

Prestação de Contas

Julho
2021
1/2

Juquery- Caieiras
Covid

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 00066/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE: 090196
Hospital Complexo Hospitalar do Juquery
Natureza de Despesa: Custeio

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

ÓRGÃO CONCESSOR: GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO
TIPO DE CONCESSÃO: (1) SUBVENÇÃO
OBJETO DO CONTRATO DE GESTÃO: O presente Termo Aditivo tem por objeto a transferência de recursos financeiros à CONVENIADA, visando à execução de atividades concernentes ao Sistema Único de Saúde SUS/SP, destinados a CUSTEIO - Serviços de implantação e gerenciamento de 20 leitos de enfermaria adulto e 2 leitos de estabilização do COVID 19, com equipe Médica, Administrativa, enfermagem, fisioterapia, Manutenção Preventiva e Corretiva de Equipamentos Hospitalares e Custos Indiretos.
EXERCÍCIO: 2021
ENTIDADE CONVENIADA: ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0001-02
ENDEREÇO e CEP: RUA JOSÉ ARIANO RODRIGUES, 303 - JD ARIANO - LINS/SP CEP.: 16400-400
RESPONSÁVEL(IS) PELA ENTIDADE: ANTONIO CARLOS PINOTTI AFFONSO
VALOR TOTAL RECEBIDO: R\$ 287.115,75
ORIGEM DOS RECURSOS (1): Estadual

DEMONSTRATIVO DOS REPASSES PUBLICOS RECEBIDOS				
DATA PREVISTA PARA O REPASSE (2)	VALORES PREVISTOS (R\$)	DATA DO REPASSE	NUMERO DO DOCUMENTO DE CREDITO	VALORES REPASSADOS (R\$)
06/07/2021	R\$ 287.115,75	06/07/2021	Transf. Bancária	R\$ 287.115,75
	R\$ -		Transf. Bancária	R\$ -
	R\$ -		Transf. Bancária	R\$ -
RECEITA COM APLICAÇÕES FINANCEIRAS DOS REPASSES PUBLICOS				R\$ -
SALDO MÊS ANTERIOR				R\$ 238.738,61
TOTAL				R\$ 525.854,36
RECURSOS PRÓPRIOS APLICADOS PELA ENTIDADE				

DEMONSTRATIVO DAS DESPESAS REALIZADAS			
CATEGORIA OU FINALIDADE DA DESPESA	PERÍODO DE REALIZAÇÃO	ORIGEM RECURSO	VALOR APLICADO R\$
MANUTENÇÃO/CUSTEIO	01/07/2021 A	MUNICIPAL	R\$ 287.115,75
MANUTENÇÃO/CUSTEIO	31/07/2021	PRÓPRIO	R\$ -
TOTAL DAS DESPESAS			R\$ 279.984,65
RECURSO PÚBLICO NÃO APLICADO			R\$ 245.869,71
VALOR DEVOLVIDO AO ÓRGÃO CONCESSOR			R\$ -
VALOR AUTORIZADO PARA APLICAÇÃO NO EXERCÍCIO SEGUINTE			R\$ 245.869,71

CONCILIAÇÃO BANCARIA

Empresa:	Associação Hospitalar Beneficente do Brasil	Banco Do Brasil
CNPJ:	45.349.461/0001-02	Ag: 3062-7
Período:	01/07/2021 a 31/07/2021	CC: 36518-1
Convênio:	Juquery- Caieiras Covid	

