIRRO/DISTRITO: JARDIM ARIANO
CEP: 16400-400
MUNICÍPIO: LINS
FONE/FAX: 1435325198
UF: SP
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 12 MAIO 2021
HORA DA SAÍDA:

FATURA / DUPLICATA

001	09/06/2021	1.276,41	002	23/06/2021	1.276,40
-----	------------	----------	-----	------------	----------

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	2.552,81	VALOR DO ICMS	295,23	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	0,00	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	0,00	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS	2.552,81		
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	2.552,81

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: 9
ESPECIE: CAIXA
MARCA: NÚMERO: PESO BRUTO: 20,00
PESO LÍQUIDO: 20,00

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
23523	QUETIAPINA(C1) 25MG 30CP REV. - GEN-EMS (PORT.344/98) LT 2E3677 (7)02/23 (Fornecedor: 335, Lote: 2E3677, Qtde: 7, Data Fab: 01/02/2021, Data Val: 28/02/2023)	30049079	500	6108	CX	7	4.7900	33,53	33,53	4,02		12,00	
29556	NOBULIN REG.100UI/ML FAN 10ML-BIOMM 2 A 8 LT DV10335 (7)01/22 (Fornecedor: 3054, Lote: DV10335, Qtde: 7, Data Fab: 28/02/2020, Data Val: 30/01/2022)	30043100	200	6108	FR	7	19,8243	138,77	138,77	5,55		4,00	
23219	LEVOPLOXACINO 500MG 10CP GEN-CHEED LT 202-0154 (3)08/22 (Fornecedor: 1666, Lote: 20-20154, Qtde: 3, Data Fab: 25/08/2020, Data Val: 25/08/2022)	30049099	000	6108	CX	3	6,3000	18,90	18,90	2,27		12,00	
12273	MIOCARDIL 30MG 30CP REV.-VITAMEDIC LT 533-06 (1)03/22 (Fornecedor: 961, Lote: 53306, Qtde: 1, Data Fab: 01/03/2020, Data Val: 31/03/2022)	30049099	000	6108	CX	1	9,5900	9,59	9,59	1,15		12,00	
12091	DIPIRONA (DIPIFARMA)1GR 100AMP 2ML-FANUACE LT DP20F294 (1)06/22 (Fornecedor: 2385, Lote: DP20F294, Qtde: 1, Data Fab: 01/07/-2020, Data Val: 30/06/2022)	30039099	000	6108	CX	1	69,5300	69,53	69,53	8,34		12,00	

DADOS ADICIONAIS
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
UTI MIRANDOPOLIS - CONVENIO 0107/2017;#B8
ITEM 2 Aliquota para produtos importados (Resol ucao 13/2012 do Senado Federal. Emenda Constitucional 87 de 2015: Valor da partilha para UF de Destino: R\$ 160,73 Pedido: 483323
End. Entrega: AV.DR.RAUL DA CUNHA BUENO,585, MIRANDOPOLIS - 16800-000, MIRANDOPOLIS-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 NUMERO (11) 4934-1703
Rota....: 6 Cubagem: 0,06

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 13/05/21
ASS. _____

RECEBUE
AGENTE

Mercadoria avariadas, ou falhas só serão repostas se forem relacionadas aos conhecimentos do transportes.

Convênio nº 107/2017
Fonte de Recurso Estadual
Terno Aditivo nº 0002/2020
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio



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

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

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA



0-ENTRADA
1-SAIDA

1

CHAVE DE ACESSO

3121 0511 2060 9900 0107 5500 1000 5158 9310 0099 9530

Nº 515893
SERIE 1
FOLHA 2/2

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO
Venda a não contribuinte

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USC

131214155205088 12/05/2021 13:55:28

INSCRIÇÃO ESTADUAL
001.771.1480296

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO
813.020.011.119

CNPJ

11.206.099/0001-07

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UND.	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V ICMS	V.IPI	AL ICMS	AL IPI
30086	NORADREN 2MG/ML 50AMP 4ML-HIPOLABOR LT AB-040/21 (4)02/23 (Fornecedor: 1898, Lote: AB-040/21, Qtde: 4 ,Data Fab: 18/03/ 2021, Data Val: 28/02/2023)	30044990	500	6108	CX	4	475.0000	1.900,00	1.900,00	228,00		12,00	
15501	VARFARINA 5MG 30CP GEN-U.QUIMICA LT 20243- 36 (1)06/22 (Fornecedor: 1390, Lote: 2024- 336, Qtde: 1 ,Data Fab: 29/06/2020, Data Val: 30/06/2022)	30049059	500	6108	CX	1	6,6100	6,61	6,61	0,79		12,00	
10866	AGUA P/ INJECAO 200AMP 10ML PL-FARMACE LT 21C10148D (6)03/23 (Fornecedor: 2385, Lo- te: 21C10148D, Qtde: 6 ,Data Fab: 01/03/2- 021, Data Val: 31/03/2023)	30039099	000	6108	CX	6	62,6467	375,88	375,88	45,11		12,00	

04/07/2021 - BANCO DO BRASIL - 17:08:18
679006790 0003

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

0339948457013000000478563250104648660000065295

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	62.113
DATA DE VENCIMENTO	23/06/2021
DATA DO PAGAMENTO	21/06/2021
VALOR DO DOCUMENTO	652,95
VALOR COBRADO	652,95

NR.AUTENTICACAO	3.95C.B44.DD3.357.F6B
-----------------	-----------------------

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.

OK
18/05/21



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

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

DANFE
DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA

0-ENTRADA 1
1-SAIDA 1

Nº 207585
SERIE 1
FOLHA 1/2



CHAVE DE ACESSO
3521 0511 2060 9900 0441 5500 1000 2075 8510 0042 2943

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO: Venda de Merc.Adq.de Terc. PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO: 135210521782170 12/05/2021 12:13:48

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

DESTINATÁRIO / REMETENTE: ASSOC. HOSP. BENEFICENTE DO BRASIL (3467) CNPJ/CPF: 45.349.481/0001-02 DATA DA EMISSÃO: 12/05/2021

ENDEREÇO: AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03 BAIRRO/DISTRITO: JARDIM ARIANO CEP: 16400-400 DATA ENTRADA SAÍDA: 12 MAI 2021

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

FATURA / DUPLICATA	
001 09/06/2021 652.96	002 23/06/2021 652.96

CÁLCULO DO IMPOSTO	
BASE DE CÁLCULO DO ICMS: 1.273,42	VALOR DO ICMS: 194,41
BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST: 0,00	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO: 0,00
VALOR TOTAL DOS PRODUTOS: 1.305,91	
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: 1.305,91

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: 8 ESPÉCIE: CAIXA MARCA: NÚMERO: PESO BRUTO: 29,46 PESO LÍQUIDO: 29,46

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UND	QUANT.	V.LIMIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL ICMS	AL IPI
23135	DERMAEX AGE 200ML C/24-NUTRIEX LT 21030451 (1) 03/2023 (Fornecedor: 2612, Lote: 2103-0451, Qtde: 1, Data Fab: 01/03/2021, Data Val: 31/03/2023)	15121919	000	5102	CX	1	150,8400	150,84	150,84	27,15		18,00	
21897	AG.DESC.13 X 4,5 C/100-SR LT 4856N4 (5) 11/2025 (Fornecedor: 7737, Lote: 4856N4, Qtde: 5, Data Fab: 01/11/2020, Data Val: 30/11/2025)	90183219	400	5102	CX	5	9,1600	45,80	45,80	6,09		13,30	
13430	AG.DESC.25 X 07 C/100-SOLIDOR LT 53120051 (3) 05/2025 (Fornecedor: 1, Lote: 5312005-1, Qtde: 3, Data Fab: 01/05/2020, Data Val: 31/05/2025)	90183219	200	5102	CX	3	9,9500	29,85	29,85	3,97		13,30	
21899	AG.DESC.40 X 12 C/100-SR LT 1902P4 (10) 03/2026 (Fornecedor: 7737, Lote: 1902P4, Qtde: 10, Data Fab: 01/03/2021, Data Val: 30/03/2026)	90183219	400	5102	CX	10	10,7110	107,11	107,11	14,25		13,30	
16839	SERINGA DESC. 3ML SLIP C/500-SR LT H858 (1) 10/2025 (Fornecedor: 1156, Lote: H858, Qtde: 1, Data Fab: 01/10/2020, Data Val: 31/10/2025)	90183119	200	5102	CX	1	102,0000	102,00	102,00	13,57		13,30	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

#R2V2R4V6|UTI MIRANDOPOLIS - CONVENIO 0107/2017

Pedido: 206362

End. Entrega: AV.DR.RAUL DA CUNHA BUENO,585, MIRANDOPOLIS - 16800-000, MIRANDOPOLIS-SP - Horário: 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....: 2 Cubagem: 0,24

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS

RECEBIDO 13/05/21

ASS. _____

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

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



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

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

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA



0-ENTRADA 1
1-SAIDA 1

CHAVE DE ACESSO
3521 0511 2060 9900 0441 5500 1000 2075 8510 0042 2943

Nº 207585
SERIE 1
FOLHA 2/2

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

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

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO
135210521782170 12/05/2021 12:13:48

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
24049	EQ.MAC.FL.IL.F/A+P 1,5MT C/25-VERMAO-6-TKL LT HGENA06-200820 (2) 08/2025 (Fornecedor: 2598, Lote: HGENA06-200820, Qtde: 2 ,Data Fab: 01/08/2020, Data Val: 31/08/2025)	90189010	200	5102	CX	2	26,2100	52,42	52,42	9,44		18,00	
22391	SONDA END.PVC N.8,0 C/CUFF C/10-CIRUTRAQ LT 20605 (1) 07/2025 (Fornecedor: 7960, Lote: 20605, Qtde: 1 ,Data Fab: 11/07/2020-0, Data Val: 10/07/2025)	90183929	700	5102	CX	1	42,5200	42,52	42,52	7,65		18,00	
27185	AT.CREPE 15X4,5(1,8)15F D2-ORTOM LT 40/09 (5) 09/2025 (Fornecedor: 7659, Lote: 40/0-9, Qtde: 5 ,Data Fab: 28/09/2020, Data Val: 28/09/2025)	90211020	020	5102	DZ	5	8,4400	42,20	9,71	1,75		18,00	
21569	ESPARADRAPO 10X4,5 C/CAPA C/12 PROCI-TEX-CREMER REV.257199 LT 1993031G (1) 07/-2022 (Fornecedor: 1062, Lote: 1993031G, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/07/2020, Data Val: 31/07/2022)	30051030	500	5102	PCT	1	86,2600	86,26	86,26	15,53		18,00	
22852	TURBANTE DESC.ELAST.C/100-TALGE LT TTEM277 (8) 11/2025 (Fornecedor: 1695, Lote: TTEM277, Qtde: 8 ,Data Fab: 01/11/2020, Data Val: 01/11/2025)	65069900	200	5102	PCT	8	13,3750	107,00	107,00	18,26		18,00	
16233	EQ.DIETA ENTERAL FLEX.S/FIL.ESCALON-MEDS LT 57242 (50) 10/2024 (Fornecedor: 9657, Lote: 57242, Qtde: 50 ,Data Fab: 01/10/2020, Data Val: 31/10/2024)	90183999	500	5102	PC	50	1,1272	56,36	56,36	10,14		18,00	
13775	SERINGA DESC.10ML SLIP C/250-SR LT H914 (2) 11/2025 (Fornecedor: 1156, Lote: H914, Qtde: 2 ,Data Fab: 01/11/2020, Data Val: 30/11/2025)	90183119	200	5102	CX	2	83,3200	166,64	166,64	22,16		13,30	
23053	C.G.7,5 X 7,5 11F N.ESTERIL-CLEAN LT 0601-01/21 (3) 01/2025 (Fornecedor: 1886, Lote: 060101/21, Qtde: 3 ,Data Fab: 01/01/2021, Data Val: 31/01/2025)	58030010	000	5102	PCT	3	8,8600	26,58	26,58	4,78		18,00	
15182	SERINGA DESC.20ML SLIP EL C/250-SR LT H707 (1) 09/2025 \ LT H903 (1) 11/2025 (Fornecedor: 1156, Lote: H707, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/09/2020, Data Val: 30/09/2025 / Fornecedor: 1156, Lote: H903, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/11/2020, Data Val: 30/11/2025)	90183119	200	5102	CX	2	144,6250	289,25	289,25	38,47		13,30	
15227	HIDROCLOROTIAZIDA 25MG 30CP GEN-NEO QUIMICA LT B20D0862 (1) 04/2022 (Fornecedor: 1113, Lote: B20D0862, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/04/2020, Data Val: 30/04/2022)	30049099	000	5102	CX	1	1,0800	1,08	1,08	0,20		18,00	

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

04/07/2021 - BANCO DO BRASIL - 17:08:18
679006790 0002

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO DO BRASIL

0019000009033088411090003553417178660000038572

BENEFICIARIO:

DUPATRI H C I EXPORTACAO LTDA

NOME FANTASIA:

DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IMPORTA

CNPJ: 04.027.894/0001-64

PAGADOR:

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFA DO BRAS

CNPJ: 45.349.461/0001-02

=====

NR. DOCUMENTO	62.114
NOSSO NUMERO	33088411000035534
CONVENIO	03308841
DATA DE VENCIMENTO	23/06/2021
DATA DO PAGAMENTO	21/06/2021
VALOR DO DOCUMENTO	385,72
VALOR COBRADO	385,72

NR.AUTENTICACAO 8.OE3.DD6.4C3.383.DDA

=====

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.



**DUPATRI HOSPITALAR
COMERCIO IMPORTACAO E
EXPORTACAO LTDA**

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

DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA

1



CHAVE DE ACESSO
3521 0504 0278 9400 0750 5500 1000 1796 4610 0126 7904

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

Nº 179646
SERIE 1
FOLHA 1/1

NATUREZA DA OPERAÇÃO
VENDA MERC.ADQ. REC.TERCEIROS

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO
135210573352350 24/05/2021 21:12:37

INSCRIÇÃO ESTADUAL
671.392.680.115

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO

CNPJ

04.027.894/0007-50

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL
ASSOC.HOSPITALAR BENEF.DO BRASIL (8149)

CNPJ/CPF
45.349.461/0001-02

DATA DA EMISSÃO
24/05/2021

ENDEREÇO
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303

BAIRRO/DISTRITO
JARDIM ARIANO

CEP
16400-400

DATA ENTRADA/SAIDA
24/05/2021

MUNICÍPIO
LINS

FONE/FAX
1435325198

UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAIDA
21:02

FATURA / DUPLICATA

001 23/06/2021 385,72

CALCULO DO IMPOSTO

BASE DE CALCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CALCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
385,72	69,43	0,00	0,00	385,72
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
				385,72

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL
PVN - RIBEIRAO PRETO (63)

FRETE POR CONTA
0 - DO EMITENTE

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEICULO

UF

CNPJ/CPF

ENDEREÇO
RUA SAO PAULO, 41

MUNICÍPIO
SANTOS

UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL
633751854115

QUANTIDADE	ESPECIE	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
2	CAIXAS			3,00	3,00

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CODIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇOS	NCM/CH	CST	CFOP	UND	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL ICMS	AL IPI
35335	COMP.GAZE 7,5X7,5 EST.13F CX 400/10 - NOBRE (Lote: 0920, Qtde: 2, Dt Val: 30/09/2023 ,Data Fab: 01/09/20- 20)	30059090	000	5102	CX	2	192.8600	385,72	385,72	69,43		18,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

DECLARAÇÕES DE MERCADORIAS COM NO MAXIMO DE 48HORAS APOS A ENTREGA
MIRANDÓPOLIS - DUPATRI:ENTREGAR DE RAUL DA CUNHA BUENO 585 JD SANTA ROSA MIRANOPOLIS
SP/UTI MIRANOPOLIS CONV 0107/2017 AC/ LAIS
ITEM 3
VALOR APROX. TRIBUTOS, R\$ 98,69, Federal, R\$ 29,26, Estadual, R\$ 69,43
Destido: 201713
Representante: REGIAO SJRP - (VITOR)
Representante: REGIAO SJRP - (VITOR)
OS PRODUTOS CLASSIFICADOS COM: A-1 / A-2 / B-1 / B-2 / C-1 / C-2 / C-4 / C-5 / C-3
ENQUADRAM-SE NA PORT. 344/98.

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 25/05/21
ASS.