Data	Fornecedor	Nº Doc	Débito	Crédito	Saldo- Exercício
30/06/2021	BANCO DO BRASIL				
	Saldo Anterior				R\$ -
01/07/2021	Devolução AHBB Sede	553.062.007.004.231		R\$ 2.790,56	R\$ 2.790,56
01/07/2021	Luiz Antonio da Costa	Rescisão	R\$ 2.790,56		R\$ -
05/07/2021	Devolução AHBB Sede	553.062.007.004.231		R\$ 64.691,32	R\$ 64.691,32
05/07/2021	Veridiana Maria C Silva	Holerite	R\$ 6.336,02		R\$ 58.355,30
05/07/2021	Marihu Nascimento Alves	Holerite	R\$ 2.547,47		R\$ 55.807,83
05/07/2021	Maria de Lourdes Silva	Holerite	R\$ 2.647,51		R\$ 53.160,32
05/07/2021	Eizeia Pereira Rodrigues	Holerite	R\$ 3.291,80		R\$ 49.868,52
05/07/2021	Jose Carlos Lima de Jesus	Holerite	R\$ 2.700,61		R\$ 47.167,91
05/07/2021	Ademir Ruiz dos Santos	Holerite	R\$ 4.232,32		R\$ 42.935,59
05/07/2021	Beatriz Oliveira Albuquerque	Holerite	R\$ 2.478,27		R\$ 40.457,32
05/07/2021	Claudete Gonçalves Pereira dos Santos	Holerite	R\$ 2.672,41		R\$ 37.784,91
05/07/2021	Ducileide Lopo da Silva	Holerite	R\$ 2.745,67		R\$ 35.039,24
05/07/2021	Edilaine da Silveira Silva Maciel	Holerite	R\$ 2.812,80		R\$ 32.226,44
05/07/2021	Gabriela Gonçalves do Nascimento	Holerite	R\$ 2.722,21		R\$ 29.504,23
05/07/2021	Jeronimo Souza da Silva	Holerite	R\$ 2.555,45		R\$ 26.948,78
05/07/2021	Leonete da Conceição de Oliveira	Holerite	R\$ 2.450,02		R\$ 24.498,76
05/07/2021	Leticia Luana de Souza Freitas	Holerite	R\$ 2.323,85		R\$ 22.174,91
05/07/2021	Lurdimar Maria do Nascimento	Holerite	R\$ 3.762,15		R\$ 18.412,76
05/07/2021	Marimar da Silva Avelino	Holerite	R\$ 2.466,72		R\$ 15.946,04
05/07/2021	Mayara Carolina de Souza Silva	Holerite	R\$ 2.450,02		R\$ 13.496,02
05/07/2021	Monica da Silva Melo	Holerite	R\$ 3.320,23		R\$ 10.175,79
05/07/2021	Rone Roberson dos Santos Bertioga	Holerite	R\$ 3.291,80		R\$ 6.883,99
05/07/2021	Juliana Arantes Manha	Holerite	R\$ 3.337,38		R\$ 3.546,61
05/07/2021	Gabriel Mateus Valenzuela Abarzua	Rescisão	R\$ 3.546,61		R\$ 0,00
06/07/2021	Repasso Público	202.107.050.057.704		R\$ 287.115,75	R\$ 287.115,75
09/07/2021	Transferencia AHBB Sede	553.062.007.004.231	R\$ 286.990,35		R\$ 125,40
06/07/2021	Tarifa Bancárias	811.870.903.007.126	R\$ 10,45		R\$ 114,95
06/07/2021	Tarifa Bancárias	811.870.903.007.127	R\$ 10,45		R\$ 104,50
06/07/2021	Tarifa Bancárias	811.870.903.007.128	R\$ 10,45		R\$ 94,05
06/07/2021	Tarifa Bancárias	811.870.903.007.129	R\$ 10,45		R\$ 83,60
06/07/2021	Tarifa Bancárias	811.870.903.007.130	R\$ 10,45		R\$ 73,15
06/07/2021	Tarifa Bancárias	811.870.903.007.131	R\$ 10,45		R\$ 62,70
06/07/2021	Tarifa Bancárias	811.870.903.007.132	R\$ 10,45		R\$ 52,25
06/07/2021	Tarifa Bancárias	811.870.903.007.133	R\$ 10,45		R\$ 41,80
06/07/2021	Tarifa Bancárias	811.870.903.007.134	R\$ 10,45		R\$ 31,35
06/07/2021	Tarifa Bancárias	811.870.903.007.135	R\$ 10,45		R\$ 20,90
06/07/2021	Tarifa Bancárias	811.870.903.007.136	R\$ 10,45		R\$ 10,45
06/07/2021	Tarifa Bancárias	811.870.903.007.137	R\$ 10,45		R\$ 0,00
08/07/2021	Devolução AHBB Sede	553.062.007.004.231		R\$ 1.454,00	R\$ 1.454,00
08/07/2021	Paulo Henrique	Holerite	R\$ 1.454,00		R\$ 0,00
12/07/2021	Devolução AHBB Sede	553.062.007.004.231		R\$ 42.510,45	R\$ 42.510,45
12/07/2021	Gestare Serviços combinados de escritorio Ltda	Nota Fiscal nº 256	R\$ 10.000,00		R\$ 32.510,45
12/07/2021	Thiago Prado Perez da Silva	Nota Fiscal nº 45	R\$ 32.500,00		R\$ 10,45
12/07/2021	Tarifa Bancárias	821.930.904.053.940	R\$ 10,45		R\$ 0,00
13/07/2021	Devolução AHBB Sede	553.062.007.004.231		R\$ 125.977,47	R\$ 125.977,47
13/07/2021	Winter - Gestão e Consultoria Medica Ltda - EPP	Nota Fiscal nº 504	R\$ 125.803,57		R\$ 173,90
13/07/2021	Tarifa Bancárias	821.940.902.293.304	R\$ 10,45		R\$ 163,45
13/07/2021	Tarifa Bancárias	821.940.902.293.305	R\$ 10,45		R\$ 153,00
13/07/2021	Tarifa Bancárias	821.941.200.313.927	R\$ 10,45		R\$ 142,55
13/07/2021	Tarifa Bancárias	871.940.904.587.070	R\$ 142,55		R\$ 0,00
15/07/2021	Devolução AHBB Sede	553.062.007.004.231		R\$ 5.328,14	R\$ 5.328,14
15/07/2021	FGTS Arrecadação GRF	Pagamento	R\$ 5.317,69		R\$ 10,45
15/07/2021	Tarifa Bancárias	871.960.903.878.542	R\$ 10,45		R\$ 0,00
19/07/2021	Devolução AHBB Sede	553.062.007.004.231		R\$ 17.040,74	R\$ 17.040,74
19/07/2021	Ministério da Fazenda	Cód 0561	R\$ 2.047,12		R\$ 14.993,62
19/07/2021	Ministério Previdência Social	GPS	R\$ 6.655,70		R\$ 8.337,92
19/07/2021	Ministério da Fazenda	Cód 5952	R\$ 6.233,21		R\$ 2.104,71
19/07/2021	Ministério da Fazenda	Cód 1708	R\$ 2.010,71		R\$ 94,00
19/07/2021	Destra - Apoio em Prev em Seg Trabalho Ltda	Nota Fiscal nº 2056	R\$ 94,00		R\$ 0,00
26/07/2021	Devolução AHBB Sede	553.062.007.004.231		R\$ 10.808,89	R\$ 10.808,89
26/07/2021	FGTS Arrecadação GRF	Pagamento	R\$ 754,36		R\$ 10.054,53
26/07/2021	SP Tansporte S A	Nota Fiscal nº 59865469	R\$ 384,87		R\$ 9.669,66
26/07/2021	Viação Transportes	Nota Fiscal nº 229525	R\$ 129,60		R\$ 9.540,06
26/07/2021	Promobom- Auto Pass S A	Nota Fiscal nº 12384650	R\$ 500,57		R\$ 9.039,49
26/07/2021	Alcatoner Comercio de Electronicos Ltda	Nota Fiscal nº 12322	R\$ 170,00		R\$ 8.869,49
26/07/2021	Mayara Carolina de Souza Silva	Rescisão	R\$ 5.593,02		R\$ 3.276,47
26/07/2021	Doris Neidenbach	Rescisão	R\$ 3.076,04		R\$ 200,43
26/07/2021	FGTS Arrecadação GRF	Pagamento	R\$ 189,98		R\$ 10,45
26/07/2021	Tarifa Bancárias	822.070.902.678.953	R\$ 10,45		R\$ 0,00

Convênio nº 00066/2021
 Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
 Secretaria de Estado da Saúde - UGE: 090196
 Hospital Complexo Hospitalar do Juquery
 Natureza de Despesa: Custeio

29/07/2021	Devolução AHBB Sede	553.062.007.004.231		R\$ 9.236,78	R\$ 9.236,78
29/07/2021	Ticket Serviços S.A	Nota Fiscal nº 30280255	R\$ 5.247,19		R\$ 3.989,59
29/07/2021	Ticket Serviços S.A	Nota Fiscal nº 30280214	R\$ 3.968,69		R\$ 20,90
29/07/2021	Tarifas Bancárias	822.100.901.933.307	R\$ 10,45		R\$ 10,45
29/07/2021	Tarifas Bancárias	822.100.901.933.308	R\$ 10,45		R\$ 0,00
30/07/2021	Devolução AHBB Sede	553.062.007.004.231		R\$ 245.890,61	R\$ 245.890,61
30/07/2021	Tarifas Bancárias	0	R\$ 20,90		R\$ 245.869,71

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 00066/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE: 090196
Hospital Complexo Hospitalar do Juquery
Natureza de Despesa: Custeio



Consultas - Extrato de conta corrente

G3353014475514561
30/07/2021 15:05:09

Cliente - Conta atual

Agência 3062-7
Conta corrente 36518-1ASSOC HOSP B BRASIL
Período do extrato Mês atual

Lançamentos

Dt. balancete	Dt. movimento	Ag. origem	Lote	Histórico	Documento	Valor R\$	Saldo
30/06/2021		0000	00000	000 Saldo Anterior			0,00 C
01/07/2021		3062	99015 870	Transferência recebida	553.062.007.004.231	2.790,56 C	
				01/07 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B			
01/07/2021		0000	13105 393	TED Transf.Eletr.Disponiv	70.101	2.790,56 D	0,00 C
				033 0344 11359128824 LUIZ ANTONIO DA C			
05/07/2021		3062	99015 870	Transferência recebida	553.062.007.004.231	64.691,32 C	
				05/07 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B			
05/07/2021		3062	99015 470	Transferência enviada	551.521.000.013.586	6.336,02 D	
				05/07 1521 13586-0 VERIDIANA MARI			
05/07/2021		3062	99015 470	Transferência enviada	552.792.000.030.118	2.547,47 D	
				05/07 2792 30118-3 MARILU NASCIME			
05/07/2021		3062	99015 470	Transferência enviada	556.727.000.027.974	2.647,51 D	
				05/07 6727 27974-9 MARIA DE LOURD			
05/07/2021		3062	99015 470	Transferência enviada	556.727.000.038.477	3.291,80 D	
				05/07 6727 38477-1 ELIEZIA PEREIR			
05/07/2021		3062	99015 470	Transferência enviada	556.727.000.040.003	2.700,61 D	
				05/07 6727 40003-3 JOSE CARLOS LI			
05/07/2021		0000	13105 393	TED Transf.Eletr.Disponiv	70.501	4.232,32 D	
				104 2106 10125560850 ADEMIR RUIZ DOS S			
05/07/2021		0000	13105 393	TED Transf.Eletr.Disponiv	70.502	2.478,27 D	
				237 7355 45793064818 BEATRIZ OLIVEIRA			
05/07/2021		0000	13105 393	TED Transf.Eletr.Disponiv	70.503	2.672,41 D	
				237 2216 16583971852 CLAUDETE GONCALVE			
05/07/2021		0000	13105 393	TED Transf.Eletr.Disponiv	70.504	2.745,67 D	
				104 2951 27754265818 DUCILEIDE LOPO DA			
05/07/2021		0000	13105 393	TED Transf.Eletr.Disponiv	70.505	2.812,80 D	
				237 1574 15703072883 EDILAINE DA SILVE			
05/07/2021		0000	13105 393	TED Transf.Eletr.Disponiv	70.506	2.722,21 D	
				260 0001 49074383890 GABRIELA GONCALVE			
05/07/2021		0000	13105 393	TED Transf.Eletr.Disponiv	70.507	2.555,45 D	
				104 0316 32774069890 JERONIMO SOUZA DA			
05/07/2021		0000	13105 393	TED Transf.Eletr.Disponiv	70.508	2.450,02 D	
				341 9105 20104541890 LEONETE DA CONCEI			
05/07/2021		0000	13105 393	TED Transf.Eletr.Disponiv	70.509	2.323,85 D	
				033 4264 41306072867 LETICIA LUANA DE			
05/07/2021		0000	13105 393	TED Transf.Eletr.Disponiv	70.510	3.762,15 D	
				033 0259 15704275850 LURDIMAR MARIA DO			
05/07/2021		0000	13105 393	TED Transf.Eletr.Disponiv	70.511	2.466,72 D	
				341 0622 46109351806 MARIMAR DA SILVA			
05/07/2021		0000	13105 393	TED Transf.Eletr.Disponiv	70.512	2.450,02 D	
				237 7160 43300451841 MAYARA CAROLINA D			
05/07/2021		0000	13105 393	TED Transf.Eletr.Disponiv	70.513	3.320,23 D	
				341 7435 33760973809 MONICA DA SILVA M			
05/07/2021		0000	13105 393	TED Transf.Eletr.Disponiv	70.514	3.291,80 D	
				237 3034 29610496873 RONE ROBERSON DOS			
05/07/2021		0000	13105 393	TED Transf.Eletr.Disponiv	70.515	3.337,38 D	
				104 0907 29909345889 JULIANA ARANTES M			
05/07/2021		0000	13105 393	TED Transf.Eletr.Disponiv	70.516	3.546,61 D	0,00 C
				260 0001 46039877812 GABRIEL MATEUS VA			
06/07/2021		0000	14138 632	Ordem Bancária	202.107.050.057.704	287.115,75 C	
				463772220003-90 SP-SEC DA FAZENDA E PL			

Convênio nº 00066/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE: 090196
Hospital Complexo Hospitalar do Juquery

06/07/2021	3062	99015 470	Transferência enviada	553.062.007.004.231	286.990,35 D	
			06/07 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B			
06/07/2021	0000	13113 310	Tar DOC/TED Eletrônico	811.870.903.007.126	10,45 D	
			Cobrança referente a 05/07/2021			
06/07/2021	0000	13113 310	Tar DOC/TED Eletrônico	811.870.903.007.127	10,45 D	
			Cobrança referente a 05/07/2021			
06/07/2021	0000	13113 310	Tar DOC/TED Eletrônico	811.870.903.007.128	10,45 D	
			Cobrança referente a 05/07/2021			
06/07/2021	0000	13113 310	Tar DOC/TED Eletrônico	811.870.903.007.129	10,45 D	
			Cobrança referente a 05/07/2021			
06/07/2021	0000	13113 310	Tar DOC/TED Eletrônico	811.870.903.007.130	10,45 D	
			Cobrança referente a 05/07/2021			
06/07/2021	0000	13113 310	Tar DOC/TED Eletrônico	811.870.903.007.131	10,45 D	
			Cobrança referente a 05/07/2021			
06/07/2021	0000	13113 310	Tar DOC/TED Eletrônico	811.870.903.007.132	10,45 D	
			Cobrança referente a 05/07/2021			
06/07/2021	0000	13113 310	Tar DOC/TED Eletrônico	811.870.903.007.133	10,45 D	
			Cobrança referente a 05/07/2021			
06/07/2021	0000	13113 310	Tar DOC/TED Eletrônico	811.870.903.007.134	10,45 D	
			Cobrança referente a 05/07/2021			
06/07/2021	0000	13113 310	Tar DOC/TED Eletrônico	811.870.903.007.135	10,45 D	
			Cobrança referente a 05/07/2021			
06/07/2021	0000	13113 310	Tar DOC/TED Eletrônico	811.870.903.007.136	10,45 D	
			Cobrança referente a 05/07/2021			
06/07/2021	0000	13113 310	Tar DOC/TED Eletrônico	811.870.903.007.137	10,45 D	0,00 C
			Cobrança referente a 05/07/2021			
08/07/2021	3062	99015 870	Transferência recebida	553.062.007.004.231	1.454,00 C	
			08/07 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B			
08/07/2021	0000	13105 393	TED Transf.Eletr.Disponiv	70.801	1.454,00 D	0,00 C
			260 0001 46509885867 PAULO HENRIQUE DO			
12/07/2021	3062	99015 870	Transferência recebida	553.062.007.004.231	42.510,45 C	
			12/07 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B			
12/07/2021	0000	13105 393	TED Transf.Eletr.Disponiv	71.201	10.000,00 D	
			341 0049 034298678000114 GESTARE SERVI			
12/07/2021	0000	13105 393	TED Transf.Eletr.Disponiv	71.202	32.500,00 D	
			077 0001 037498101000144 THIAGO PRADO			
12/07/2021	0000	13113 310	Tar DOC/TED Eletrônico	821.930.904.053.940	10,45 D	0,00 C
			Cobrança referente a 08/07/2021			
13/07/2021	3062	99015 870	Transferência recebida	553.062.007.004.231	125.977,47 C	
			13/07 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B			
13/07/2021	0000	13105 393	TED Transf.Eletr.Disponiv	71.301	125.803,57 D	
			341 0049 026392666000126 WINTER - GEST			
13/07/2021	0000	13113 310	Tar DOC/TED Eletrônico	821.940.902.293.304	10,45 D	
			Cobrança referente a 12/07/2021			
13/07/2021	0000	13113 310	Tar DOC/TED Eletrônico	821.940.902.293.305	10,45 D	
			Cobrança referente a 12/07/2021			
13/07/2021	0000	13113 310	Tar DOC/TED Eletrônico	821.941.200.313.927	10,45 D	
			Cobrança referente 13/07/2021			
13/07/2021	0000	13113 435	Tarifa Pacote de Serviços	871.940.904.587.070	142,55 D	0,00 C
			Cobrança referente a 12/07/2021			
15/07/2021	3062	99015 870	Transferência recebida	553.062.007.004.231	5.328,14 C	
			15/07 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B			
15/07/2021	0000	13105 375	Impostos	71.501	5.317,69 D	
			FGTS ARRECADACAO GRF			
15/07/2021	0000	13113 435	Tarifa Pacote de Serviços	871.960.903.878.542	10,45 D	0,00 C
			Cobr parc ref a 12/07/2021			
19/07/2021	3062	99015 870	Transferência recebida	553.062.007.004.231	17.040,74 C	
			19/07 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B			
19/07/2021	0000	13105 375	Impostos	71.901	2.047,12 D	
			RFB- DARF PRETO CALCULADO			
19/07/2021	0000	13105 196	INSS Arrecadação	71.902	6.655,70 D	
			GPS- Ident.: 45349461000102 - 06/2021			
19/07/2021	0000	13105 375	Impostos	71.903	6.233,21 D	
			DARF - 45.349.461/0001-02 -5952			
19/07/2021	0000	13105 375	Impostos	71.904	2.010,71 D	