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

04/07/2021 - BANCO DO BRASIL - 17:08:18
679006790 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO DO BRASIL

00190000090330884110900032687170386610000075781
BENEFICIARIO:
DUPATRI H C I EXPORTACAO LTDA
NOME FANTASIA:
DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IMPORTA
CNPJ: 04.027.894/0001-64
PAGADOR:
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEF DO BRAS
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	62.115
NOSSO NUMERO	33088411000032687
CONVENIO	03308841
DATA DE VENCIMENTO	24/06/2021
DATA DO PAGAMENTO	21/06/2021
VALOR DO DOCUMENTO	757,81
VALOR COBRADO	757,81

=====

NR.AUTENTICACAO C.F16.33F.92B.88C.BB7
=====

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

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

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

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

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

DATA DE RECEBIMENTO

IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR
ASSOC.HOSPITALAR BENEF.DO BRASIL (8149)N° 175704
SÉRIE 1
**DUPATRI HOSPITALAR
COMERCIO IMPORTACAO E
EXPORTACAO LTDA**

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

DANFE
DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA0-ENTRADA
1-SAIDA 1N° 175704
SERIE 1
FOLHA 1/1

CHAVE DE ACESSO

3521 0504 0278 9400 0750 5500 1000 1757 0410 0125 2807

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal
ou no site da Sefaz AutorizadoraNATUREZA DA OPERAÇÃO
VENDA MERC.ADQ. REC.TERCEIROS

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO

135210513438930 10/05/2021 20:52:35

INSCRIÇÃO ESTADUAL
671.392.680.115

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO

CNPJ

04.027.894/0007-50

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL
ASSOC.HOSPITALAR BENEF.DO BRASIL (8149)

CNPJ/CPF

45.349.461/0001-02

DATA DA EMISSÃO

10/05/2021

ENDEREÇO
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303BAIRRO/DISTRITO
JARDIM ARIANO

CEP

16400-400

DATA ENTRADA/SAIDA

10/05/2021

MUNICÍPIO
LINSFONE/FAX
1435325198UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAIDA
20:37

FATURA / DUPLICATA

001 24/06/2021 757,81

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
757,81	104,69	0,00	0,00	757,81
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
				757,81

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL PVN - RIBEIRÃO PRETO (63)	FRETE POR CONTA 0 - DO EMITENTE	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
ENDEREÇO RUA SÃO PAULO, 41	MUNICÍPIO SANTOS	UF SP	INSCRIÇÃO ESTADUAL 633751854115	QUANTIDADE 1	ESPÉCIE CAIXAS
MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO		
		1,00	1,00		

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇOS	NCM/CH	CST	CFOP	UND.	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL ICMS	AL IPI
16300	FUROSEFARMA 20MG 100/2ML - FARMACE (Lote: FS21B004, Qtde: 3, Dt Val: 28/02/2023 ,Data Fab: 01/03/2021)	30039086	000	5102	CX	3	76,3900	229,17	229,17	41,25		18,00	
13727	DEXAMETASONA 4MG 50/2,5ML GEN-HYPOFARMA (Lote: 21030243, Qtde: 4, Dt Val: 31/03/2023 ,Data Fab: 01/04/2021)	30043290	000	5102	CX	4	132,1600	528,64	528,64	63,44		12,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

 RECLAMAÇÕES DE MERCADORIAS COM NO MAXIMO DE 48HORAS APOS A ENTREGA
 MIRANOPOLIS - DUPATRI ENTREGAR DR RAUL DA CUNHA BUENO 585 JD SANTA ROSA MIRANOPOLIS
 SPUTI MIRANOPOLIS CONV 0107/2017 AC/ LAIS
 ITEM 2 ALIQ.12% CF LEI GENERICOSSP 16005/2015
 ITEM 1 e 2 ALIQUOTA ZERO PIS/COFINS,CF.ART.2 DA LEI 10.147/00
 VALOR APROX. TRIBUTOS, R\$ 104,69, Federal, R\$ 0,00, Estadual, R\$ 104,69
 Pedido: 197362
 Representante: REGIAO SJRP - (VITOR)
 Representante: REGIAO SJRP - (VITOR)
 OS PRODUTOS CLASSIFICADOS COM: A-1 / A-2 / B-1 / B-2 / C-1 / C-2 / C-4 / C-5 / C-3
 ENQUADRAM-SE NA PORT. 344/98

RESERVADO AO FISCO

04/07/2021 - BANCO DO BRASIL - 17:08:18
679006790 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO DO BRASIL

00190000090330884120800026937177586610000028485
BENEFICIARIO:
DUPATRI H C I EXPORTACAO LTDA
NOME FANTASIA:
DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IMPORTA
CNPJ: 04.027.894/0001-64
PAGADOR:
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEF DO BRAS
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	62.116
NOSSO NUMERO	33088412000026937
CONVENIO	03308841
DATA DE VENCIMENTO	24/06/2021
DATA DO PAGAMENTO	21/06/2021
VALOR DO DOCUMENTO	284,85
VALOR COBRADO	284,85

NR.AUTENTICACAO	3.A5C.AC1.A82.88F.31F
-----------------	-----------------------

=====

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.



DUPATRI HOSPITALAR COM
IMP EXT LTDA

AV. JOSE SEVERINO Nº 3530
CATALÃO - GO
CEP: 75.709-615
TELEFONES
ESTOQUE CATALÃO: (64) 3442-8531
ADM. SANTOS (13) 3228-8700

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA



U-ENTRADA 1
1-SAIDA

CHAVE DE ACESSO

5221 0504 0278 9400 0326 5500 1001 1805 2610 0128 8680

Nº 1180526
SERIE 1
FOLHA 1/1

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO
VENDA N CONTRIB

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO

152214044127670 10/05/2021 19:39:19

INSCRIÇÃO ESTADUAL
10.444.430-4

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO
809.010.530.117

CNPJ

04.027.894/0003-26

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL
ASSOC.HOSPITALAR BENEF.DO BRASIL (8149)

CNPJ/CPF

45.349.461/0001-02

DATA DA EMISSÃO

10/05/2021

ENDEREÇO
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303

BAIRRO/DISTRITO
JARDIM ARIANO

CEP

16400-400

DATA ENTRADA/SAÍDA

10/05/2021

MUNICÍPIO
LINS

FONE/FAX

1435325198

UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA

19:38

FATURA / DUPLICATA

001 24/06/2021 284,85

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	237,37	VALOR DO ICMS	28,48	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	0,00	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	0,00	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS	284,85
VALOR DO FRETE	0,00	VALOR DO SEGURO	0,00	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	0,00	VALOR TOTAL DO IPI	0,00	VALOR TOTAL DA NOTA	284,85

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL VEICULO PROPRIO (90)	FRETE POR CONTA D - DO EMITENTE	CODIGO ANTI	PLACA DO VEÍCULO	UF GO	CNPJ/CPF 04027894000326
ENDEREÇO AVENIDA JOSE SEVERINO, 3530	MUNICÍPIO CATALAO	UF GO	INSCRIÇÃO ESTADUAL 104444304	QUANTIDADE 4	ESPÉCIE CAIXAS
QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO 16,00	PESO LÍQUIDO

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇOS	NCMCH	CST	CFOP	UND	QUANT.	V.UNIT	V.TOTAL	BC ICMS	V ICMS	V IPI	AL ICMS	AL IPI
24807	HASTE FLEXIVEL C/75-CREMER (Lote: 153, Qtde: 2, Dt Val: 24/02/2026 ,Data Fab: 01/02/2021)	56012190	020	6108	CX	2	1,4500	2,90	2,42	0,29		12,00	
943	APRESOLINA 25MG C/20DRG - NOVARTIS (Lote: 2101291, Qtde: 1, Dt Val: 30/11/2022 ,Data Fab: 01/12/2020)	30049069	020	6108	CX	1	6,0100	6,01	5,01	0,60		12,00	
945	APRESOLINA 50MG C/20 DRG - NOVARTIS (Lote: 2100989, Qtde: 1, Dt Val: 30/06/2022 ,Data Fab: 01/01/2021)	30049069	020	6108	CX	1	8,0400	8,04	6,70	0,80		12,00	
36559	FRALDA GERIAT.TAM. EG C/7 - SLIM	96190000	020	6108	PCT	30	8,9300	267,90	223,24	26,79		12,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
RECLAMAÇÕES DE MERCADORIAS COM NO MAXIMO DE 48 HORAS APOS A ENTREGA
MIRANOPOLIS - DUPATRI ENTREGAR DR RAUL DA CUNHA BUENO 585 JD SANTA ROSA MIRANOPOLIS
SPUTI MIRANOPOLIS CONV 0107/2017 AC/ LAIS
ITENS 1 a 4 RED.BASE DE CALCULO CONF. ART. 8º, INC. VIII, ANEXO IX DEC.4.852/97 -
RICMS/GO
ITENS 1,4
ITEM 2 e 3 ALIQUOTA ZERO PIS/COFINS, CF. ART. 2 DA LEI 10.147/00
ITENS 1 a 4 DIFAL de ICMS com exigibilidade suspensa em virtude de decisão judicial,
nos autos do Processo n.º 2068021-62.2021.8.26.0000/50000 SP
VALOR APROX. TRIBUTOS, R\$ 51,02, Federal, R\$ 22,54, Estadual, R\$ 28,48
Pedido: 1265017
Representante: REGIAO SJRP - (VITOR)
Representante: REGIAO SJRP - (VITOR)
Redespacho...: PVN - RIBEIRÃO PRETO (63) - CIF - CNPJ: - Inscricão
Estadual: 633751854115 - Endereco: RUA SAO PAULO SANTOS-SP

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANÓPOLIS
RECEBIDO 11/05/2021
ASS. _____

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

04/07/2021 - BANCO DO BRASIL - 17:08:18
679006790 0007

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BCO BRADESCO S.A.

23790601029114700000376000107706686610000068000
BENEFICIARIO:
BIOMEDICAL
NOME FANTASIA:
BIOMEDICAL
CNPJ: 51.943.645/0001-07
BENEFICIARIO FINAL:
BIOMEDICAL
CNPJ: 51.943.645/0001-07
PAGADOR:
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEF DO BRAS
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO 62.117
DATA DE VENCIMENTO 24/06/2021
DATA DO PAGAMENTO 21/06/2021
VALOR DO DOCUMENTO 680,00
VALOR COBRADO 680,00

NR.AUTENTICACAO 5.0A3.EB4.D1E.59E.A6A
=====



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.

ECEBEMOS DE BIOMEDICAL EQUIPAMENTOS PRODUTOS MEDICO-CIRURGICOS LTDA OS PRODUTOS/SERVIÇOS CONSTANTES NA NOTA FISC		VALOR NOTA RS 680,00	NF-e Nº: 000.136.228 SÉRIE : 1
DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	DESTINATÁRIO ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEF DO BRASIL	

 BIOMEDICAL EQUIPAMENTOS E PRODUTOS MEDICO-CIRURGICOS LTDA Av. Amador Aguiar, 1500 - City Jaraguá - São Paulo - SP CEP: 02998-020 Tel. (011) 3944-5555 www.biomedical.ind.br www.cateter.com.br	DANFE DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA 0 - Entrada <input type="checkbox"/> 1 1 - Saída <input checked="" type="checkbox"/> 1 Nº 000.136.228 SÉRIE : 1 FOLHA: 1 de 1	 CHAVE DE ACESSO 3521 0551 9436 4500 0107 5500 1000 1362 2810 0464 0322 Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora	
	NATUREZA DA OPERAÇÃO VENDA PRODUCAO PROPRIA		PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 135210576516539 - 25/05/2021 13:40:26
INSCRIÇÃO ESTADUAL 110883564111	INSCRIÇÃO ESTADUAL SUB. TRIBUTARIA	CNPJ 51.943.645/0001-07	

DESTINATÁRIO/REMETENTE		CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO
NOME/RAZÃO SOCIAL ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEF DO BRASIL		45.349.461/0001-02	25/05/2021
ENDEREÇO AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303	BAIRRO/DISTRITO JARDIM ARIANO	CEP 16400-400	DATA DE SAÍDA/ENTRADA 25/05/2021
MUNICÍPIO LINS	FONE/FAX (14) 3541-1544	UF SP	INSCRIÇÃO ESTADUAL HORA DE SAÍDA 13:39:33

FATURA
Número Data Vcto Valor
001 24/06/2021 680,00

CÁLCULO DO IMPOSTO				
BASE DE CÁLCULO DE ICMS 0,00	VALOR DO ICMS 0,00	BASE DE CÁLCULO ICMS ST 0,00	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO 0,00	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 680,00
VALOR DO FRETE 0,00	VALOR DO SEGURO 0,00	DESCONTO 0,00	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS 0,00	VALOR DO IPI 0,00
			VALOR APROX. DOS TRIBUTOS 110,16	VALOR TOTAL DA NOTA 680,00

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS		FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
RAZÃO SOCIAL PERI SERVICOS DE COMUNICACAO LTDA.		0 - Rem.				57.185.621/0001-04
ENDEREÇO AV. PERI RONCHETTI, 765		MUNICÍPIO SAO PAULO		UF SP	INSCRIÇÃO ESTADUAL ISENTO	
QUANTIDADE 1	ESPECIE VOLUME	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO 0,980	PESO LIQUIDO 0,700	

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO														
COD. PROD.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM SH	CST	CFOP	UNID.	QUANT	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL	B.CALC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTAS ICMS IPI		VALOR APROX. DOS TRIBUTOS
C7D20BNW	Cateter para Subelavias D/L CVC, 7Fr x 20cm com acessórios BNW R.O.P.M. 0702040150 L. 37744 QT. 10 RESOLUCAO DO SENADO FEDERAL 13/12, No FCL 9F30 847B-54BC-457D-A322-DA2812385F55	90183929	5 40	5101	UN	10	68,000000	680,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	110,16

Convênio nº 107/2017
 Fonte de Recurso Estadual
 Termo Aditivo nº 0002/2020
 Secretaria do Estado da Saúde
 UGE: 090195 - Hospital Estadual
 UGE: 090195 - Hospital Estadual
 Tipo de Despesa: Outros

CÁLCULO DO ISSQN

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

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES NOSSO PEDIDO: 113372 - P. PEDIDO DO CLIENTE: EMAIL. Valor aproximado dos tributos conf. Lei 12.741/2012. Federal: R\$ 28,56 (4,20%) Estad. Uai: R\$ 81,60 (12,00%) Fonte: IBPT. UTI MIRANDÓPOLIS CONVENIO 0107 2017/ICMS Isento nos termos do art.14. de anexo I, do RICMS/SP Decret. o 45.490/00	RESERVADO AO FISCO AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS RECEBIDO 27/05/2021 ASS.
---	---

04/07/2021 - BANCO DO BRASIL - 17:08:18
679006790 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BCO BRADESCO S.A.

23790014039000001186734011554101686610000036600

BENEFICIARIO:

BIRIPEL EMBALAGENS LTDA

NOME FANTASIA:

BIRIPEL EMBALAGENS

CNPJ: 03.748.769/0001-80

BENEFICIARIO FINAL:

BIRIPEL EMBALAGENS LTDA

CNPJ: 03.748.769/0001-80

PAGADOR:

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE D

CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO 62.118

DATA DE VENCIMENTO 24/06/2021

DATA DO PAGAMENTO 21/06/2021

VALOR DO DOCUMENTO 366,00

VALOR COBRADO 366,00
=====

NR. AUTENTICACAO 2.98A.A8C.BB3.AFD.747
=====

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.

BIRIPEL EMBALAGENS LTDA

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

DANFE
DOCUMENTO AUXILIAR DA
NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA

Nº 000166842 fl. 1 / 1
SÉRIE 001



CHAVE DE ACESSO
3521 0503 7487 6900 0180 5500 1000 1668 4216 0683 3785

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
135210577250582 25/05/2021 15:31:25

NATUREZA DE OPERAÇÃO
VENDA

INSCRIÇÃO ESTADUAL
214073629113

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRID.