Convênio nº 00066/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE: 090196
Hospital Complexo Hospitalar do Juquery
Natureza de Despesa: 3

DARF - 45.349.461/0001-02 -1708

19/07/2021	0000	13105 393 TED Transf.Eletr.Disponiv	71.905	94,00 D	0,00 C
		341 0220 011814918000190 DESTRA - APOI			
26/07/2021	3062	99015 870 Transferência recebida	553.062.007.004.231	10.808,89 C	
		26/07 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B			
26/07/2021	0000	13105 375 Impostos	72.601	754,36 D	
		FGTS ARREC GRRF			
26/07/2021	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	72.602	384,87 D	
		SP TRANS - Loja Virtual - Vale			
26/07/2021	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	72.603	129,60 D	
		VIACAO CIDADE DE CAIEIRAS LTDA			
26/07/2021	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	72.604	500,57 D	
		AUTOPASS S/A			
26/07/2021	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	72.605	170,00 D	
		ALCATONER COMERCIO E LTDA			
26/07/2021	0000	13105 393 TED Transf.Eletr.Disponiv	72.606	5.593,02 D	
		237 7160 43300451841 MAYARA CAROLINA D			
26/07/2021	0000	13105 393 TED Transf.Eletr.Disponiv	72.607	3.076,04 D	
		104 2216 07986183888 DORIS NEIDENBACH			
26/07/2021	0000	13105 375 Impostos	72.608	189,98 D	
		FGTS ARREC GRRF			
26/07/2021	0000	13113 310 Tar DOC/TED Eletrônico	822.070.902.678.953	10,45 D	0,00 C
		Cobrança referente a 19/07/2021			
29/07/2021	3062	99015 870 Transferência recebida	553.062.007.004.231	9.236,78 C	
		29/07 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B			
29/07/2021	0000	13105 393 TED Transf.Eletr.Disponiv	72.901	5.247,19 D	
		341 0912 047866934000174 TICKET SERVIC			
29/07/2021	0000	13105 393 TED Transf.Eletr.Disponiv	72.902	3.968,69 D	
		341 0912 047866934000174 TICKET SERVIC			
29/07/2021	0000	13113 310 Tar DOC/TED Eletrônico	822.100.901.933.307	10,45 D	
		Cobrança referente a 26/07/2021			
29/07/2021	0000	13113 310 Tar DOC/TED Eletrônico	822.100.901.933.308	10,45 D	0,00 C
		Cobrança referente a 26/07/2021			
30/07/2021	3062	03062 870 Transferência recebida	553.062.007.004.231	245.890,61 C	
		30/07 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B			
30/07/2021	0000	00000 999 S A L D O			245.890,61 C

Lançamentos futuros

Data	Lançamento	Documento	Valor	Total diário
30/07/2021	Tarifas Pendentes	0	R\$ 20,90 D	20,90D

Saldo Aprovisionado no Dia	20,90D
Saldo	245.869,71C
Juros *	0,00
Data de Debito de Juros	30/07/2021
IOF *	0,00
Data de Debito de IOF	02/08/2021

 Há tarifas pendentes de cobrança. Total em
 30/07/2021 R\$ 20,90. Sujeito à cobrança
 quando ocorrer saldo positivo na conta corrente.
 Procure sua agência.

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

Serviço de Atendimento ao Consumidor - SAC 0800 729 0722

Ouvidoria BB 0800 729 5678

Para deficientes auditivos 0800 729 0088

Convênio nº 00066/2021
 Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
 Secretaria de Estado da Saúde - UGE: 090196
 Hospital Complexo Hospitalar do Juquery
 Natureza de Despesa: Custeio



Consultas - Emissão de comprovantes

G3350315084659851
03/08/2021 15:28:27

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
03/08/2021 - AUTOATENDIMENTO - 15.28.14
3062703062 SEGUNDA VIA 0033

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: ASSOC HOSP B BRASIL

AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.518-1

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA

REMETENTE : ASSOC HOSP B BRASIL

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

AGENCIA: 0344-1 - FRANCO DA ROCHA

CONTA: 1.051.351-5

FAVORECIDO: LUIZ ANTONIO DA COSTA

CPF/CNPJ: 113.591.288-24

VALOR: R\$ 2.790,56

DEBITO EM: 01/07/2021

=====

DOCUMENTO: 070101

AUTENTICACAO SISBB: F.FE5.DEA.F3F.E29.264

Convênio nº 00066/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE: 090196
Hospital Complexo Hospitalar do Juquery
Natureza de Despesa: Custeio

TERMO DE HOMOLOGAÇÃO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

EMPREGADOR				
01 CNPJ/CEI 45.349.461/0001-02	02 Razão Social/Nome ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL			
TRABALHADOR				
10 PIS/PASEP 180.78309.67-3	11 Nome LUIZ ANTONIO DA COSTA			
17 CTPS (nº, série, UF) 1135912 - 8824	18 CPF 113.591.288-24	19 Data de Nascimento 23/12/1967	20 Nome da Mãe MARIA NEVES DA COSTA	
CONTRATO				
22 Causa do Afastamento Transferência de empregado para outro estabelecimento da mesma empresa				
24 Data de Admissão 01/04/2021	25 Data do Aviso Prévio 10/06/2021	26 Data de Afastamento 22/06/2021	27 Cod. Afastamento N1	29 Pensão Alim. (%) FGTS 0,00
30 Categoria do Trabalhador 01 - Empregado				
31 Código Sindical 021.150.025.863 -	32 CNPJ e Nome da Entidade Sindical Laboral 60.890.928/0001-10 SINDICATO DOS EMPREGADOS EM ESTABELECIMENTOS DE SERVICOS DE SAUDE DE SAO PAULO			

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.

_____ de _____ de _____.

150 Assinatura do Empregador ou Preposto
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

151 Assinatura do Trabalhador

152 Assinatura do Responsável Legal do Trabalhador

153 Carimbo e Assinatura do Assistente

154 Nome do Órgão Homologador

155 Ressalvas

10/08 - até a presente data, funcionários não compareceram para assinar.
ASSOC. HOSP. BENEF. DO BRASIL
Beatriz Albuquerque

Convênio nº 00066/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE: 090196
Hospital Complexo Hospitalar do Juquery
Natureza de Despesa: Custeio

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).

RELAÇÃO GERAL DOS LÍQUIDOS

Código	Nome do empregado	CPF	Valor
Empregados			
4585	ADEMIR RUIZ DOS SANTOS	101.255.608-50	4.232,32
4572	BEATRIZ OLIVEIRA ALBUQUERQUE	457.930.648-18	2.478,27
4588	CLAUDETE GONÇALVES PEREIRA DX	165.839.718-52	2.672,41
4590	DUCILEIDE LOPO DA SILVA	277.542.658-18	2.745,67
4581	EDILAINE DA SILVEIRA SILVA MACI	157.030.728-83	2.812,80
4606	ELIEZIA PEREIRA RODRIGUES	394.192.428-11	3.291,80
4589	GABRIELA GONÇALVES DOS NASCIN	490.743.838-90	2.722,21
4603	JERONIMO SOUZA DA SILVA	327.740.698-90	2.555,45
4578	JOSE CARLOS LIMA DE JESUS	145.079.588-90	2.700,61
4594	JULIANA ARANTES MANHA	299.093.458-89	3.337,38
4600	LEONETE DA CONCEIÇÃO DE OLIVE	201.045.418-90	2.450,02
4599	LETICIA LUANA DE SOUZA FREITAS	413.060.728-67	2.323,85
4574	LURDIMAR MARIA DO NASCIMENTC	157.042.758-50	3.762,15
4593	MARIA DE LOURDES SILVA	662.479.854-87	2.647,51
4776	MARILU DO NASCIMENTO ALVES	113.660.028-06	2.547,47
4777	MARIMAR DA SILVA AVELINO	461.093.518-06	2.466,72
4597	MAYARA CAROLINA DE SOUZA SILV	433.004.518-41	2.450,02
4792	MONICA DA SILVA MELO	337.609.738-09	3.320,23
5018	PAULO HENRIQUE DOS SANTOS SIL	465.098.858-67	1.454,00
4791	RONE ROBERSON DOS SANTOS BEF	296.104.968-73	3.291,80
4573	VERIDIANA MARIA SILVA PINTO	222.738.618-50	6.336,02
Empregados: 21 Estagiários: 0 Contribuintes: 0 (sessenta e dois mil quinhentos e noventa e oito reais e setenta e um centavos)			Total da Empresa: 62.598,71

SAO PAULO, 02/07/2021

Responsável: _____

Convênio nº 00066/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE: 090196
Hospital Complexo Hospitalar do Juquery
Natureza de Despesa: Custeio

EXTRATO MENSAL

Empr.: 4585 ADEMIR RUIZ DOS SANTOS **Situação:** Trabalhando **CPF:** 101.255.608-50 **PIS:** 122.23232.60-6
Cargo: 56 ENFERMEIRO (A) **Vínculo:** Celetista **Adm:** 02/04/2021 **CTPS/Série:** 005998/00162
CC: 1 **Depto:** 1 **Filial:** 1 **Salário:** 3.159,73

1 HORAS NORMAIS	212,67	3.054,40 P	998	I.N.S.S.	10,84	511,03 D
8697 HORAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.IN	7,33	105,33 P	999	IMPOSTO DE RENDA	22,50	309,22 D
207 REEMBOLSO VALE REFEIÇÃO	195,00	195,00 P				
223 REEMBOLSO VALE ALIMENTAÇÃO	145,00	145,00 P				
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	212,67 P				
9230 INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR	20,00	7,33 P				
203 ADICIONAL NOTURNO 40%	104,00	597,48 P				
221 ADICIONAL NOTURNO 40% MES AN	128,00	735,36 P				

ND: 0 Proventos: 5.052,57 **Descontos:** 820,25 **Informativa:** 377,00 **Informativa Dedutora:** 0 **Líquido:** 4.232,32
NF: 0 Base INSS: 4.712,57 **Excedente INSS:** 0,00 **Base FGTS:** 4.712,57 **Valor FGTS:** 377,00 **Base IRRF:** 4.201,54
 Doença período igual ou inferior a 15 dias: 15/06/2021 a 15/06/2021

Empr.: 4572 BEATRIZ OLIVEIRA ALBUQUERQUE **Situação:** Trabalhando **CPF:** 457.930.648-18 **PIS:** 137.99311.49-0
Cargo: 17 ASSISTENTE ADM **Vínculo:** Celetista **Adm:** 02/04/2021 **CTPS/Série:** 11264/00389
CC: 1 **Depto:** 1 **Filial:** 1 **Salário:** 1.795,32

1 HORAS NORMAIS	168,67	1.376,41 P	998	I.N.S.S.	8,40	192,52 D
8697 HORAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.IN	51,33	418,91 P	999	IMPOSTO DE RENDA	7,50	37,46 D
205 MÊS VALE TRANSPORTE	211,20	211,20 P	208	DESC VALE TRANSPORTE	6,00	107,72 D
206 REEMB DE VALE TRANSPORTE	92,00	92,00 P				
207 REEMBOLSO VALE REFEIÇÃO	75,00	75,00 P				
223 REEMBOLSO VALE ALIMENTAÇÃO	145,00	145,00 P				
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	168,67 P				
9230 INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR	20,00	51,33 P				
203 ADICIONAL NOTURNO 40%	8,00	26,11 P				
221 ADICIONAL NOTURNO 40% MES AN	77,00	251,34 P				

ND: 0 Proventos: 2.815,97 **Descontos:** 337,70 **Informativa:** 183,42 **Informativa Dedutora:** 0 **Líquido:** 2.478,27
NF: 0 Base INSS: 2.292,77 **Excedente INSS:** 0,00 **Base FGTS:** 2.292,77 **Valor FGTS:** 183,42 **Base IRRF:** 2.403,45
 Doença período igual ou inferior a 15 dias: 06/06/2021 a 12/06/2021