CNPJ / CPF
03.748.769/0001-80

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ / CPF
45.349.461/0001-02

DATA DA EMISSÃO
25/05/2021

ENDEREÇO

RUA SETE SETEMBRO, 529

BAIRRO / DISTRITO

CENTRO

CEP

16210-000

DATA SAÍDA / ENTRADA
25/05/2021

MUNICÍPIO

BILAC

FONE / FAX

(18)3659-1411

UF

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA
15:30:47

FATURA

DADOS DA FATURA

NÚMERO
166842

VALOR ORIGINAL
366,00

VALOR DESCONTO
0,00

VALOR LÍQUIDO
366,00

DUPLICATAS

Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR	Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR	Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR	Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR
001	24/06/2021	366,00									

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE CÁLC. ICMS SUBST.	VALOR DO ICMS SUBST.	VALOR APROX. DOS TRIBUTOS	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	98,82	366,00
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	366,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CODIGO ANTT	PLACA DO VEICULO	UF	CNPJ / CPF
	0 - REMETENTE				
ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL		
QUANTIDADE	ESPECIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇOS

CÓDIGO DO PROD. / SERV.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / SH	CST	CFOP	UNID.	QUANT.	VALOR UNITARIO	VALOR DESCONTO	VALOR LÍQUIDO	BASE CÁLC. ICMS	VALOR I.C.M.S.	VALOR I.P.I.	ALÍQUOTAS ICMS	ALÍQUOTAS IPI
000000004931	COPO PLAST KERO COPO 180 ML TRANSP PS CX C/2500	39241000	060	5405	cx	1,000	118,00	0,00	118,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
000000004448	PAPEL CHAMEX A-4 C/500 UND	48025610	050	5405	und	10,000	24,80	0,00	248,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

IMPOSTOS Valor Aproximado dos Tributos R\$. 47,82 Federal, 51,00 Estadual e 0,00 Municipal - Fonte: IBPT/empresometro.com.br (B95EF4)

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 27/05/21
ASS. _____

Convênio nº 107/2017
Fórum de Recurso Estadual
Termo Aditivo nº 00002/2020
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 050196 - Hospital Estadual
Dr. Osvaldo Brandi Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

04/07/2021 - BANCO DO BRASIL - 17:08:18
679006790 0003

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO DO BRASIL

00190000090171153600100917598179186620000099186
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 62.119
NOSSO NUMERO 17115360000917598
CONVENIO 01711536
DATA DE VENCIMENTO 25/06/2021
DATA DO PAGAMENTO 21/06/2021
VALOR DO DOCUMENTO 991,86
VALOR COBRADO 991,86

NR.AUTENTICACAO A.4D6.10B.FCF.24C.1BE
=====

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

RioclarensenseCOMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA
FC EMILIO MARCONATO 1000 - NUCLEO RESIDENCIAL DOUTOR JOAO ALDO NASSIF -
JAGUARIUNA - SP
CEP: 13916-074 - 193522580DOCUMENTO AUXILIAR DA
NOTA FISCAL ELETRÔNICA0 - ENTRADA
1 - SAÍDA
Nº. 1438032 FL 1/1
SÉRIE 1

CHAVE DE ACESSO

3521 0567 7291 7800 0491 5500 1001 4380 3215 7754 0402

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

135210564379445 21/05/2021 19:33:30

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

21/05/2021

ENDEREÇO

AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303

BAIRRO / DISTRITO

JARDIM ARIANO

CEP

16400-400

DATA DA ENTRADA/SAÍDA

21/05/2021

MUNICÍPIO

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
1438032/1	11/06/2021	991,57	1438032/2	18/06/2021	991,57	1438032/3	25/06/2021	991,86

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUTO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS	
2.975,00	535,50	0,00	0,00	2.975,00	
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	VALOR DO DESCONTO	CUTRAS DESPESAS	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2.975,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL

NIKKEY RIO PRETO LOG. E TRANSP.

FRETE POR CONTA

0 - Por conta do emitente

CÓDIGO ANTT

PLACA DO 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

1,00

ESPECIE

VOLUME(S)

MARCA

NUMERO

0,00002

PESO BRUTO

3,119

PESO LIQUIDO

3,119

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 ICMS	ALÍQUOTAS IPI
010358	NOREPINEFRINA 8MG, HEMITARTARATO (HYPOFARMA) L: 21030622 Q: 350,0000 F: 01/04/21 V: 30/03/2023	30039099	000	5102	AP	350,00	8,50	2.975,00	2.975,00	535,50	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: 4637450001247-AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Município: MIRANDÓPOLIS CEP: 16800000 UF: SP País: BRASIL UNID.NEGOC.: 002 PREZADO CLIENTE, FAVOR CONFERIR NO ATO DA ENTREGA - NAO ACEITAREMOS RECLAMACOES APOS 48hs DO RECEBIMENTO. DATA ENTREGA: 24/05/2021 Pedido: 1932066 Autorizacao de Compra(Pedido Cliente): 1932066 *** 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 Cobrança Privado. AFE: 104397-7 ** AE: 122375-2 ** ASS: 1302/16 Validade: 23/04/2021 MODAL: RODOVIARIO / TIPO ENTREGA: EXPRESSA LOCAL DE ENTREGA: Endereço: AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Município: MIRANDÓPOLIS CEP: 16800000 UF: SP País: BRASIL(Código Interno Emitente: 4768 Nome Fantasia: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL) LOCAL DE ENTREGA: AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Município: MIRANDÓPOLIS UF: SP País: BRASIL.

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 29/05/21
ASS. _____

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

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
04/07/2021 - AUTOATENDIMENTO - 17.08.18
6790306790 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL

AGENCIA: 6790-3 CONTA: 211-9

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA

REMETENTE : ASSOCIACAO H B DO BRASIL

BANCO: 341 - ITAÚ UNIBANCO S.A.

AGENCIA: 0049-3 - SAO CARLOS SP

CONTA: 59.420-3

FAVORECIDO: TH ENGENHARIA CLINICA HOSPITALAR LT

CPF/CNPJ: 42.160.334/0001-72

VALOR: R\$ 3.630,83


DEBITO EM: 28/06/2021

=====

DOCUMENTO: 062801

AUTENTICACAO SISBB: C.7E2.652.7E7.014.008

Mia

 <p>PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA</p> <p>NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFS-e</p> <p>20210625u42160334000172</p>	Numero da Nota 00000032			
	Data e Hora de Emissão 25/06/2021 14:27:43			
Código de Verificação H4BS-VW76				
PRESTADOR DE SERVIÇOS				
CPF/CNPJ: 42.160.334/0001-72 Nome/Razão Social: TH ENGENHARIA CLINICA HOSPITALAR LTDA Endereço: AV PAULISTA 1765, ANDAR 7 - BELA VISTA - CEP: 01311-930 Município: São Paulo	Inscrição Municipal: 6.958.531-8 UF: SP			
TOMADOR DE SERVIÇOS				
Nome/Razão Social: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02 Endereço: ES AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303, SALA 03 - JARDIM ARIANO - CEP: 16400-400 Município: Lins				
Inscrição Municipal: ---- UF: SP E-mail: lgalocio@ipdh.org.br				
INTERMEDIÁRIO DE SERVIÇOS				
CPF/CNPJ: ---- Nome/Razão Social: ----				
DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS				
Serviços prestados em manutenção e reparação de aparelhos eletro médicos e eletro terapêuticos e equipamentos de irradiação em 10 (dez) leitos de Unidade de Terapia Intensiva Geral Adulto Tipo II Hospital Estadual "Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis Termo Aditivo 0002/2020 ao Convênio 0107/2017 Referente a Maio/2021				
VALOR TOTAL DO SERVIÇO = R\$ 3.630,83				
INSS (R\$)	IRRF (R\$)	CSLL (R\$)	COFINS (R\$)	PIS/PASEP (R\$)
-	-	-	-	-
Código do Serviço				
07498 - Conserto, restauração, manutenção e conservação de máquinas, equipamentos, elevadores e congêneres.				
Valor Total das Deduções (R\$)	Base de Cálculo (R\$)	Alíquota (%)	Valor do ISS (R\$)	Crédito (R\$)
0,00	*	*	*	0,00
Município da Prestação do Serviço		Número Inscrição da Obra	Valor Aproximado dos Tributos / Fonte	
-		-	-	
OUTRAS INFORMAÇÕES				
(1) Esta NFS-e foi emitida com respaldo na Lei nº 14.097/2005; (2) Documento emitido por ME ou EPP optante pelo Simples Nacional;				

28/06
Mia

Convênio nº 107/2017
 Fonte de Recurso Estadual
 Termo Aditivo nº 0002/2020
 Secretaria do Estado da Saúde
 UGE: 090196 - Hospital Estadual
 Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
 Tipo de Despesa: Custeio

04/07/2021 - BANCO DO BRASIL - 17:08:18
679006790 0002

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO DO BRASIL

00190000090330884110900030007173786630000209647

BENEFICIARIO:

DUPATRI H C I EXPORTACAO LTDA

NOME FANTASIA:

DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IMPORTA

CNPJ: 04.027.894/0001-64

PAGADOR:

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEF DO BRAS

CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	62.802
NOSSO NUMERO	33088411000030007
CONVENIO	03308841
DATA DE VENCIMENTO	26/06/2021
DATA DO PAGAMENTO	28/06/2021
VALOR DO DOCUMENTO	2.096,47
VALOR COBRADO	2.096,47

=====

NR.AUTENTICACAO 0.387.AD1.565.B6F.B17

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

SAC BB

0800 729 0722

Informacoes, reclamacoes, cancelamento de
produtos e servicos.

Ouvidoria

0800 729 5678

Reclamacoes nao solucionadas nos canais
habituais agencia, SAC e demais canais de
atendimento.

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala

0800 729 0088

Informacoes, reclamacoes, cancelamento de cartao,
outros produtos e servicos de Ouvidoria.

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



**DUPATRI HOSPITALAR
COMERCIO IMPORTACAO E
EXPORTACAO LTDA**

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

DANFE
DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRONICA

0-ENTRADA
1-SAIDA

1

Nº 171925
SERIE 1
FOLHA 1/1



CHAVE DE ACESSO

3521 0404 0278 9400 0750 5500 1000 1719 2510 0048 8814

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

NATUREZA DA OPERACAO
VENDA MERC.ADO. REC.TERCEIROS

PROTOCOLO AUTORIZACAO DE USO

135210458689637 27/04/2021 21:24:06

INSCRICAO ESTADUAL
671.392.680.115

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTARIO

CNPJ

04.027.894/0007-50

DESTINATARIO / REMETENTE

NOME / RAZAO SOCIAL
ASSOC.HOSPITALAR BENEF.DO BRASIL (8149)

CNPJ/CPF

45.349.461/0001-02

DATA DA EMISSAO

27/04/2021

ENDEREÇO
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303

BARRIO/DISTRITO
JARDIM ARIANO

CEP
16400-400

DATA ENTRADA SAIDA

27/04/2021

MUNICIPIO
LINS

PHONE/FAX
1435325198

UF
SP

INSCRICAO ESTADUAL

HORA DA SAIDA

21:20

FATURA / DUPLICATA

001	27/05/2021	2.096,47	002	26/06/2021	2.096,47
-----	------------	----------	-----	------------	----------

CALCULO DO IMPOSTO

BASE DE CALCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CALCULO DO ICMS GT	VALOR DO ICMS SUBSTITUICAO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
4.192,94	538,39	0,00	0,00	4.192,94
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSORIAS	VALOR TOTAL DO IPI
0,00	0,00		0,00	0,00
				VALOR TOTAL DA NOTA
				4.192,94

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZAO SOCIAL PVN - RIBEIRAO PRETO (63)	FRETE POR CONTA D - DO EMITENTE	CODIGO ANT	PLACA DO VEICULO	UF	CNPJ/CPF
ENDEREÇO RUA SAO PAULO, 41	MUNICIPIO SANTOS			UF SP	INSCRICAO ESTADUAL 633751854115
QUANTIDADE 2	ESPECIE CAIXAS	MARCA	NUMERO	PESO BRUTO	PESO LIQUIDO
				10,00	10,00

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CODIGO	DESCRICAO DO PRODUTO/SERVICOS	NCM/CH	CST	CFOP	UND.	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V. ICMS	V. IPI	AL ICMS	AL IPI
35335	COMP.GAZE 7,5X7,5 EST.13F CX 400/10 - NOBRE (Lote: 0820, Qtde: 1, Dt Val: 31/08/2023, Data Fab: 01/08/2020)	30059090	000	5102	CX	1	186,4400	186,44	186,44	33,56		18,00	
36041	COMP.GAZE 7,5X7,5 13F C/500 - CLEAN (Lote: 07621, Qtde: 7, Dt Val: 31/03/2026, Data Fab: 01/03/2021)	30059090	000	5102	PCT	7	12,0000	84,00	84,00	15,12		16,00	
35205	CEFEPIVA 20 C/50 GEN - BIOQUIMICO (Lote: 009175, Qtde: 2, Dt Val: 30/11/2022, Data Fab: 01/12/2020)	30042059	000	5102	CX	2	1.354,9500	2.709,90	2.709,90	325,19		12,00	
21476	DIPIFARMA 100/2MG-FARMACE (Lote: DP2-18027, Qtde: 1, Dt Val: 28/02/2023, Data Fab: 01/03/2021)	30039099	000	5102	CX	1	60,6500	60,65	60,65	10,92		16,00	
25651	NOVAMICIN 500MG C/50-NOVAFARMAFRASCO AMPOLA (Lote: 7808626, Qtde: 1, Dt Val: 28/02/2023, Data Fab: 01/02/2021)	30042071	000	5102	CX	1	256,2500	256,25	256,25	46,12		16,00	
30152	ADENOSINA 6MG 2ML C/50 GEN - HIPOLABOR (Lote: BC00920, Qtde: 2, Dt Val: 31/01/2022, Data Fab: 01/02/2021)	30049024	000	5102	CX	2	447,8500	895,70	895,70	107,48		12,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMACOES COMPLEMENTARES

RECLAMACOES DE MERCADORIAS COM NO MAXIMO DE 48 HORAS APÓS A ENTREGA
MIRANDOPOLIS - DUPATRI ENTREGAR DR RAUL DA CUNHA BUENO 585 JD SANTA ROSA MIRANDOPOLIS
SP/UF MIRANDOPOLIS CONV 0107/2017 AC/ LAIS
ITENS 3, 6 ALIQ. 12% CF LET GERICOSSP 16005/2015
ITEM 1 e 2
ITENS 3 A 6 ALIQUOTA ZERO PIS/COPINS, CF, ART. 2 DA LEI 10.147/00
VALOR APROX. TRIBUTOS, R\$ 558,90, Federal, R\$ 20,51, Estadual, R\$ 538,39
Pedido: 193370
Representante: REGIAO SJRP - (VITOR)
Representante: REGIAO SJRP - (VITOR)
OS PRODUTOS CLASSIFICADOS COM: A-1 / A-2 / B-1 / B-2 / C-1 / C-2 / C-4 / C-5 / C-3
ENQUADRAM-SE NA PORT. 344/98

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UFI MIRANDOPOLIS
RECEBIDO 28/04/2021
ASS. _____

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

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

24/05/21
mirandopolis

04/07/2021 - BANCO DO BRASIL - 17:08:18
679006790 0003

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

ITAU UNIBANCO S.A.

34191090080127521271812411700003386630000136000

BENEFICIARIO:

BELIVE MEDICAL P H LTDA

NOME FANTASIA:

BELIVE MEDICAL P H LTDA

CNPJ: 32.757.824/0001-05

BENEFICIARIO FINAL:

BELIVE MEDICAL P H LTDA

CNPJ: 32.757.824/0001-05

PAGADOR:

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICE

CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO 62.803
DATA DE VENCIMENTO 26/06/2021
DATA DO PAGAMENTO 28/06/2021
VALOR DO DOCUMENTO 1.360,00
VALOR COBRADO 1.360,00

NR. AUTENTICACAO 0.7B5.FEB.55D.BDD.424

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.



BELIVE MEDICAL PRODUTOS HOSPITALARES LTDA
 RUA CAPRICORNIO, 299
 Bairro: JARDIM RIACHO DAS PEDRAS
 32242-220 Contagem - MG
 Fone: (31)3046-6175

BELIVE MEDICAL

DANFE
 DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA
 1 - SAÍDA
 Nº 9.658
 SÉRIE: 1
 FOLHA: 1/1



CHAVE DE ACESSO
 3121.0532.7578.2400.0105.5500.1000.0096.5810.1250.5907
 Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e
 www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora
 DADOS DA NF-e
 131214155347086 - 12/05/2021 15:05:07

NATUREZA DA OPERAÇÃO
6108 VENDA DE MER ADQ REC D TERC

INSCRIÇÃO ESTADUAL 003.378.508.0034	INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTARIO 813021221110	CNPJ 32.757.824/0001-05
--	---	----------------------------

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		CNPJ 45.349.461/0001-02	DATA EMISSÃO 12/05/2021
ENDEREÇO AVENIDA JOSE ARIANO RODRIGUES, 620 SL 03	BAIRRO/DISTRITO CENTRO	CEP 16370-000	DATA DA SAÍDA 12/05/2021
MUNICÍPIO Lins	FONE / FAX (014)3541-1544	UF SP	INSCRIÇÃO ESTADUAL
			HORA DA SAÍDA 15:04:11

INFORMAÇÕES DO LOCAL DE ENTREGA

NOME / RAZÃO SOCIAL	CPF/CNPJ	INSCRIÇÃO ESTADUAL
ENDEREÇO	BAIRRO/DISTRITO	CEP
MUNICÍPIO	UF	FONE / FAX

FATURA/DUPLICATAS

9658/1 - 26/06/21 - 1360,00

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS 1.360,00	VALOR DO ICMS 54,40	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST 0,00	VALOR DO ICMS ST 0,00	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 1.360,00
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 1.360,00
				ALIQ. IPI 0,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL QUALITY TRANSPORTES E ENTREGAS	FRETE POR CONTA 0-EMITENTE 1-DESTINATARIO <input type="checkbox"/>	CÓDIGO ANNT 0	PLACA DO VEICULO	UF	CNPJ/CPF 06.321.409/0001-96
ENDEREÇO AVENIDA HENRY FORD, 1153	MUNICÍPIO SAO PAULO	UF SP	INSCRIÇÃO ESTADUAL 148.923.420.116		
QUANTIDADE 2	ESPECIE CAIXAS	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO 0,0000	PESO LÍQUIDO 0,0000

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CODIGO PRODUTO NCM/S	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
2903 40151900	LUVA PROC. LATEX "G" C/ PÕ N ESTERIL 10 CART. C/ 100UN SUPERMAX Lote: 00009906 - 01/06/2025 Qtd: 2 00	100 6108	CX	2,0000	680,0000	0,0000 0,0000%	1.360,00	1.360,00	54,40 0,00	0,00	4,00 0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
 UTI Mirandópolis - Convênio 0107/2017 - Entregar: Dr. Raul da Cunha Bueno 585, Mirandópolis / Banco Bradesco 237 Agência: 6468-8 Conta Corrente 6183-2 /// EMENDA CONSTITUCIONAL 87/2015 / Base de Calculo ICMS destino: R\$ 1360,00/ ICMS Destino: R\$ 190,40 (100% em 2020) /

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 14/05/2021
 ASS. _____

OUROWEB® - WWW.OUROWEB.COM.BR

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

OK
Mira

04/07/2021 - BANCO DO BRASIL - 17:08:18
679006790 0002

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO DO BRASIL

00190000090130484000001115901173386650000195038
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 62.804
NOSSO NUMERO 13048400001115901
CONVENIO 01304840
DATA DE VENCIMENTO 28/06/2021
DATA DO PAGAMENTO 28/06/2021
VALOR DO DOCUMENTO 1.950,38
VALOR COBRADO 1.950,38

NR.AUTENTICACAO 3.9D7.87F.6F2.772.F05
=====

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.

Rioclarensense

COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA
 RUA PAULO COSTA 140 - DISTRITO INDUSTRIAL JARDIM PIEMONT SUL - BETIM - MG
 CEP: 32609-712 - 3143945300

DOCUMENTO AUXILIAR DA
 NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA
 1 - SAÍDA
 Nº. 0597953 FL 1 / 1
 SÉRIE 1



CHAVE DE ACESSO
 3121 0567 7291 7800 0220 5500 1000 5979 5315 7754 0407

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
 131214170550287 24/05/2021 13:11:06

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
 24/05/2021

AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303

BAIRRO / DISTRITO
JARDIM ARIANO

CEP 16400-400

DATA DA ENTRADA/SAÍDA
 24/05/2021

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
0597953/1	14/06/2021	1.949,81	0597953/2	21/06/2021	1.949,81	0597953/3	28/06/2021	1.950,38

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUTO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
5.850,00	702,00	0,00	0,00	5.850,00
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	VALOR DO DESCONTO	OUTRAS DESPESAS	VALOR DO IPI
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
				VALOR TOTAL DA NOTA
				5.850,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CODIGO ANTT	PLACA DO VEICULO	UF	CNPJ
ATIVA DISTR E LOGISTICA LTDA	0 - Por conta do emitente				01.125.797/0008-92
ENDERECO	MUNICIPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL		
AV APIO CARDOSO 3115	CONTAGEM	MG	0620929840177		
QUANTIDADE	ESPECIE	MARCA	NUMERO	PESO BRUTO	PESO LIQUIDO
1,00	VOLUME(S)		0,00003	3,186	3,186

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
032595	MIDAZOLAM 50MG (HYPOFARMA) (ITEM GENERICO) L: 2 1051002 Q: 180,0000 F: 01/05/21 V: 30/09/2021 *** Portaria 344/98 B1	30049069	000	6108	AP	180,00	32,50	5.850,00	5.850,00	702,00	0,00	12,00	0,00

CÁLCULO DO ISSQN

INSCRIÇÃO MUNICIPAL	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	BASE DE CÁLCULO DO ISSQN	VALOR DO ISSQN
1282010014	0,00	0,00	0,00

ADICIONAIS

FORMAÇÕES COMPLEMENTARES

LOCAL DE ENTREGA: 46374500001247-AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Município: MIRANDOPOLIS CEP: 16800000 UF: SP País: BRASIL UNID NEGOC: 002 PREZADO CLIENTE, FAVOR CONFERIR NO LOCAL DA ENTREGA - NAO ACEITAREMOS RECLAMACOES APOS 48hs DO RECEBIMENTO Mirandopolis DATA ENTREGA: 25/05/2021 Pedido: 1932291 Autorizacao de Compra(Pedido Cliente): 1932291 *** O pagamento devera ser realizado apenas do boleto anexo a nota fiscal, caso nao receba entre em contato através do e-mail boletos@rioclarensense.com.br ou no telefone 03522-5890, Setor de Cobrança Privado. AFE: 1.04397.7 ** AE: 1.21715.1 ** AAS: 0342/2019 Validade: 18/06/2021 MODAL: DOVIARIO / TIPO ENTREGA: EXPRESSA LOCAL DE ENTREGA: Endereço: AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Município: MIRANDOPOLIS CEP: 16800000 UF: SP País: BRASIL(Código Interno Emitente: 4768 Nome Fantasia: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL) LOCAL DE ENTREGA: AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Município: MIRANDOPOLIS UF: SP País: BRASIL

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 28/05/21
 ASS. _____

14/06/21

Convenio nº 107/2017
 Fonte de Recurso Estadual
 Termo Aditivo nº 00002/2020
 Secretário de Estado da Saúde
 RGE: 090196 - Hospital Estadual
 Joãovaldo Brandi Faria de Mirandópolis
 Tipo de Despesa: Custeio

04/07/2021 - BANCO DO BRASIL - 17:08:18
679006790 0003

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

03399484570130000005402486201045286650000112826
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	62.805
DATA DE VENCIMENTO	28/06/2021
DATA DO PAGAMENTO	28/06/2021
VALOR DO DOCUMENTO	1.128,26
VALOR COBRADO	1.128,26

=====

NR. AUTENTICACAO	7.1AF.127.641.572.0B3
------------------	-----------------------

=====

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

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

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

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

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



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

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

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA

0-ENTRADA 1
1-SAIDA 1

Nº 215660
SERIE 1
FOLHA 1/1



CHAVE DE ACESSO
3521 0511 2060 9900 0441 5500 1000 2156 6010 0102 3172

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

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

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO
135210602779997 31/05/2021 18:01:52

INSCRIÇÃO ESTADUAL
188.070.970.117

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTARIO

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
31/05/2021

ENDEREÇO
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03

BAIRRO/DISTRITO
JARDIM ARIANO

CEP
16400-400

DATA ENTRADA SAÍDA
31 MAI 2021

MUNICÍPIO
LINS

fone/fax
1435325198

UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA

FATURA / DUPLICATA

001	28/06/2021	1.128,26	002	12/07/2021	1.128,26
-----	------------	----------	-----	------------	----------

CALCULO DO IMPOSTO

BASE DE CALCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CALCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
2.256,52	406,17	0,00	0,00	2.256,52
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
				2.256,52

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL ATIVA DISTRIBUICAO E LOGISTICA LTDA	FRETE POR CONTA 0 - DO EMITENTE	CÓDIGO ANTI	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF 01125797000701
ENDEREÇO RUA SALVADOR RODRIGUES PRADO, 200	MUNICÍPIO SAO PAULO	UF SP	INSCRIÇÃO ESTADUAL 149529966118		
QUANTIDADE 2	ESPECIE CAIXA	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO 18,35	PESO LÍQUIDO 18,35

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
28954	LUVA P/ PROCED.N.EST.P-LATEX BR C/20 LT PR195 (1) 02/2024 (Fornecedor: 2616, Lote: PR195, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/02/202- 1, Data Val: 28/02/2024)	40151900	000	5102	CX	1	1.167,8500	1.167,85	1.167,85	210,21		18,00	
28981	LUVA P/ PROCED.N.EST.M-LATEX BR C/20 LT PR195 (1) 02/2024 (Fornecedor: 2616, Lote: PR195, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/02/202- 1, Data Val: 28/02/2024)	40151900	000	5102	CX	1	1.088,6700	1.088,67	1.088,67	195,96		18,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

#R3V2|UTI MIRANDOPOLIS - CONVENIO 0107/2017
Pedido: 214992
Enl. Entrega: AV.DR.RAUL DA CUNHA BUENO,585, 585 - MIRANDOPOLIS - 16800-000,
MIRANDOPOLIS-SP - Horário : COMERCIAL
Empresa credenciada no Regime Especial de Distribuidor Hospitalar 036035/2016 nos
terços 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
FÔS-VENDAS NO NÚMERO (11) 4934-1703
Nota....: 2 Cubagem: 0,07

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 01/06/21
ASS.

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

Convênio nº 107/2017
Fonte de Recurso Estadual
Térmo Aditivo nº 0002/2020
Secretaria do Estado da Saúde
Nº: 090196 - Hospital Estadual
Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

08/06
Mia

04/07/2021 - BANCO DO BRASIL - 17:08:18
679006790 0004

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

ITAU UNIBANCO S.A.

34191090080030826014052918290009186680000047165

BENEFICIARIO:

CENTER MAQ COMERCIO DE MAQUINA

NOME FANTASIA:

CENTER MAQ COMERCIO DE MAQUINA

CNPJ: 62.771.316/0001-34

BENEFICIARIO FINAL:

CENTER MAQ COMERCIO DE MAQUINA

CNPJ: 62.771.316/0001-34

PAGADOR:

ASSOC HOSPITALAR BENEF DO BR

CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO 62.806
DATA DE VENCIMENTO 01/07/2021
DATA DO PAGAMENTO 28/06/2021
VALOR DO DOCUMENTO 471,65
VALOR COBRADO 471,65


NR.AUTENTICACAO 9.0DD.11C.647.428.B5C


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 LOCAÇÃO FATURA Nº 000024362 CENTERMAQ	ASSOC. HOSPITALAR BENEF. DO Nome / Carimbo / Assinatura	RG: Data do Recebimento:
			_ / _ / _

	CENTER MAQ COM DE MAQUINAS E PAPEIS LTDA RUA MARTIN WESTPHAL, 220 17539-006 MARILIA / SP 62.771.316/0001-34	14-3311-7888 contato@centermaq.com I.E: 438.076.337.119	NOTA DE LOCAÇÃO FATURA Nº 000024362 Data Emissão 16/06/2021
--	---	---	--

Nº Fatura 000024362	Valor R\$ 471,65	Vencimento 01/07/2021
------------------------	---------------------	--------------------------

Pagador
ASSOC. HOSPITALAR BENEF. DO BRASIL

Endereço
AV JOSE A RODRIGUES 303


Município/UF LINS	CEP 16400-400	CNPJ 45.349.461/0001-02	Insc.Estadual ISENTO	Insc.Municipal
----------------------	------------------	----------------------------	-------------------------	----------------

Endereço de cobrança e praça de pagamento

Valor por extenso
QUATROCENTOS E SETENTA E UM REAIS E SESENTA E CINCO CENTAVOS

Discriminação	Qtde.	Vr. Unit.	Desconto	Total R\$
LOCAÇÃO DE EQPTO REPROGRAFICO (MRL) PARCELA DE LOCAÇÃO DA MAQUINA COPIADORA PERIODO 16/05/202 1 A 16/06/2021, CONTRATO N.01178/2017-6414 COM EXCEDENTE DE 3821 COPIAS A R\$ 0,069 = R\$ 263,65	1	471,65		471,65
Valor total da nota R\$			0,00	471,65

Dispensada de emissão de nota fiscal conforme LC nº 116/2003(locação de equipamentos). Atividade não sujeita a retenção de CSLL, COFINS e PIS prevista no artigo 30 da lei 10833/04. Não sujeita a retenção do IR na fonte conforme artigo 647 do RIR 99.

 Banco Itaú S.A.	341-7	34191.09008 00308.260140 52918.290009 1 86680000047165
---	--------------	--

Local de Pagamento ATE O VENCIMENTO, PAGUE PREFERENCIALMENTE NO ITAU.	Vencimento 01/07/2021
---	---------------------------------

Beneficiário CENTER MAQ COM DE MAQUINAS E PAPEIS LTDA - CNPJ: 62.771.316/0001-34 RUA MARTIN WESTPHAL, 220 BAIRRO: DISTRITO DE LÁCIO - MARILIA (SP) CEP: 17539-	Agência / Código Beneficiário 0145/29182-9
--	---

Data do Documento 16/06/2021	Número do Documento 000024362/1	Espécie Doc. DM	Aceite N	Data do Processamento 16/06/2021	Nosso Número 109/00003082-6
---------------------------------	------------------------------------	--------------------	-------------	-------------------------------------	--------------------------------

Uso do Banco 109	Carteira 109	Moeda R\$	Quantidade	Valor 471,65
---------------------	-----------------	--------------	------------	------------------------

Instruções (Texto de Responsabilidade do Beneficiário.)

Após vencimento cobrar multa de R\$ 9,43.
 Após vencimento cobrar juros de R\$ 0,63 ao dia.

(=) Valor do Documento	471,65
(-) Desconto	
(-) Outras Deduções / Abatimentos	
(+) Mora / Multa / Juros	
(+) Outros Acréscimos	
(=) Valor Cobrado	

Pagador: ASSOC. HOSPITALAR BENEF. DO BRASIL (6414) AV JOSE A RODRIGUES 303 SALA 03 16400-400 JARDIM ARIANO LINS SP	CPF / CNPJ 45.349.461/0001-02 Código de Baixa 109/00003082-6
--	---

Pagador/Avalista



Autenticação Mecânica - Ficha de Compensação

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

04/07/2021 - BANCO DO BRASIL - 17:08:18
679006790 0002

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO DO BRASIL

=====

00190000090171153600100921384178386670000053330
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	62.807
Nosso numero	17115360000921384
CONVENIO	01711536
DATA DE VENCIMENTO	30/06/2021
DATA DO PAGAMENTO	28/06/2021
VALOR DO DOCUMENTO	533,30
VALOR COBRADO	533,30

=====

NR.AUTENTICACAO 9.398.5EA.FD6.A0C.C3B

=====

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.

04/07/2021 - BANCO DO BRASIL - 17:08:18
679006790 0004

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO SICOOB S.A.