Empr.: 4583 BRUNA MARTINS DA SILVA **Situação:** Demitido **CPF:** 348.000.928-09 **PIS:** 134.78922.77-0
Cargo: 71 TEC. ENFERMAGEM **Vínculo:** Celetista **Adm:** 01/04/2021 **CTPS/Série:** 007742/00290
CC: 1 **Depto:** 1 **Filial:** 1 **Salário:** 2.102,85

9179 SALDO DE SALARIO HORAS	58,67	560,76 P	51	LIQUIDO RESCISAO	0,00	1.137,97 D
207 REEMBOLSO VALE REFEIÇÃO	195,00	195,00 P	215	DESC VALE REFEIÇÃO	195,00	195,00 D
9382 VALE ALIMENTACAO	145,00	145,00 P	842	MULTA ESTABILIDADE Art. 480/CLT	21,00	882,58 D
8550 13 SALARIO INTEGRAL RESCISAO	2,00	350,48 P	826	INSS SOBRE RESCISAO	7,51	83,29 D
8551 MEDIA HORAS 13o RESCISAO	2,00	33,14 P	989	INSS 13 SAL.RESCISAO	7,50	31,52 D
8553 VANTAGENS 13o RESCISAO	2,00	36,67 P	828	IRRF SOBRE RESCISAO	15,00	99,14 D
29 FERIAS PROPORCIONAIS	2,00	350,48 P				
815 MEDIA HR FER PROPORCIONAL	2,00	33,14 P				
817 VANTAGEM FER PROPORCIONAL	2,00	36,67 P				
8169 1/3 FERIAS PROPORCIONAIS RESCI	33,33	140,10 P				
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	58,67 P				
203 ADICIONAL NOTURNO 40%	128,00	489,39 P				

ND: 2 Proventos: 2.429,50 **Descontos:** 2.429,50 **Informativa:** 122,32 **Informativa Dedutora:** 0 **Líquido:** 0,00
NF: 2 Base INSS: 1.529,11 **Excedente INSS:** 0,00 **Base FGTS:** 1.529,11 **Valor FGTS:** 122,32 **Base IRRF:** 1.035,12

DEMITIDO EM 08/06/2021 - MOTIVO 11-Rescisão contrato experiência antecipado pelo empregado

Empresa: 126 - ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA
CNPJ: 45.349.461/0001-02
Cálculo: Folha Mensal
Competência: 06/2021

Página: 2/8
Emissão: 12/07/2021
Horas: 14:20:37

EXTRATO MENSAL

Empr.: 4588 CLAUDETE GONÇALVES PEREIRA DOS SANTOS Situação: Trabalhando CPF: 165.839.718-52 PIS: 121.70163.74-5
Cargo: 71 TEC. ENFERMAGEM Vínculo: Celetista Adm: 02/04/2021 CTPS/Série: 21117/00073
CC: 1 Depto: 1 Filial: 1 Salário: 2.102,85

1 HORAS NORMAIS	220,00	2.102,85 P	998	I.N.S.S.	9,00	247,52 D
207 REEMBOLSO VALE REFEIÇÃO	195,00	195,00 P	999	IMPOSTO DE RENDA	7,50	44,97 D
223 REEMBOLSO VALE ALIMENTAÇÃO	145,00	145,00 P	208	DESC VALE TRANSPORTE	6,00	126,17 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00 P				
203 ADICIONAL NOTURNO 40%	112,00	428,22 P				

ND: 0 Proventos: 3.091,07 Descontos: 418,66 Informativa: 220,08 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 2.672,41
NF: 0 Base INSS: 2.751,07 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 2.751,07 Valor FGTS: 220,08 Base IRRF: 2.503,55

Empr.: 4608 DELIANE DE SOUZA SILVA Situação: Demitido CPF: 176.973.338-80 PIS: 126.50874.77-7
Cargo: 71 TEC. ENFERMAGEM Vínculo: Celetista Adm: 01/04/2021 CTPS/Série: 1769733/3880
CC: 1 Depto: 1 Filial: 1 Salário: 2.102,85

9179 SALDO DE SALARIO HORAS	7,33	70,09 P	842	MULTA ESTABILIDADE Art. 480/CLT	28,00	1.084,00 D
8550 13 SALARIO INTEGRAL RESCISAO	2,00	350,48 P	826	INSS SOBRE RESCISAO	7,50	5,80 D
8553 VANTAGENS 13o RESCISAO	2,00	36,67 P	989	INSS 13 SAL.RESCISAO	7,50	29,03 D
29 FERIAS PROPORCIONAIS	2,00	350,48 P				
817 VANTAGEM FER PROPORCIONAL	2,00	36,67 P				
8169 1/3 FERIAS PROPORCIONAIS RESCI	33,33	129,05 P				
8130 ESTOURO RESCISAO	0,00	138,06 P				
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	7,33 P				

ND: 1 Proventos: 1.118,83 Descontos: 1.118,83 Informativa: 37,16 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 0,00
NF: 0 Base INSS: 464,57 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 464,57 Valor FGTS: 37,16 Base IRRF: 240,15
DEMITIDO EM 01/06/2021 - MOTIVO 11-Rescisão contrato experiência antecipado pelo empregado

Empr.: 4590 DUCILEIDE LOPO DA SILVA Situação: Trabalhando CPF: 277.542.658-18 PIS: 130.16941.77-4
Cargo: 71 TEC. ENFERMAGEM Vínculo: Celetista Adm: 02/04/2021 CTPS/Série: 019566/00215
CC: 1 Depto: 1 Filial: 1 Salário: 2.102,85

1 HORAS NORMAIS	220,00	2.102,85 P	998	I.N.S.S.	8,92	239,72 D
207 REEMBOLSO VALE REFEIÇÃO	195,00	195,00 P	999	IMPOSTO DE RENDA	7,50	40,68 D
223 REEMBOLSO VALE ALIMENTAÇÃO	145,00	145,00 P				
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00 P				
203 ADICIONAL NOTURNO 40%	95,00	363,22 P				

ND: 0 Proventos: 3.026,07 Descontos: 280,40 Informativa: 214,88 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 2.745,67
NF: 0 Base INSS: 2.686,07 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 2.686,07 Valor FGTS: 214,88 Base IRRF: 2.446,35

Empr.: 4581 EDILAINE DA SILVEIRA SILVA MACIEL Situação: Trabalhando CPF: 157.030.728-83 PIS: 124.22248.39-1
Cargo: 71 TEC. ENFERMAGEM Vínculo: Celetista Adm: 01/04/2021 CTPS/Série: 1570307/2883
CC: 1 Depto: 1 Filial: 1 Salário: 2.102,85

1 HORAS NORMAIS	220,00	2.102,85 P	998	I.N.S.S.	9,00	247,52 D
207 REEMBOLSO VALE REFEIÇÃO	195,00	195,00 P	999	IMPOSTO DE RENDA	7,50	30,75 D
223 REEMBOLSO VALE ALIMENTAÇÃO	145,00	145,00 P				
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00 P				
203 ADICIONAL NOTURNO 40%	112,00	428,22 P				