75691321650100230510800044510014286670000049540

BENEFICIARIO:

AUGUSTO VALERIO DE SIQUEIRA PAPELAR

NOME FANTASIA:

AUGUSTO VALERIO DE SIQUEIRA PAPELAR

CNPJ: 01.641.665/0001-47

BENEFICIARIO FINAL:

AUGUSTO VALERIO DE SIQUEIRA PAPELAR

CNPJ: 01.641.665/0001-47

PAGADOR:

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC. DO B

CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO 62.808

DATA DE VENCIMENTO 30/06/2021

DATA DO PAGAMENTO 28/06/2021

VALOR DO DOCUMENTO 495,40

VALOR COBRADO 495,40

=====

NR.AUTENTICACAO 8.AA8.74F.450.56E.61C

=====

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 nº 107/2017
Forte de Recurso Estadual
Térmo Aditivo nº 00002/2020
Secretaria do Estado da Saúde
UNGE: 090496 - Hospital Estadual
Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

Recebido de AUGUSTO VALERIO DE SIQUEIRA PAPELARIA ME os produtos e/ou serviços constantes da Nota Fiscal Eletrônica indicada ao lado.
Destinatário: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL - Avenida Jose Ariano Rodrigues, 303 - Jardim Ariano - LINS - SP.
Emissão: 31/05/2021 Valor Total: R\$ 495,40

NF-e
Nº 000.005.205
Série 001

DATA DO RECEBIMENTO: IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

AUGUSTO VALERIO DE SIQUEIRA PAPELARIA ME

Rua DUQUE DE CAXIAS, 1100
CENTRO - MIRANDOPOLIS - SP
Fone: (18)3701-5688 CEP: 16800-000

livrariaestudebem@hotmail.com

DANFE

Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA

1

Nº 000.005.205
Série 001
Folha 1/1



CHAVE DE ACESSO

3521 0501 6416 6500 0147 5500 1000 0052 0516 1076 4656

Consulta de autenticidade no portal da NF-e
www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da SEFAZ Autenticadora

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

135210599077199 31/05/2021 09:20:29

NATUREZA DA OPERAÇÃO

Venda de mercadoria adquirida ou recebida

INSCRIÇÃO ESTADUAL

449014737115

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBSTITUTO TRIBUTÁRIO

CNPJ

01.641.665/0001-47

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME - RAZÃO SOCIAL

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ / CPF

45.349.461/0001-02

DATA DE EMISSÃO

31/05/2021

ENDEREÇO

Avenida Jose Ariano Rodrigues, 303 SALA

BAIRRO / DISTRITO

Jardim Ariano

CEP

16400-400

DATA DA SAÍDA

31/05/2021

MUNICÍPIO

LINS

UF

SP

TELEFONE / FAX

(14)3532-5198

TELEFONE / CELULAR

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA EMISSÃO

09:08:35

HORA DA SAÍDA

09:08:35

FATURA/DUPLICATAS

NÚMERO DA FATURA	VALOR ORIGINAL	VALOR DO DESCONTO	VALOR LÍQUIDO
5205	495,40	0,00	495,40
Número	001		
Vencimento	30/06/2021		
Valor R\$	495,40		

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR DO ICP	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	495,40
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	495,40

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME - RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CODIGO ANTT	PLACA DO VEICULO	UF	CNPJ - CPF
	0-EMITENTE				
ENDEREÇO	MUNICÍPIO			UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
QUANTIDADE	ESPECIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
41					

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CODIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	CSOSN	CFOP	UNID.	QUANTIDADE	VALOR UNITÁRIO	DESC %	VALOR TOTAL	BASE DE CÁLC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTA % ICMS
42948	GRAMPEADOR METAL P/25 FLS JOCAR	84729040	0500	5405	UN	1,00	21,90	0,00	21,90	0,00	0,00	0,00	0,00
38217	PAPEL SULFIT REIND RESMA C/500 FLS	48025610	0500	5405	UN	4,00	21,90	0,00	87,60	0,00	0,00	0,00	0,00
8870	FITA ADESIVA ADEI BRAN 48X40MT INCOLOR	39191010	0500	5405	UN	1,00	4,95	0,00	4,95	0,00	0,00	0,00	0,00
42950	PERFURADOR PAPEL METAL P/30 FLS JOCAR	84729040	0500	5405	UN	1,00	41,20	0,00	41,20	0,00	0,00	0,00	0,00
33058	PASTA A-Z POLYCARI PLASTIFICADA LOMBO LARGO	48196000	0500	5405	UN	10,00	17,90	0,00	179,00	0,00	0,00	0,00	0,00
17780	PASTA PLASTICA 20MM CRISTAL	42021210	0500	5405	UN	2,00	6,15	0,00	12,30	0,00	0,00	0,00	0,00
22034	LIVRO ATA 50 FLS SAO DOMINGOS	48201000	0500	5405	UN	7,00	8,45	0,00	59,15	0,00	0,00	0,00	0,00
20395	LIVRO ATA 100 FLS SAO DOMINGOS	48201000	0500	5405	UN	2,00	12,45	0,00	24,90	0,00	0,00	0,00	0,00
37388	CARTOLINA COM MEMBRANCA UN	48025702	0500	5405	UN	2,00	1,00	0,00	2,00	0,00	0,00	0,00	0,00
2088	PAPEL CREPOM AMARELO 48X200	48081000	0500	5405	UN	3,00	1,30	0,00	3,90	0,00	0,00	0,00	0,00
37919	PAPEL CREPOM ENCRADO VERMELHO 48X200	48081000	0500	5405	UN	1,00	2,25	0,00	2,25	0,00	0,00	0,00	0,00
19563	COLA BRANCA SCRIFLEX 250 GRS	35061090	0500	5405	UN	1,00	10,00	0,00	10,00	0,00	0,00	0,00	0,00
50725	ARTE DIVERSIDA CORACAO GLITTER SORT 5 PCS	40021911	0102	5102	UN	1,00	3,95	0,00	3,95	0,00	0,00	0,00	0,00
45143	LIVRO MEDIO ABC CLDARIO DIVERTIDO	49019900	0400	5102	UN	1,00	2,50	0,00	2,50	0,00	0,00	0,00	0,00
12725	PINCEL ATOMICO PH OT 1100 PRETO	96082000	0500	5405	UN	1,00	5,30	0,00	5,30	0,00	0,00	0,00	0,00
37138	GLITTER PRETO 100 GRS	39202019	0500	5405	UN	3,00	11,50	0,00	34,50	0,00	0,00	0,00	0,00

CÁLCULO DO ISSQN

INSCRIÇÃO MUNICIPAL	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	BASE DE CÁLCULO DO ISSQN	VALOR TOTAL DO ISSQN
3.4.000552	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Val. Aprox. Impostos R\$42,83 (8,65%) Federal

R\$12,78 (2,58%) Estadual

Fonte: IBPT

I-"DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL", II-"NAO GERA DIREITO A CREDITO FISCAL DE ISS E IPI", III-Permite credito de ICMS no valor de R\$ 0,00 equivalente a 2.33% nos termos do Artigo 23 da Lei Complementar 123 de 2006.

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 04/06/21
ASS: [Assinatura]

DATA E HORA DA IMPRESSÃO: 31/05/2021 09:18:32

Convertido em 10/06/2021
Fonte de Recurso Estadual
Terno Aditivo nº 00002/2020
Secretaria do Estado da Saúde
UNGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Osvaldo Brandi Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio



Pagamentos a terceiros - Consulta remessas -3o nível

G3340413562039571
04/07/2021 17:59:27

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

Data 29/06/2021 Valor R\$ 7.890,56 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 351, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

Pagamento efetuado a PRISCILA SANTOS LEITE DE, na conta 19.439, agência 0448 do banco 001.

(Sete mil e oitocentos e noventa reais e cinqüenta e seis centavos)

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

Documento emitido por:ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSOem04/07/202117:59:27

TERMO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR

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

IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR

10 PIS/PASEP 127.24425.16-4		11 Nome PRISCILA SANTOS LEITE DE ALMEIDA		
12 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) Rua LUIZ PILLA, 1615				13 Bairro COHAB AGOSTINHO FR
14 Município MIRANDOPOLIS	15 UF SP	16 CEP 16.800-000	17 CTPS (nº, série, UF) 48657 - 00240 / SP	18 CPF 298.440.178-66
19 Data de Nascimento 26/11/1982	20 Nome da Mãe IRENE DE SOUZA SANTOS DE OLIVEIRA			

DADOS DO CONTRATO

21 Tipo de Contrato 1. Contrato de trabalho por prazo indeterminado				
22 Causa do Afastamento Despedida sem justa causa, pelo empregador				
23 Remuneração Mês Ant. 2.768,40	24 Data de Admissão 04/10/2017	25 Data do Aviso Prévio 18/05/2021	26 Data de Afastamento 17/06/2021	27 Cod. Afastamento SJ2
28 Pensão Alim. (%) TRCT 0,00	29 Pensão Alim. (%) FGTS 0,00		30 Categoria do Trabalhador 01 - Empregado	
31 Código Sindical 000.021.150.01669-0	32 CNPJ e Nome da Entidade Sindical Laboral 51.100.477/0001-80 SINDICATO DOS EMPREGADOS EM ESTABELECIMENTO DE SERVIÇOS DE SAUDE DE ARACATUBA			

DISCRIMINAÇÃO DAS VERBAS RESCISÓRIAS

VERBAS RESCISÓRIAS

Rubrica	Valor	Rubrica	Valor	Rubrica	Valor
50 Saldo de 17/dias Salário (líquido de 0/faltas e DSR)	R\$ 1.444,10	51 Comissões	R\$ 0,00	52 Gratificação	R\$ 0,00
53 Adic. de Insalubridade 20%	R\$ 124,66	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 4/12 avos	R\$ 962,07	64.1 13º Salário-Exerc. ____ - ___/12 avos	R\$ 0,00
65 Férias Proporc 7/12 avos	R\$ 1.670,64	66.1 Férias Venc. Per. Aquis. 04/10/2019 a 03/10/2020	R\$ 2.922,14	68 Terço Constituc. de Férias	R\$ 1.530,93
69 - Aviso-Prévio Indenizado 9/dias	R\$ 855,75	70 13º Salário (Aviso Prévio Indenizado)	R\$ 0,00	71 Férias (Aviso-Prévio Indenizado)	R\$ 0,00
		99 Ajuste de Saldo Devedor	R\$ 0,00	TOTAL BRUTO	R\$ 9.510,29

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\$ 71,10	112.2 Prev. Social - 13º Salário	R\$ 72,15
114.1 IRRF	R\$ 0,00	114.2 IRRF sobre 13º Salário	R\$ 0,00	115.1 Outros Descontos (DESCONTO DIAS AFASTADOS)	R\$ 1.476,48
				TOTAL DEDUÇÕES	R\$ 1.619,73
				VALOR LÍQUIDO	R\$ 7.890,56

arquivo
Mira

29/06

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
04/07/2021 - AUTOATENDIMENTO - 17.08.19
6790306790 SEGUNDA VIA 0002

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL
CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL
AGENCIA: 6790-3 CONTA: 211-9

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : ASSOCIACAO H B DO BRASIL
BANCO: 033 - BCO SANTANDER (BRASIL) S.A.
AGENCIA: 0132-5 - PEREIRA BARRETO
CONTA: 1.015.128-0

FAVORECIDO: TAIS DE SOUZA THOMAS
CPF/CNPJ: 378.796.178-09
VALOR: R\$ 43,95
DEBITO EM: 29/06/2021

=====

DOCUMENTO: 062901
AUTENTICACAO SISBB: 4.3A9.1BC.20A.401.EC6

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

TERMO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR

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

IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR

10 PIS/PASEP 202.23551.49-4	11 Nome TAÍS DE SOUZA THOMAS			
12 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) Rua RISABURO MURAI, 2914				13 Bairro JARDIM SANTA MONICA
14 Município PEREIRA BARRETO	15 UF SP	16 CEP 15.371-294	17 CTPS (nº, série, UF) 091492 - 00452 / SP	18 CPF 378.796.178-09
19 Data de Nascimento 20/10/1999	20 Nome da Mãe MARTA ALVES DE SOUZA THOMAS			

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. 1.570,22	24 Data de Admissão 01/03/2021	25 Data do Aviso Prévio 21/06/2021	26 Data de Afastamento 21/06/2021	27 Cod. Afastamento SJ1
28 Pensão Alim. (%) TRCT 0,00	29 Pensão Alim. (%) FGTS 0,00	30 Categoria do Trabalhador 04- Empregado -Cont. prazo deter. (Lei nº 9.601/98)		
31 Código Sindical 000.021.150.01669-0	32 CNPJ e Nome da Entidade Sindical Laboral 51.100.477/0001-80 SINDICATO DOS EMPREGADOS EM ESTABELECIMENTO DE SERVIÇOS DE SAUDE DE ARACATUBA			

DISCRIMINAÇÃO DAS VERBAS RESCISÓRIAS

VERBAS RESCISÓRIAS

Rubrica	Valor	Rubrica	Valor	Rubrica	Valor
50 Saldo de 21/dias Salário (líquido de 0/faltas e DSR)	R\$ 1.223,32	51 Comissões	R\$ 0,00	52 Gratificação	R\$ 0,00
53 Adic. de Insalubridade 20%	R\$ 143,00	54 Adic. de Periculosidade %	R\$ 0,00	55 Adic. Noturno 104,00 horas 40,00%	R\$ 264,29
56.1 Horas Extras 0,30 horas a 50%	R\$ 3,31	57 Gorjetas	R\$ 0,00	58 Descanso Semanal Remunerado (DSR)	R\$ 0,00
59 Reflexo do DSR sobre Salário Variável	R\$ 0,00	60 Multa Art. 477 § 8º/CLT	R\$ 0,00	61 Multa Art. 479/CLT	R\$ 0,00
62 Salário-Família	R\$ 0,00	63 13º Salário Proporcional ___/12 avos	R\$ 0,00	64.1 13º Salário-Exerc. ___ - ___/12 avos	R\$ 0,00
65 Férias Proporc ___/12 avos	R\$ 0,00	66.1 Férias Venc. Per. Aquis. // a //	R\$ 0,00	68 Terço Constituc. de Férias	R\$ 0,00
69 - Aviso-Prévio Indenizado ___/dias	R\$ 0,00	70 13º Salário (Aviso Prévio Indenizado)	R\$ 0,00	71 Férias (Aviso-Prévio Indenizado)	R\$ 0,00
95 Outras Verbas (13 SALARIO TRAB INTERMITENTE)	R\$ 122,54				
		99 Ajuste de Saldo Devedor	R\$ 0,00	TOTAL BRUTO	R\$ 1.756,46

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\$ 1.485,25	112.1 Previdência Social	R\$ 130,55	112.2 Prev. Social - 13º Salário	R\$ 9,19
114.1 IRRF	R\$ 87,52	114.2 IRRF sobre 13º Salário	R\$ 0,00		
				TOTAL DEDUÇÕES	R\$ 1.712,51
				VALOR LÍQUIDO	R\$ 43,95

Mirandópolis
30/06

Inveniente nº 107/2017
 Curso Estadual
 nº 00002/2020
 Hospital Estadual
 Faria de Mirandópolis
 Custeio

TERMO DE HOMOLOGAÇÃO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

EMPREGADOR				
01 CNPJ/CEI 45.349.461/0008-89		02 Razão Social/Nome ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		
TRABALHADOR				
10 PIS/PASEP 202.23551.49-4		11 Nome TAIS DE SOUZA THOMAS		
17 CTPS (nº, série, UF) 091492 - 00452 / SP		18 CPF 378.796.178-09	19 Data de Nascimento 20/10/1999	20 Nome da Mãe MARTA ALVES DE SOUZA THOMAS
CONTRATO				
22 Causa do Afastamento Rescisão contratual a pedido do empregado				
24 Data de Admissão 01/03/2021	25 Data do Aviso Prévio 21/06/2021	26 Data de Afastamento 21/06/2021	27 Cod. Afastamento SJ1	29 Pensão Alim. (%) FGTS 0,00
30 Categoria do Trabalhador 04- Empregado -Cont. prazo deter. (Lei nº 9.601/98)				
31 Código Sindical 000.021.150.01669-0		32 CNPJ e Nome da Entidade Sindical Laboral 51.100.477/0001-80 SINDICATO DOS EMPREGADOS EM ESTABELECIMENTO DE SERVIÇOS DE SAUDE DE ARACATUBA		

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.

Mirandópolis SP, 21 de junho de 2021.

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR
BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0008-89
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

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).

04/07/2021 - BANCO DO BRASIL - 17:08:19
679006790 0003

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BCO SANTANDER (BRASIL) S.A.
=====

03399432430210000000500002701019186670000067500
BENEFICIARIO:
J E DE ARAUJO ODONTOLOGIA EIRELI EP
NOME FANTASIA:
J E DE ARAUJO ODONTOLOGIA EIRELI EP
CNPJ: 36.430.763/0001-10
BENEFICIARIO FINAL:
J E DE ARAUJO ODONTOLOGIA EIRELI EP
CNPJ: 36.430.763/0001-10
PAGADOR:
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE D
CNPJ: 45.349.461/0008-89

=====

NR. DOCUMENTO	62.902
DATA DE VENCIMENTO	30/06/2021
DATA DO PAGAMENTO	29/06/2021
VALOR DO DOCUMENTO	675,00
VALOR COBRADO	675,00

=====

NR.AUTENTICACAO F.EDA.197.070.BC8.9DF
=====

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

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

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

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

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



MUNICÍPIO DE MIRANDÓPOLIS
MUNICÍPIO DE MIRANDÓPOLIS
NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e



Número da NFS-e
69
Código de Verificação de Autenticidade
14WQXYVJP
Data e Hora de Emissão da NFS-e
25/06/2021 às 16:51:34
Chave de Acesso
356975BAXOKR0C1XN7YMEWY04TGTSVF4

Informações Fiscais

Exigibilidade do ISS Exigível	Número do Processo	Município de Incidência do ISS MIRANDOPOLIS-SP	Local da Prestação MIRANDOPOLIS - SP
Número do RPS	Série do RPS	Tipo do RPS	Data do RPS 25/06/2021
Optante Simples Nacional 1 - Sim	Incentivo Fiscal 2 - Não	Regime Especial Tributação Microempresário e Empresa de Pequeno Porte (ME EPP) 03 - Sobre Faturamento	Tipo ISS

Para certificação da autenticidade acesse
<http://138.0.140.18:5660/issweb>, menu
consultas e informe os dados desta NFS-e.

PRESTADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ 36.430.763/0001-10	RG/Inscrição Estadual	Inscrição Municipal 54001813	Cadastro 000020605	Nome/Razão Social J. E. DE ARAUJO ONDONTOLOGIA EIRELI - EPP
Logradouro RUA DAS NACOES UNIDAS, 90		Complemento	Bairro CENTRO	
CEP 16800-000	Cidade MIRANDÓPOLIS-SP	Telefone	E-mail	

TOMADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ/Documento 45.349.461/0008-89	RG/Inscrição Estadual	Inscrição Municipal	Nome/Razão Social ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL
Logradouro AVENIDA PAULO DE BARROS, 326		Complemento	Bairro CENTRO
CEP/Cod.Postal 16800-000	Cidade/Pais MIRANDOPOLIS - SP	Cod. IBGE 3530102	Telefone 18 33748438

Discriminação dos Serviços

Qtde.	Un. Medida	Descrição	Vir. Unitário	Total
1,00	UN	SERVICOS PRESTADOS AO FUNCIONARIOS	675,00	R\$ 675,00

Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza - ISS

LC 116/2003:	Aliquota	Atividade Município	Código CNAE	Código da Obra	Código ART
04.12	2,00%	0000040000012	8630504		
Odontologia					
Valor Total dos Serviços	Desconto Incondicionado	Deduções Base Cálculo	Base de Cálculo	Total do ISS	ISS Retido
R\$ 675,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 675,00	R\$ 13,50	2 - Não
					Desconto Condicionado
					R\$ 0,00

Retenções de Impostos

PIS	COFINS	INSS	IRRF	CSLL	Outras Retenções
R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00

Valor Líquido da NFS-e: **R\$ 675,00**

Val. Aprox. Tributos: Federal (4,00%) R\$27,00 Estadual (0,00%) R\$0,00 Municipal (2,00%) R\$13,50

Informações Complementares

RECEBI(EMOS) DE **J. E. DE ARAUJO ONDONTOLOGIA EIRELI - EPP** O SERVIÇO CONSTANTE DA NFS-e DE NÚMERO **69** E CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO **14WQXYVJP**.

Data

CPF/RG

Assinatura

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

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
04/07/2021 - AUTOATENDIMENTO - 17.08.19
6790306790 SEGUNDA VIA 0005

COMPROVANTE DE PAGAMENTO

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

=====
Convenio FGTS ARREC GRRF
Codigo de Barras 85890000050-6 28800239202-6
10630179156-8 70453494612-4
Data do pagamento 29/06/2021
Identificador 17915670453494612
Data de vencimento 30/06/2021
Valor Total 5.028,80
=====

DOCUMENTO: 062903
AUTENTICACAO SISBB: F.FE7.77C.84D.408.7EA



GRRF - Guia de Recolhimento Rescisório do FGTS

Gerada em 28/06/2021 15:47:06

Mira

Luizilo Santos Lute de Almeida

Versão do Aplicativo: 3.3.17 - 24/01/2020

01 - Razão social/Nome ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA		02 - CNPJ/CEI 45.349.461/0008-89	
03 - Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) PAULO DE BARROS 326		04 - Contato/DDD/telefone 11-39056104	05 - CEP 17.230-000
06 - Bairro/distrito CENTRO	07 - Município MIRANDOPOLIS	08 - UF SP	09 - FPAS 639
		10 - Simples 1	14 - Qtde Trabalhadores 1
11- Identificador 17915670453494612		12- Total a Recolher 5.028,80	
13- Data de Validade = 30/06/2021			

Atenção: não receber após Validade

Código de Barras

Autenticação mecânica

858900000506 288002392026 106301791568 704534946124

Via Empresa



GRRF - Guia de Recolhimento Rescisório do FGTS

Gerada em 28/06/2021 15:47:06

FUNDO DE GARANTIA DO TEMPO DE SERVIÇO

Versão do Aplicativo: 3.3.17 - 24/01/2020

01 - Razão social/Nome ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA		02 - CNPJ/CEI 45.349.461/0008-89	
03 - Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) PAULO DE BARROS 326		04 - Contato/DDD/telefone 11-39056104	05 - CEP 17.230-000
06 - Bairro/Distrito CENTRO	07 - Município MIRANDOPOLIS	08 - UF SP	09 - FPAS 639
		10 - Simples 1	14 - Qtde Trabalhadores 1
11- Identificador 17915670453494612		12- Total a Recolher 5.028,80	
13- Data de Validade = 30/06/2021			

Atenção: não receber após Validade

Código de Barras

Autenticação mecânica

858900000506 288002392026 106301791568 704534946124



Convenio nº 107/2017
 Fundo de Recurso Estadual
 Complemento nº 00002/2020
 Secretaria do Estado da Saúde
 Hospital Estadual
 Hospital Geral Faria de Miranda
 Mirandópolis - SP
 Anexo 2 - Gaspesa - Custeio

Via Banco

30/06/2021 - BANCO DO BRASIL - 17:10:19
679006790 SEGUNDA VIA 0002
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

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

=====

DATA DA TRANSFERENCIA	30/06/2021
NR. DOCUMENTO	553.062.007.004.231
VALOR TOTAL	226.110,69

***** TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 7.004.231-4
NR. DOCUMENTO 556.790.000.000.211

=====

NR.AUTENTICACAO D.0DD.CB9.C41.ACF.385

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

08/05/21

Colaborador (a) *Zilda de matos Pinheiro de Bussa*

Registro (RE)

- OMISSÃO DE MARCAÇÃO DE PONTO;
- TROCA DE PLANTÃO / FOLGA;
- SERVIÇO / CURSO EXTERNO;
- MUDANÇA DE HORÁRIO DEFINITIVA;
- DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO;

- LICENÇA MÉDICA (ATESTADO);
- FALTA JUSTIFICADA;
- FALTA INJUSTIFICADA;
- ATRASO JUSTIFICADO;
- ATRASO INJUSTIFICADO;

- SAÍDA ANTECIPADA JUSTIFICADA;
- SAÍDA ANTECIPADA INJUSTIF.;
- AUTORIZAÇÃO DE BH / HE;
- COMPENSAÇÃO DE BH.
- OUTRO _____

OBS: AO ASSINALAR A OPÇÃO ACIMA, PREENCHA ABAIXO O CAMPO JUSTIFICATIVA.
TROCA DE PLANTÃO / FOLGA

De / / para / / com o colaborador(a)

Registro:

JUSTIFICATIVA: *Saída às 19:30, devido a intercorrência no setor.*

COLABORADOR	RESPONSÁVEL IMEDIATO	COORDENAÇÃO	DEPARTAMENTO DE PESSOAL
<i>Zilda</i> Data: <u>20</u> / <u>05</u> / <u>21</u>	Data: <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>	Data: <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>	Data: <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>

OBSERVAÇÕES - DEPARTAMENTO DE PESSOAL:

COMUNICAÇÃO INTERNA DE PESSOAL
Controle de frequência

Data da Ocorrência 08/05/21

Colaborador (a) Gabrielle Robelo Cavallero Dias

Registro (RE)

<input type="radio"/> OMISSÃO DE MARCAÇÃO DE PONTO;	<input type="radio"/> LICENÇA MÉDICA (ATESTADO);	<input type="radio"/> SAÍDA ANTECIPADA JUSTIFICADA;
<input type="radio"/> TROCA DE PLANTÃO / FOLGA;	<input type="radio"/> FALTA JUSTIFICADA;	<input type="radio"/> SAÍDA ANTECIPADA INJUSTIF.;
<input type="radio"/> SERVIÇO / CURSO EXTERNO;	<input type="radio"/> FALTA INJUSTIFICADA;	<input checked="" type="radio"/> AUTORIZAÇÃO DE BH / HE;
<input type="radio"/> MUDANÇA DE HORÁRIO DEFINITIVA;	<input type="radio"/> ATRASO JUSTIFICADO;	<input type="radio"/> COMPENSAÇÃO DE BH.
<input type="radio"/> DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO;	<input type="radio"/> ATRASO INJUSTIFICADO;	<input type="radio"/> OUTRO _____

OBS: AO ASSINALAR A OPÇÃO ACIMA, PREENCHA ABAIXO O CAMPO JUSTIFICATIVA.

TROCA DE PLANTÃO / FOLGA

De / / para / / com o colaborador(a)

Registro:

JUSTIFICATIVA:

Saída às 19:30, devido a intercomêncios no setor.

COLABORADOR	RESPONSÁVEL IMEDIATO	COORDENAÇÃO	DEPARTAMENTO DE PESSOAL
<u>Gabrielle Robelo C. Dias</u> COREN-SP 622484-ENF			
Data: <u>08/05/21</u>	Data: <u> / / </u>	Data: <u> / / </u>	Data: <u> / / </u>

OBSERVAÇÕES - DEPARTAMENTO DE PESSOAL:

REGISTRO DE PONTO MANUAL							
EMPREGADOR: NOME / EMPRESA AHBB - ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL				CNPJ Nº			
EMPREGADO(A) <i>Leandra Paulino de Albuquerque Santos</i>							
FUNÇÃO: <i>Auxiliar de Enfermagem</i>				LOCAL DE TRABALHO P. S. RESPIRATÓRIO			
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: MAIO		ANO: 2021	
DIAS	ENT	INTERVALO		SAÍDA	HORAS EXTRAS		ASSINATURA / OBSERVAÇÕES
		SAÍDA	RET		INÍCIO	FIM	
05/05	19:00	20:00	21:00	07:00			<i>[Assinatura]</i>
06/05							
07/05	19:00	20:00	21:00	07:00			<i>[Assinatura]</i>
08/05							
09/05	19:00	20:00	21:00	07:00			<i>[Assinatura]</i>
10/05							
11/05	19:00	20:00	21:00	07:00			<i>[Assinatura]</i>
12/05							
13/05							
14/05							
15/05		ATESTADO					
16/05							
17/05							
18/05							
19/05							
20/05							

 Chefia Imediata
 Carimbo e Assinatura

**ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR
 BENEFICIENTE DO BRASIL**
 CNPJ 45.349.461/0001-02

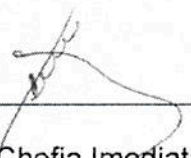
REGISTRO DE PONTO MANUAL							
EMPREGADOR: NOME / EMPRESA AHBB - ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL					CNPJ Nº		
EMPREGADO(A) <i>Ana Carolina Hipólito Zaton</i>							
FUNÇÃO: <i>Enfermeira</i>				LOCAL DE TRABALHO P. S. RESPIRATÓRIO			
Horário de Trabalho: Das <i>07:00</i> às <i>19:00</i> e das <i>07:00</i> às <i>19:00</i>				MÊS: MAIO		ANO: 2021	
DIAS	ENT	INTERVALO		SAÍDA	HORAS EXTRAS		ASSINATURA / OBSERVAÇÕES
		SAÍDA	RET		INICIO	FIM	
05/05	06:51	14:30	15:30	19:34			<i>Ana Carolina H. Zaton</i>
06/05	—	—	—	—			
07/05	06:49	14:00	15:30	19:15			<i>Ana Carolina H. Zaton</i>
08/05	—	—	—	—			
09/05	06:55	14:30	15:30	19:32			<i>Ana Carolina H. Zaton</i>
10/05	—	—	—	—			
11/05	06:47	14:40	15:38	19:15			<i>Ana Carolina H. Zaton</i>
12/05	—	—	—	—			
13/05	06:58	14:00	15:00	19:20			<i>Ana Carolina H. Zaton</i>
14/05	—	—	—	—			
15/05	<i>Folga</i>	—	—	—			<i>Ana Carolina H. Zaton</i>
16/05	—	—	—	—			
17/05	06:54	17:00	17:20	19:08			<i>Ana Carolina H. Zaton</i>
18/05	—	—	—	—			
19/05	06:50	15:30	16:36	19:05			<i>Ana Carolina H. Zaton</i>
20/05	—	—	—	—			



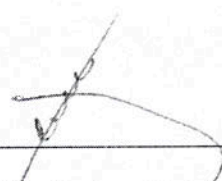
 Chefia Imediata
 Carimbo e Assinatura
**ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR
 BENEFICIENTE DO BRASIL**
 CNPJ 45.349.461/0001-02

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

REGISTRO DE PONTO MANUAL							
EMPREGADOR: NOME / EMPRESA AHBB - ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL					CNPJ Nº		
EMPREGADO(A) <i>Fátima Regina Zagato</i>							
FUNÇÃO: <i>Sicínica de Enfermagem</i>				LOCAL DE TRABALHO P. S. RESPIRATÓRIO			
Horário de Trabalho: Das <i>7:00</i> às <i>19:00</i> e das <i> </i> às <i> </i>				MÊS: MAIO		ANO: 2021	
DIAS	ENT	INTERVALO		SAÍDA	HORAS EXTRAS		ASSINATURA / OBSERVAÇÕES
		SAÍDA	RET		INÍCIO	FIM	
05/05	6:50	13:00	14:00	19:30			<i>Fzagato</i>
06/05							
07/05	6:50	13:00	14:00	19:20			<i>Fzagato</i>
08/05							
09/05	6:50	12:01	13:00	19:20			<i>Fzagato</i>
10/05							
11/05	6:50	12:00	13:00	19:20			<i>Fzagato</i>
12/05							
13/05	6:50	14:00	15:00	19:05			<i>Fzagato</i>
14/05							
15/05	6:50	13:00	14:00	19:00			<i>Fzagato</i>
16/05							
17/05	6:50	13:00	14:00	19:10			<i>Fzagato</i>
18/05							
19/05	6:50	12:00	13:00	19:10			<i>Fzagato</i>
20/05							


 Chefia Imediata
 Carimbo e Assinatura
**ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR
 BENEFICIENTE DO BRASIL**
 CNPJ 45.349.461/0001-02

REGISTRO DE PONTO MANUAL							
EMPREGADOR: NOME / EMPRESA AHBB - ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL					CNPJ Nº		
EMPREGADO(A) Isabella Beccou de meneres							
FUNÇÃO: Técnica de Enfermagem				LOCAL DE TRABALHO P. S. RESPIRATÓRIO			
Horário de Trabalho: Das 06:50 às 19:30 e das : às :				MÊS: MAIO		ANO: 2021	
DIAS	ENT	INTERVALO		SAÍDA	HORAS EXTRAS		ASSINATURA / OBSERVAÇÕES
		SAÍDA	RET		INICIO	FIM	
05/05	06:50	12:00	13:00	19:20			Isabella Beccou de meneres
06/05							
07/05	06:50	12:00	13:00	19:20			Isabella Beccou de meneres
08/05							
09/05	06:50	13:00	14:00	19:30			Isabella Beccou de meneres
10/05							
11/05	06:50	12:31	13:30	19:15			Isabella Beccou de meneres
12/05							
13/05	06:55	12:02	13:00	19:35			Isabella Beccou de meneres
14/05							
15/05	06:50	12:00	13:00	19:25			Isabella Beccou de meneres
16/05							
17/05	06:55	12:00	13:00	19:20			Isabella Beccou de meneres
18/05							
19/05	18:45	12:00	13:00	07:20			Isabella Beccou de meneres
20/05							


 Chefia Imediata
 Carimbo e Assinatura


ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR
 BENEFICIENTE DO BRASIL
 CNPJ 45.349.461/0001-02

Convênio nº 107/2017
 Fonte de Recurso Estadual
 Termo Aditivo nº 0002/2020
 Secretaria do Estado da Saúde
 UGE: 090195 - Hospital Estadual
 Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
 Tipo de Despesa: Custo

REGISTRO DE PONTO MANUAL

EMPREGADOR: NOME / EMPRESA AHBB - ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL		CNPJ Nº
EMPREGADO(A) <i>Keyla de Carvalho Valentim</i>		
FUNÇÃO: <i>Técnica de Enfermagem</i>		LOCAL DE TRABALHO P. S. RESPIRATÓRIO
Horário de Trabalho: Das : às : e das : às :		MÊS: MAIO ANO: 2021

DIAS	ENT	INTERVALO		SAÍDA	HORAS EXTRAS		ASSINATURA / OBSERVAÇÕES
		SAÍDA	RET		INICIO	FIM	
05/05	06:50	12:00	13:00	19:20			<i>Keyla C. Valentim</i>
06/05							
07/05	06:55	12:00	13:00	19:15			<i>Keyla C. Valentim</i>
08/05							
09/05	06:50	12:00	13:00	19:20			<i>Keyla C. Valentim</i>
10/05							
11/05	06:55	12:00	13:00	19:20			<i>Keyla C. Valentim</i>
12/05							
13/05	06:55	12:00	13:00	19:05			<i>Keyla C. Valentim</i>
14/05							
15/05	06:55	12:00	13:00	19:00			<i>Keyla C. Valentim</i>
16/05							
17/05	06:58	12:00	13:00	19:05			<i>Keyla C. Valentim</i>
18/05							
19/05	06:57	13:00	14:00	19:07			<i>Keyla C. Valentim</i>
20/05							


 Chefia Imediata
 Carimbo e Assinatura
**ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR
 BENEFICIENTE DO BRASIL**
 CNPJ 45.349.461/0001-02

REGISTRO DE PONTO MANUAL

EMPREGADOR: NOME / EMPRESA
AHBB - ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL

CNPJ Nº

EMPREGADO(A) *Rosa Miriam Jalino*

FUNÇÃO: *Auxiliar de Enfermagem* LOCAL DE TRABALHO
P. S. RESPIRATÓRIO

Horário de Trabalho: Das : às : e das : às : MÊS: ANO:
MAIO 2021

DIAS	ENT	INTERVALO		SAÍDA	HORAS EXTRAS		ASSINATURA / OBSERVAÇÕES
		SAÍDA	RET		INICIO	FIM	
05/05							
06/05	18:50	20:30	21:30	07:10			<i>Rosa Miriam Jalino</i>
07/05							
08/05	18:50	20:30	21:30	07:10			<i>Rosa Miriam Jalino</i>
09/05							
10/05	18:50	20:30	21:30	07:15			<i>Rosa Miriam Jalino</i>
11/05							
12/05	18:50	20:30	21:30	07:07			<i>Rosa Miriam Jalino</i>
13/05							
14/05	18:35	20:30	21:30	07:00			<i>Rosa Miriam Jalino</i>
15/05							
16/05	18:50	20:30	21:30	07:10			<i>Rosa Miriam Jalino</i>
17/05							
18/05	18:50	20:30	21:30	07:00			<i>Rosa Miriam Jalino</i>
19/05							
20/05	18:50	20:30	21:30	07:00			<i>Rosa Miriam Jalino</i>

[Handwritten Signature]

Chefia Imediata
 Carimbo e Assinatura
**ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR
 BENEFICIENTE DO BRASIL**
 CNPJ 45.349.461/0001-02

Convênio nº 187/2017
 Fonte de Recurso Estadual
 Termo Aditivo nº 0002/2020
 Secretária do Estado da Saúde
 UGE: 090195 - Hospital Estadual
 Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
 Tipo de Despesa: Custeio

REGISTRO DE PONTO MANUAL							
EMPREGADOR: NOME / EMPRESA AHBB - ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL					CNPJ Nº		
EMPREGADO(A) <i>Simone Felício de Souza</i>							
FUNÇÃO: <i>Enfermeira</i>				LOCAL DE TRABALHO P. S. RESPIRATÓRIO			
Horário de Trabalho: Das <i>07:00</i> às <i>12:30</i> e das <i>13:30</i> às <i>19:00</i>				MÊS: MAIO		ANO: 2021	
DIAS	ENT	INTERVALO		SAÍDA	HORAS EXTRAS		ASSINATURA / OBSERVAÇÕES
		SAÍDA	RET		INÍCIO	FIM	
05/05	07:00	12:30	13:30	19:00			<i>Simone</i>
06/05							
07/05	06:50	12:30	13:30	19:10			<i>Simone</i>
08/05							
09/05	06:55	12:00	13:00	19:05			<i>Simone</i>
10/05							
11/05	06:50	13:30	14:30	19:10			<i>Simone</i>
12/05							
13/05	06:50	12:00	13:00	19:05			<i>Simone</i>
14/05							
15/05	06:50	12:00	13:00	19:02			<i>Simone</i>
16/05							
17/05	Fdga	12:00	13:00	19:00			
18/05							
19/05	06:50	12:30	13:30	19:10			<i>Simone</i>
20/05							



 Chefia Imediata
 Carimbo e Assinatura
**ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR
 BENEFICIENTE DO BRASIL**
 CNPJ 45.349.461/0001-02

Convênio nº 107/2017
 Fonte de Recurso Estadual
 Termo Aditivo nº 00092/2020
 Secretaria do Estado da Saúde
 UGE: 090196 - Hospital Estadual
 Dr. Oswaldo Brandi Faria de Miracopolis
 Tipo de Despesa: Custeio

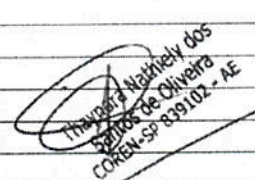
REGISTRO DE PONTO MANUAL

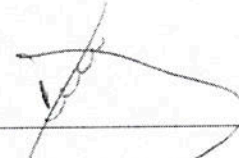
EMPREGADOR: NOME / EMPRESA AHBB - ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL		CNPJ Nº
EMPREGADO(A) <i>Zilda de matos Ruxolo de Bessa</i>		
FUNÇÃO: <i>Técnica de Enfermagem</i>		LOCAL DE TRABALHO P. S. RESPIRATÓRIO
Horário de Trabalho: Das <u>7:00</u> às <u> </u> e das <u> </u> às <u>19:00</u>		MÊS: MAIO ANO: 2021

DIAS	ENT	INTERVALO		SAÍDA	HORAS EXTRAS		ASSINATURA / OBSERVAÇÕES
		SAÍDA	RET		INICIO	FIM	
05/05							
06/05	06:55	12:00	13:00	19:10			<i>ZimBessa</i>
07/05							
08/05	06:56	13:30	14:30	19:30			<i>ZimBessa</i>
09/05							
10/05	06:55	13:10	14:10	19:00			<i>ZimBessa</i>
11/05							
12/05	06:58	11:35	12:35	19:00			<i>ZimBessa</i>
13/05							
14/05	06:55	12:35	13:35	19:00			<i>ZimBessa</i>
15/05							
16/05	-	-	-	-			<i>Folga</i>
17/05							
18/05	06:53	-	-	19:45			<i>ZimBessa</i>
19/05							
20/05	06:55	12:30	13:30	19:05			<i>ZimBessa</i>

[Assinatura]
 Chefia Imediata
 Carimbo e Assinatura

**ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR
 BENEFICIENTE DO BRASIL**
 CNPJ 45.349.461/0001-02

REGISTRO DE PONTO MANUAL							
EMPREGADOR: NOME / EMPRESA AHBB - ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL					CNPJ Nº		
EMPREGADO(A) <i>Thaynara Natheley dos Santos de Oliveira</i>							
FUNÇÃO: <i>Sérvica de Enfermagem</i>				LOCAL DE TRABALHO P. S. RESPIRATÓRIO			
Horário de Trabalho: Das ___ : ___ às ___ : ___ e das ___ : ___ às ___ : ___				MÊS: MAIO		ANO: 2021	
DIAS	ENT	INTERVALO		SAÍDA	HORAS EXTRAS		ASSINATURA / OBSERVAÇÕES
		SAIDA	RET		INICIO	FIM	
05/05							 Thaynara Natheley dos Santos de Oliveira COREN-SP 839102 - AE
06/05	06:54	12:30	13:30	19:03			
07/05							
08/05	06:55	12:00	13:00	19:30			
09/05							
10/05	06:53	11:30	12:30	19:01			
11/05							
12/05	06:54	12:30	13:30	19:03			
13/05							
14/05	06:54	13:00	14:00	19:05			
15/05	/	/	/	/			
16/05	/	/	/	/			
17/05	18:55	23:00	00:00	07:03			
18/05							
19/05	18:54	23:30	00:30	07:07			
20/05							



Chefia Imediata
Carimbo e Assinatura
ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR
BENEFICIENTE DO BRASIL
CNPJ 45.349.461/0001-02

REGISTRO DE PONTO MANUAL

EMPREGADOR: NOME / EMPRESA AHBB - ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL		CNPJ Nº
EMPREGADO(A) <i>Thais Boaretto da Silva</i>		
FUNÇÃO: <i>Enfermeira RT</i>		LOCAL DE TRABALHO P. S. RESPIRATÓRIO
Horário de Trabalho: Das <i>15:00</i> às <i>21:00</i> e das <i>00:00</i> às <i>00:00</i>		MÊS: MAIO ANO: 2021

DIAS	ENT	INTERVALO		SAÍDA	HORAS EXTRAS		ASSINATURA / OBSERVAÇÕES
		SAIDA	RET		INICIO	FIM	
05/05	15:02	20:05	21:04	00:05			<i>Thais Boaretto da Silva</i> Enfermeira COREN-SP 161919
06/05	15:01	20:35	21:34	00:03			
07/05	15:03	20:40	21:35	00:02			
08/05							
09/05							
10/05	15:03	20:40	21:38	00:11			<i>Thais Boaretto da Silva</i> Enfermeira COREN-SP 161919
11/05	15:01	20:35	21:34	00:09			
12/05	15:02	20:37	21:35	00:07			
13/05	15:01	20:15	21:13	00:05			
14/05	15:01	20:12	21:10	00:14			
15/05							
16/05							
17/05	15:01	20:32	21:30	00:12			<i>Thais Boaretto da Silva</i> Enfermeira COREN-SP 161919
18/05	15:02	20:47	21:45	00:11			
19/05	15:03	20:37	21:35	00:07			
20/05	15:01	20:15	21:12	00:05			

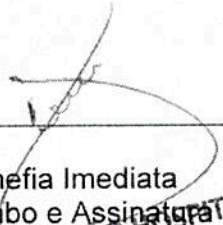
Thais Boaretto da Silva
ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL
 CNPJ: 45.349.461/0005-39
ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL
 CNPJ 45.349.461/0004-02

Chefe imediato
Carimbo e Assinatura

REGISTRO DE PONTO MANUAL

EMPREGADOR: NOME / EMPRESA AHBB - ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL		CNPJ Nº
EMPREGADO(A) <i>Jussara Cristina Pereira de Oliveira</i>		
FUNÇÃO: <i>Téc. Enfermagem</i>		LOCAL DE TRABALHO P. S. RESPIRATÓRIO
Horário de Trabalho: Das <i>7</i> : <i>00</i> às <i>19</i> : <i>00</i> e das <i>19</i> : <i>00</i> às <i>7</i> : <i>00</i>		MÊS: MAIO ANO: 2021


DIAS	ENT	INTERVALO		SAÍDA	HORAS EXTRAS		ASSINATURA / OBSERVAÇÕES
		SAÍDA	RET		INICIO	FIM	
05/05							
06/05							
07/05							
08/05							
09/05							
10/05							
11/05							
12/05	<i>7:00</i>	<i>13:00</i>	<i>14:00</i>	<i>19:00</i>			<i>Jussara</i>
13/05	<i>folga</i>	—	—	—			
14/05							
15/05							
16/05	<i>7:00</i>	<i>13:00</i>	<i>14:00</i>	<i>19:00</i>			<i>Jussara</i>
17/05							
18/05	<i>7:00</i>	<i>13:00</i>	<i>14:00</i>	<i>19:00</i>			<i>Jussara</i>
19/05							
20/05	<i>7:00</i>	<i>13:00</i>	<i>14:00</i>	<i>19:00</i>			<i>Jussara</i>



 Chefia Imediata
 Carimbo e Assinatura
ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL
 CNPJ 45.349.461/0001-02

Cartão nº 107/ks17
 Ponto de Recurso Estadual
 Termo Aditivo nº 60027/2020
 Secretaria do Estado de Saúde
 UGE: 690190 - Hospital Estadual
 Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
 Tipo de Despesa: Custo

REGISTRO DE PONTO MANUAL							
EMPREGADOR: NOME / EMPRESA AHBB - ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL					CNPJ Nº		
EMPREGADO(A) <i>Gabriele Robelo Cavolheiro Dion</i>							
FUNÇÃO: <i>Enfermeira</i>				LOCAL DE TRABALHO P. S. RESPIRATÓRIO			
Horário de Trabalho: Das <u>07:00</u> às <u> </u> e das <u> </u> às <u>19:00</u>				MÊS: MAIO		ANO: 2021	
DIAS	ENT	INTERVALO		SAÍDA	HORAS EXTRAS		ASSINATURA / OBSERVAÇÕES
		SAÍDA	RET		INICIO	FIM	
05/05							
06/05	07:00	12:30	13:30	19:00			<i>Gior</i>
07/05							
08/05	07:00	13:00	14:00	19:30			<i>Gior</i>
09/05							
10/05	06:50	12:00	13:00	19:00			<i>Gior</i>
11/05							
12/05	06:55	13:00	14:00	19:00			<i>Gior</i>
13/05							
14/05	06:58	12:00	13:00	19:02			<i>Gior</i>
15/05							
16/05	<i>folga</i>	-	-	-			<i>Gior</i>
17/05							
18/05	06:55	13:00	14:00	19:05			<i>Gior</i>
19/05							
20/05	06:59	12:00	13:00	19:00			<i>Gior</i>



 Chefia Imediata
 Carimbo e Assinatura
**ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR
 BENEFICIENTE DO BRASIL**
 CNPJ 45.349.461/0001-02

Convênio nº 197/2017
 Fonte de Recurso Hospitalar
 Termo Aditivo nº 0001/2020
 Secretaria de Estado de Saúde
 UGE: 090193 - Hospital Santa Helena
 Dr. Oswaldo Brandi Faria de Souza
 Tipo de Despesa: Custeio

REGISTRO DE PONTO MANUAL

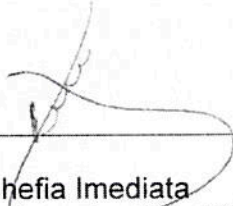
EMPREGADOR: NOME / EMPRESA AHBB - ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL		CNPJ Nº
EMPREGADO(A) <i>Celia Maria Renato Moura</i>		
FUNÇÃO: <i>Técnico de enfermagem</i>		LOCAL DE TRABALHO P. S. RESPIRATÓRIO
Horário de Trabalho: Das : às : e das : às :		MÊS: MAIO ANO: 2021

DIAS	ENT	INTERVALO		SAÍDA	HORAS EXTRAS		ASSINATURA / OBSERVAÇÕES
		SAIDA	RET		INICIO	FIM	
05/05							
06/05	18:50	21:00	22:00	07:00			<i>Cmtomoura</i>
07/05							
08/05	18:50	21:00	22:00	07:30			<i>Cmtomoura</i>
09/05							
10/05	18:50	21:00	22:00	07:04			<i>Cmtomoura</i>
11/05							
12/05	18:50	21:00	22:00	07:05			<i>Cmtomoura</i>
13/05							
14/05	<i>folga</i>			<i>folga</i>			<i>Cmtomoura</i>
15/05							
16/05	18:50	21:00	22:00	07:30			<i>Cmtomoura</i>
17/05							
18/05	18:50	21:00	22:00	07:05			<i>Cmtomoura</i>
19/05							
20/05	18:50	21:00	22:00	07:30			<i>Cmtomoura</i>

[Assinatura]
 Chefe Imediata
 Associação Hospitalar
 Beneficente do Brasil
 CNPJ 45.349.461/0001-02

Convênio nº 107/2017
 Fonte de Recurso Estadual
 Termo Aditivo nº 0002/2020
 Secretaria do Estado de Saúde
 UGE: 000195 - Hospital Estadual
 Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
 Tipo de Despesa: Custeio

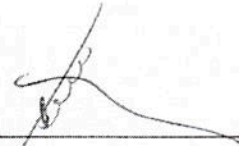
REGISTRO DE PONTO MANUAL							
EMPREGADOR: NOME / EMPRESA AHBB - ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL					CNPJ Nº		
EMPREGADO(A) <i>Criamel da Silva Santiago</i>							
FUNÇÃO: <i>Técnica de Enfermagem</i>				LOCAL DE TRABALHO P. S. RESPIRATÓRIO			
Horário de Trabalho: Das <i>07:00</i> às <i>19:00</i> e das <i>13:00</i> às <i>19:00</i>				MÊS: MAIO		ANO: 2021	
DIAS	ENT	INTERVALO		SAÍDA	HORAS EXTRAS		ASSINATURA / OBSERVAÇÕES
		SAIDA	RET		INICIO	FIM	
05/05							
06/05	06:55	11:30	12:30	19:00			<i>Criamel Santiago</i>
07/05							
08/05	06:54	13:30	14:30	19:02			<i>Criamel Santiago</i>
09/05							
10/05	06:56	12:30	13:30	19:01			<i>Criamel Santiago</i>
11/05							
12/05	06:55	12:00	13:00	19:02			<i>Criamel Santiago</i>
13/05							
14/05	06:54	11:30	12:30	19:03			<i>Criamel Santiago</i>
15/05							
16/05	06:55	13:00	14:00	19:05			<i>Criamel Santiago</i>
17/05							
18/05	<i>folga</i>	—————					<i>Criamel Santiago</i>
19/05							
20/05	06:55	12:00	13:00				<i>Criamel Santiago</i>



 Chefia Imediata
 Carimbo e Assinatura
**ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR
 BENEFICIENTE DO BRASIL**
 CNPJ 45.349.461/0001-02

Convênio nº 167/2017
 Fonte de Recurso Estadual
 Termo Aditivo nº 0006/2/2020
 Secretaria do Estado de Saúde
 UGE: 090198 - Hospital Estadual
 Dr. Oswaldo Brandi Faria de Miracopolis
 Tipo de Despesa: Custeio