ND: 1 Proventos: 3.091,07 Descontos: 278,27 Informativa: 220,08 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 2.812,80
NF: 0 Base INSS: 2.751,07 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 2.751,07 Valor FGTS: 220,08 Base IRRF: 2.313,96

Convênio nº 00066/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE: 090196
Hospital Complexo Hospitalar do Juquery
Natureza de Despesa: Custeio

Empresa: 126 - ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA
CNPJ: 45.349.461/0001-02
Cálculo: Folha Mensal
Competência: 06/2021

Página: 3/8
Emissão: 12/07/2021
Horas: 14:20:37

EXTRATO MENSAL

Empr.: 4606 ELIEZIA PEREIRA RODRIGUES **Situação:** Trabalhando **CPF:** 394.192.428-11 **PIS:** 204.89184.75-2
Cargo: 56 ENFERMEIRO (A) **Vínculo:** Celetista **Adm:** 01/04/2021 **CTPS/Série:** 002822/00351
CC: 1 **Depto:** 1 **Filial:** 1 **Salário:** 3.159,73

1 HORAS NORMAIS	220,00	3.159,73 P	998	I.N.S.S.	9,60	324,44 D
207 REEMBOLSO VALE REFEIÇÃO	195,00	195,00 P	999	IMPOSTO DE RENDA	15,00	103,49 D
223 REEMBOLSO VALE ALIMENTAÇÃO	145,00	145,00 P				
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00 P				

ND: 0 **Proventos:** 3.719,73 **Descontos:** 427,93 **Informativa:** 270,37 **Informativa Dedutora:** 0 **Líquido:** 3.291,80
NF: 0 **Base INSS:** 3.379,73 **Excedente INSS:** 0,00 **Base FGTS:** 3.379,73 **Valor FGTS:** 270,37 **Base IRRF:** 3.055,29

Empr.: 4571 FERNANDA RIOS LEME **Situação:** Demitido **CPF:** 308.779.328-08 **PIS:** 133.77775.93-4
Cargo: 17 ASSISTENTE ADM **Vínculo:** Celetista **Adm:** 01/04/2021 **CTPS/Série:** 3087793/2808
CC: 1 **Depto:** 1 **Filial:** 1 **Salário:** 1.795,32

9179 SALDO DE SALARIO HORAS	80,67	658,28 P	51	LIQUIDO RESCISAO	0,00	1.809,58 D
831 MULTA ESTABILIDADE Art. 479/CLT	18,00	604,60 P	215	DESC VALE REFEIÇÃO	120,00	120,00 D
8550 13 SALARIO INTEGRAL RESCISAO	2,00	299,22 P	826	INSS SOBRE RESCISAO	7,50	55,42 D
8553 VANTAGENS 13o RESCISAO	2,00	36,67 P	989	INSS 13 SAL.RESCISAO	7,50	25,19 D
29 FERIAS PROPORCIONAIS	2,00	299,22 P	48	VALE TRANSPORTE	77,60	77,60 D
817 VANTAGEM FER PROPORCIONAL	2,00	36,67 P	208	DESC VALE TRANSPORTE	6,00	39,50 D
8169 1/3 FERIAS PROPORCIONAIS RESCI	33,33	111,96 P				
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	80,67 P				

ND: 3 **Proventos:** 2.127,29 **Descontos:** 2.127,29 **Informativa:** 249,35 **Informativa Dedutora:** 0 **Líquido:** 0,00
NF: 3 **Base INSS:** 1.074,84 **Excedente INSS:** 0,00 **Base FGTS:** 1.074,84 **Valor FGTS:** 249,35 **Base IRRF:** 425,46

DEMITIDO EM 11/06/2021 - MOTIVO 10-Rescisão contrato experiência antecipado pelo empregador

Empr.: 4795 GABRIEL MATEUS VALENZUELA ABARZUA **Situação:** Demitido **CPF:** 460.398.778-12 **PIS:** 156.42566.85-0
Cargo: 71 TEC. ENFERMAGEM **Vínculo:** Celetista **Adm:** 01/04/2021 **CTPS/Série:** 4603987/7812
CC: 1 **Depto:** 1 **Filial:** 1 **Salário:** 2.102,85

9179 SALDO DE SALARIO HORAS	212,67	2.032,75 P	51	LIQUIDO RESCISAO	0,00	3.546,61 D
207 REEMBOLSO VALE REFEIÇÃO	195,00	195,00 P	215	DESC VALE REFEIÇÃO	195,00	195,00 D
223 REEMBOLSO VALE ALIMENTAÇÃO	145,00	145,00 P	826	INSS SOBRE RESCISAO	8,32	186,84 D
8550 13 SALARIO INTEGRAL RESCISAO	3,00	525,71 P	989	INSS 13 SAL.RESCISAO	7,50	44,98 D
8551 MEDIA HORAS 13o RESCISAO	3,00	19,12 P	828	IRRF SOBRE RESCISAO	7,50	11,59 D
8553 VANTAGENS 13o RESCISAO	3,00	55,00 P				
29 FERIAS PROPORCIONAIS	3,00	525,71 P				
815 MEDIA HR FER PROPORCIONAL	3,00	19,12 P				
817 VANTAGEM FER PROPORCIONAL	3,00	55,00 P				
8169 1/3 FERIAS PROPORCIONAIS RESCI	33,33	199,94 P				
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	212,67 P				

ND: 0 **Proventos:** 3.985,02 **Descontos:** 3.985,02 **Informativa:** 227,61 **Informativa Dedutora:** 0 **Líquido:** 0,00
NF: 0 **Base INSS:** 2.845,25 **Excedente INSS:** 0,00 **Base FGTS:** 2.845,25 **Valor FGTS:** 227,61 **Base IRRF:** 2.613,43

DEMITIDO EM 29/06/2021 - MOTIVO 12-Término do contrato de experiência

Empr.: 4589 GABRIELA GONÇALVES DOS NASCIMENTO **Situação:** Trabalhando **CPF:** 490.743.838-90 **PIS:** 151.66120.88-8
Cargo: 71 TEC. ENFERMAGEM **Vínculo:** Celetista **Adm:** 02/04/2021 **CTPS/Série:** 030949/00437
CC: 1 **Depto:** 1 **Filial:** 1 **Salário:** 2.102,85

1 HORAS NORMAIS	220,00	2.102,85 P	998	I.N.S.S.	9,06	254,86 D
207 REEMBOLSO VALE REFEIÇÃO	195,00	195,00 P	999	IMPOSTO DE RENDA	7,50	49,00 D
223 REEMBOLSO VALE ALIMENTAÇÃO	145,00	145,00 P	208	DESC VALE TRANSPORTE	6,00	126,17 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00 P				
203 ADICIONAL NOTURNO 40%	128,00	489,39 P				

ND: 0 **Proventos:** 3.152,24 **Descontos:** 430,03 **Informativa:** 224,97 **Informativa Dedutora:** 0 **Líquido:** 2.722,21
NF: 0 **Base INSS:** 2.812,24 **Excedente INSS:** 0,00 **Base FGTS:** 2.812,24 **Valor FGTS:** 224,97 **Base IRRF:** 2.557,38