REGISTRO DE PONTO MANUAL							
EMPREGADOR: NOME / EMPRESA AHBB - ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL					CNPJ Nº		
EMPREGADO(A) <i>Dennis de Sousa Menezes</i>							
FUNÇÃO: <i>Enfermeiro</i>				LOCAL DE TRABALHO P. S. RESPIRATÓRIO			
Horário de Trabalho: Das <i>19:00</i> às <i>20:30</i> e das <i>21:30</i> às <i>07:00</i>				MÊS: MAIO		ANO: 2021	
DIAS	ENT	INTERVALO		SAÍDA	HORAS EXTRAS		ASSINATURA / OBSERVAÇÕES
		SAIDA	RET		INICIO	FIM	
05/05							
06/05	18:50	20:30	21:30	07:10			<i>[Assinatura]</i>
07/05							
08/05	18:45	20:30	21:30	07:05			<i>[Assinatura]</i>
09/05							
10/05	18:55	20:30	21:30	07:10			<i>[Assinatura]</i>
11/05							
12/05	18:50	20:30	21:30	07:15			<i>[Assinatura]</i>
13/05							
14/05	FOLGA						
15/05							
16/05	18:50	20:30	21:30	07:10			<i>[Assinatura]</i>
17/05							
18/05	18:55	20:30	21:30	07:15			<i>[Assinatura]</i>
19/05							
20/05	FOLGA						



 Chefia Imediata
 Carimbo e Assinatura
 ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR
 BENEFICIENTE DO BRASIL
 CNPJ 45.349.461/0001-02

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

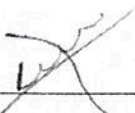
REGISTRO DE PONTO MANUAL							
EMPREGADOR: NOME / EMPRESA AHBB - ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL					CNPJ Nº		
EMPREGADO(A) <i>Florea Sanyalli Rigagnon</i>							
FUNÇÃO: <i>Técnica de Enfermagem</i>				LOCAL DE TRABALHO P. S. RESPIRATÓRIO			
Horário de Trabalho: Das <u>19:00</u> às <u>20:00</u> e das <u>21:00</u> às <u>07:00</u>				MÊS: MAIO		ANO: 2021	
DIAS	ENT	INTERVALO		SAÍDA	HORAS EXTRAS		ASSINATURA / OBSERVAÇÕES
		SAIDA	RET		INICIO	FIM	
05/05							
06/05	18:50	20:00	21:00	07:05			<i>None</i>
07/05							
08/05	18:55	20:00	21:00	07:10			<i>None</i>
09/05							
10/05	18:50	20:00	21:00	07:10			<i>None</i>
11/05							
12/05	18:50	20:00	21:00	07:05			<i>None</i>
13/05							
14/05	18:50	20:00	21:00	07:05			<i>None</i>
15/05							
16/05	<i>folga</i>						
17/05							
18/05	18:55	20:00	21:00	07:10			<i>None</i>
19/05							
20/05	<i>folga</i>						

Denise de Sousa Menezes
COREN-SP 678488 - ENF

Chefia Imediata
Carimbo e Assinatura
ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL
CNPJ 45.349.461/0001-02

Convênio nº 107/2017
Fonte de Recurso Estadual
Termo Aditivo nº 0002/2020
Secretaria do Estado de Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Osvaldo Brandi Faria de Miranda
Tipo de Despesa: Custeio

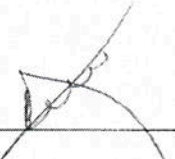
REGISTRO DE PONTO MANUAL							
EMPREGADOR: NOME / EMPRESA AHBB - ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL					CNPJ Nº		
EMPREGADO(A) <i>Flávia Regina Giovanelli Silva</i>							
FUNÇÃO: <i>aux. enfermagem</i>				LOCAL DE TRABALHO P. S. RESPIRATÓRIO			
Horário de Trabalho: Das <i>18:00</i> às <i>21:00</i> e das <i>22:00</i> às <i>07:00</i>				MÊS: MAIO		ANO: 2021	
DIAS MÊS	ENT	INTERVALO		SAÍDA	HORAS EXTRAS		ASSINATURA / OBSERVAÇÕES
		SAÍDA	RET		INÍCIO	FIM	
05/05	18:50	21:00	22:00	07:00			<i>Flávia</i>
06/05							
07/05	18:50	21:00	22:00	07:00			<i>Flávia</i>
08/05							
09/05	18:50	21:00	22:00	07:00			<i>Flávia</i>
10/05							
11/05	18:50	21:00	22:00	07:00			<i>Flávia</i>
12/05							
13/05	18:50	21:00	22:00	07:00			<i>Flávia</i>
14/05							
15/05	18:50	21:00	22:00	07:00			<i>Flávia</i>
16/05							
17/05	18:50	21:00	22:00	07:00			<i>Flávia</i>
18/05							
19/05	FOLGA						
20/05							



 Chefia Imediata
 Carimbo e Assinatura
**ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR
 BENEFICIENTE DO BRASIL**
 CNPJ 45.349.461/0001-02

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

REGISTRO DE PONTO MANUAL							
EMPREGADOR: NOME / EMPRESA AHBB - ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL					CNPJ Nº		
EMPREGADO(A) <i>Serv. São Nazário de Jho. Rogério</i>							
FUNÇÃO: <i>Enfermeira</i>				LOCAL DE TRABALHO P. S. RESPIRATÓRIO			
Horário de Trabalho: Das <u>9</u> : <u>00</u> às <u>20</u> : <u>00</u> e das <u>21</u> : <u>00</u> às <u>07</u> : <u>00</u>				MÊS: MAIO		ANO: 2021	
DIAS	ENT	INTERVALO		SAÍDA	HORAS EXTRAS		ASSINATURA / OBSERVAÇÕES
		SAÍDA	RET		INICIO	FIM	
05/05	18:50	20:00	21:00	07:00			(S)
06/05							
07/05	19:00	20:00	21:00	07:00			(S)
08/05							
09/05	19:00	20:00	21:00	07:00			(S)
10/05							
11/05	19:00	20:00	21:00	07:00			(S)
12/05							
13/05	19:00	20:00	21:00	07:00			(S)
14/05							
15/05	19:00	20:00	21:00	07:00			(S)
16/05							
17/05	19:00	20:00	21:00	07:00			(S)
18/05							
19/05	19:00	20:00	21:00	07:00			(S)
20/05							



 Chefe Imediata
 Carimbo e Assinatura
ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL
 CNPJ 45.349.461/0001-02

REGISTRO DE PONTO MANUAL

EMPREGADOR: NOME / EMPRESA AHBB - ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL		CNPJ Nº
EMPREGADO(A) <i>Bruna Moura Vemi de Jesus</i>		
FUNÇÃO: <i>Enfermeira</i>		LOCAL DE TRABALHO P. S. RESPIRATÓRIO
Horário de Trabalho: Das ____ às ____ e das ____ às ____		MÊS: MAIO
		ANO: 2021

DIAS	ENT	INTERVALO		SAÍDA	HORAS EXTRAS		ASSINATURA / OBSERVAÇÕES
		SAIDA	RET		INICIO	FIM	
05/05							
06/05	6:55	13:00	14:00	19:00			<i>Bruna</i>
07/05							
08/05	6:53	12:00	13:00	19:30			<i>Bruna</i>
09/05							
10/05	6:55	13:00	14:00	19:10			<i>Bruna</i>
11/05							
12/05	6:58	12:00	13:00	19:00			<i>Bruna</i>
13/05							
14/05	19:00	21:00	22:00	7:30			<i>Bruna</i>
15/05							
16/05	7:00	13:10	13:40	19:07			<i>Bruna</i>
17/05							
18/05	6:55	14:00	14:40	19:10			<i>Bruna</i>
19/05							
20/05	18:50	21:00	22:00	7:00			<i>Bruna</i>



 Chefia Imediata
 Carimbo e Assinatura
ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL
 CNPJ 45.349.461/0001-02

Mirandópolis, 05 de julho de 2021.

CONTRATANTE **HOSPITAL ESTADUAL DE MIRANDOPOLIS**
PROJETO: **LEITOS ENFERMARIA-COVID DO HOSPITAL**
EXERCÍCIO: **ESTADUAL DE MIRANDOPOLIS**
 JUNHO/21

PRESTAÇÃO DE CONTAS ASSISTENCIAL – JUNHO/21

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 , firmado entre o GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO, com o compromisso entre as partes para gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde de leitos de ENFERMARIA direcionados ao enfrentamento da COVID-19 no **Hospital Estadual de Mirandópolis**, vem respeitosamente encaminhar a Prestação de Contas Assistencial.

No ensejo, reitero votos de estima e considerações.

Atenciosamente


Wagner Galenti

Excelentíssimo Senhor,

Dr.

Diretor do hospital

Convênio nº 197/2017
Fonte de Recurso Estadual
Termo Aditivo nº 00002/2020
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 050196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

www.ahbb.org.br

contato@ahbb.org.br

14 3532 5198

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

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, 10 leitos ENFERMARIA-COVID – 24h, no Município de MIRANDÓPOLIS/SP. Visa demonstrar o desempenho das atividades previstas e realizadas, no mês de junho de 2021 a fim de permitir verificar os resultados e metas consolidadas.

Em cumprimento das metas para vigência do Plano de Trabalho, considera relevante a demonstração dos resultados obtidos para total transparência, visando sempre à qualidade dos serviços contratados.

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

www.ahbb.org.br

contato@ahbb.org.br

14 3532 5198

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

1. RECURSOS HUMANOS

Previstos e Contratados.

CATEGORIA PREVISTA NO PLANO	QUANTIDADE PREVISTA NO PLANO	CONTRATADOS	junho/2021		
			DEMISSÃO	CONTRAT. NO MÊS	TOTAL
Enfermeiro RT*	1	1	01	01	1
Enfermeiros	5	5	-	-	5
Técnicos/Auxiliares de Enfermagem	12	12	0	0	12
Fisioterapeuta RT	1	1	-	-	1
Fisioterapeuta	3	3	-	-	3
Assistente Adm	1	1	-	-	1

1.1. Pessoa Jurídica:

Categoria Prevista	Contratado
1 Médico Coordenador	1
4 Médico Plantonista	1 plantonista por 24 horas

Convênio nº 0072077
Fonte de Recurso Estadual
Termo Aditivo nº 00002/2020
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 000195 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Maripolis
Tipo de Despesa: Custeio

www.ahbb.org.br

contato@ahbb.org.br

14 3532 5198

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

2. LEITOS

O Projeto estabelecido no hospital estadual de Mirandópolis realiza a gestão de 10 leitos de Enfermaria direcionados ao enfrentamento da COVID-19.

TAXA DE OCUPAÇÃO DE LEITOS ENFERMARIA		
MÉDIA MENSAL PACTUADO	Nº DE PACIENTE/DIA	TAXA DE OCUPAÇÃO
90 %	221	74%

3. EDUCAÇÃO PERMANENTE

Para melhorar e sempre buscando aperfeiçoar a qualidade do atendimento prestado pela equipe AHBB, foi realizado orientações e Educação Continuada da equipe do Hospital Estadual, relacionadas as Normas e Rotinas intitucional, importancia de dados de indicadores, paramentação e retirada do mesmo, notificações, ...

Para assegurar e fortalecer a qualidade do serviço, foi realizado o Encontro de liderança, com a intenção de promover e desenvolver atividades que prevaleça a segurança do paciente.

Sendo assim realizamos adequações contínuas para aperfeiçoar a qualidade do atendimento prestado pela equipe AHBB.

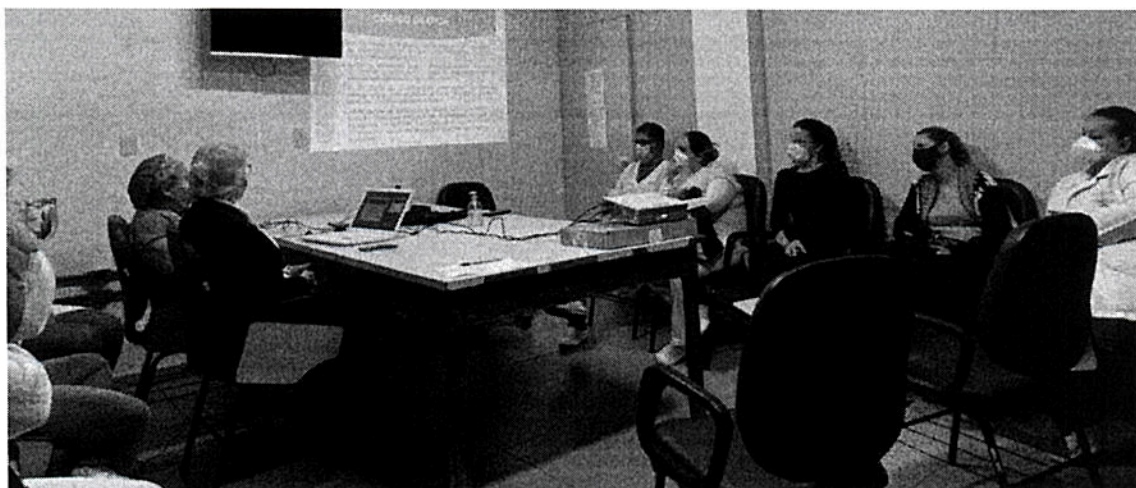
Contrato nº 107/2017
Fundo de Recurso Estadual
Termo Aditivo nº 00002/2020
Secretaria do Estado de Saúde
UGE: 090199 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

www.ahbb.org.br

contato@ahbb.org.br

14 3532 5198

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



1º Encontro de Lideranças
Construindo juntos
um sistema de saúde
mais transparente,
seguro e humano

Convênio nº 167/2017
Fonte de Recurso Estadual
Termo Aditivo nº 00002/2020
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090198 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custo

www.ahbb.org.br

contato@ahbb.org.br

14 3532 5198

Av. José Ariano Rodrigues, 303
Jardim Ariano - Lins - SP 16
Cep 16400 400

4. METAS

PROCEDIMENTOS	META PACTUADA	REALIZADO junho
Taxa de ocupação Hospitalar Enfermaria	>90%	74%
Média de Permanência na Enfermaria	< 8 dias	07
Estudo da satisfação dos clientes e/ou família relacionado à assistência na Enfermaria	<10 reclamações	100%
Incidência de perda de cateter venoso inserção periférica Enfermaria	---	3,46%
Incidência de flebite	---	0
Incidência de erros de medicação	---	0
Evolução no prontuário do paciente Enfermaria	30	100%
Saída da Enfermaria	---	57
Paciente/dia Enfermaria	150	221
Taxa de mortalidade Enfermaria	---	0
Taxa de Reinternação em 24horas – Enfermaria	0	0
PROCEDIMENTOS		

Convênio nº 107/2017
Fonte de Recurso Estadual
Termo Aditivo nº 00062/2020
Secretaria do Estado de Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Itararépolis
Tipo de Despesa: Custeio

www.ahbb.org.br

contato@ahbb.org.br

14 3532 5198

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

5. CUIDANDO DE QUEM CUIDA

Diante da Educação Permanente realizada para as equipes multiprofissional da AHBB, firmamos o compromisso com o Hospital Estadual de Mirandópolis juntamente com os nossos colaboradores. Unidos compartilharemos da história, filosofia, missão, visão, valores, infraestrutura e estrutura organizacional com o objetivo de atribuir ao atendimento em saúde prontidão e qualidade.

METAS	Pactuadas (Mensal)	REALIZADO JUNHO
Densidade de incidência de Infecção do Trato Urinário relacionado a SVD	4,88%	0%
Incidência de Lesão por pressão (LPP)	0,5%	0 %

6. CONTRATOS TERCEIROS

Previsto	Contratado
Ar Comprimido	Hospital Estadual de Mirandópolis
Bombas de infusão	4
Lavanderia	TEXTIL/ Hospital Estadual de Mirandópolis
Nutrição	ADILIA/Hospital Estadual de Mirandópolis
Esterilização	Hospital Estadual de Mirandópolis
Gasometria	Hospital Estadual de Mirandópolis
Exames de Imagem	FID/Hospital Estadual de Mirandópolis
Fisioterapia	Matheus Alexandre ME

www.ahbb.org.br

contato@ahbb.org.br

14 3532 5198

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

Convênio nº 167/2017
Fonte de Recurso Estadual
Termo Aditivo nº 00062/2020
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090193 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

7. 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 da Enfermaria Covid AHBB, 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.

Bianca Caetano Costa Silva
BIANCA CAETANO COSTA SILVA
Enfermeira
COREN 181.100
Bianca Caetano Costa Silva
Coordenação de Enfermagem



LUCIANO BARBOSA VELAME
Coordenador Médico

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

www.ahbb.org.br

contato@ahbb.org.br

14 3532 5198

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