Convênio nº 00066/2021
 Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
 Secretaria de Estado da Saúde - UGE: 090196
 Hospital Complexo Hospitalar do Juquery
 Natureza de Despesa: Custeio

Empresa: 126 - ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA
CNPJ: 45.349.461/0001-02
Cálculo: Folha Mensal
Competência: 06/2021

Página: 4/8
Emissão: 12/07/2021
Horas: 14:20:37

EXTRATO MENSAL

Empr.: 4603 JERONIMO SOUZA DA SILVA Situação: Trabalhando CPF: 327.740.698-90 PIS: 201.59046.26-7
Cargo: 71 TEC. ENFERMAGEM Vínculo: Celetista Adm: 03/04/2021 CTPS/Série: 3277406/9890
CC: 1 Depto: 1 Filial: 1 Salário: 2.102,85

1 HORAS NORMAIS	220,00	2.102,85 P	998	I.N.S.S.	8,44	196,13 D
205 MÊS VALE TRANSPORTE	250,38	250,38 P	999	IMPOSTO DE RENDA	7,50	35,48 D
207 REEMBOLSO VALE REFEIÇÃO	195,00	195,00 P	208	DESC VALE TRANSPORTE	6,00	126,17 D
223 REEMBOLSO VALE ALIMENTAÇÃO	145,00	145,00 P				
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00 P				

ND: 0 Proventos: 2.913,23 Descontos: 357,78 Informativa: 185,82 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 2.555,45
NF: 0 Base INSS: 2.322,85 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 2.322,85 Valor FGTS: 185,82 Base IRRF: 2.377,10

Empr.: 4578 JOSE CARLOS LIMA DE JESUS Situação: Trabalhando CPF: 145.079.588-90 PIS: 123.88877.43-3
Cargo: 33 AUX. ENFERMAGEM Vínculo: Celetista Adm: 05/04/2021 CTPS/Série: 1450795/8890
CC: 1 Depto: 1 Filial: 1 Salário: 2.002,85

1 HORAS NORMAIS	220,00	2.002,85 P	998	I.N.S.S.	8,86	233,07 D
207 REEMBOLSO VALE REFEIÇÃO	195,00	195,00 P	999	IMPOSTO DE RENDA	7,50	37,02 D
223 REEMBOLSO VALE ALIMENTAÇÃO	145,00	145,00 P				
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00 P				
203 ADICIONAL NOTURNO 40%	112,00	407,85 P				

ND: 0 Proventos: 2.970,70 Descontos: 270,09 Informativa: 210,45 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 2.700,61
NF: 0 Base INSS: 2.630,70 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 2.630,70 Valor FGTS: 210,45 Base IRRF: 2.397,63

Empr.: 4594 JULIANA ARANTES MANHA Situação: Trabalhando CPF: 299.093.458-89 PIS: 127.55866.81-2
Cargo: 56 ENFERMEIRO (A) Vínculo: Celetista Adm: 01/04/2021 CTPS/Série: 092531/241
CC: 1 Depto: 1 Filial: 1 Salário: 3.159,73

1 HORAS NORMAIS	220,00	3.159,73 P	998	I.N.S.S.	9,60	324,44 D
207 REEMBOLSO VALE REFEIÇÃO	195,00	195,00 P	999	IMPOSTO DE RENDA	7,50	57,91 D
223 REEMBOLSO VALE ALIMENTAÇÃO	145,00	145,00 P				
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00 P				

ND: 2 Proventos: 3.719,73 Descontos: 382,35 Informativa: 270,37 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 3.337,38
NF: 2 Base INSS: 3.379,73 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 3.379,73 Valor FGTS: 270,37 Base IRRF: 2.676,11

Empr.: 4600 LEONETE DA CONCEIÇÃO DE OLIVEIRA ALV Situação: Trabalhando CPF: 201.045.418-90 PIS: 125.01333.41-3
Cargo: 71 TEC. ENFERMAGEM Vínculo: Celetista Adm: 02/04/2021 CTPS/Série: 22903/00162
CC: 1 Depto: 1 Filial: 1 Salário: 2.102,85

1 HORAS NORMAIS	220,00	2.102,85 P	998	I.N.S.S.	8,44	196,13 D
207 REEMBOLSO VALE REFEIÇÃO	195,00	195,00 P	999	IMPOSTO DE RENDA	7,50	16,70 D
223 REEMBOLSO VALE ALIMENTAÇÃO	145,00	145,00 P				
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00 P				

ND: 0 Proventos: 2.662,85 Descontos: 212,83 Informativa: 185,82 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 2.450,02
NF: 0 Base INSS: 2.322,85 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 2.322,85 Valor FGTS: 185,82 Base IRRF: 2.126,72

Empr.: 4599 LETICIA LUANA DE SOUZA FREITAS Situação: Trabalhando CPF: 413.060.728-67 PIS: 148.74737.92-3
Cargo: 71 TEC. ENFERMAGEM Vínculo: Celetista Adm: 02/04/2021 CTPS/Série: 66581/00409
CC: 1 Depto: 1 Filial: 1 Salário: 2.102,85

1 HORAS NORMAIS	220,00	2.102,85 P	998	I.N.S.S.	8,44	196,13 D
207 REEMBOLSO VALE REFEIÇÃO	195,00	195,00 P	999	IMPOSTO DE RENDA	7,50	16,70 D
223 REEMBOLSO VALE ALIMENTAÇÃO	145,00	145,00 P	208	DESC VALE TRANSPORTE	6,00	126,17 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00 P				

ND: 0 Proventos: 2.662,85 Descontos: 339,00 Informativa: 185,82 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 2.323,85
NF: 0 Base INSS: 2.322,85 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 2.322,85 Valor FGTS: 185,82 Base IRRF: 2.126,72

Convênio nº 00066/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE: 090196
Hospital Complexo Hospitalar do Juquery
Natureza de Despesa: Custeio

Empresa: 126 - ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA
CNPJ: 45.349.461/0001-02
Cálculo: Folha Mensal
Competência: 06/2021

Página: 5/8
Emissão: 12/07/2021
Horas: 14:20:37

EXTRATO MENSAL

Empr.: 4605 LUIZ ANTONIO DA COSTA Situação: Transferido CPF: 113.591.288-24 PIS: 180.78309.67-3
Cargo: 56 ENFERMEIRO (A) Vínculo: Celetista Adm: 01/04/2021 CTPS/Série: 1135912/8824
CC: 1 Depto: 1 Filial: 1 Salário: 3.159,73

9179 SALDO DE SALARIO HORAS	154,00	2.211,81 P	51	LIQUIDO RESCISAO	0,00	2.790,56 D
9382 VALE ALIMENTACAO	145,00	145,00 P	826	INSS SOBRE RESCISAO	9,21	272,98 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	154,00 P	828	IRRF SOBRE RESCISAO	7,50	44,75 D
203 ADICIONAL NOTURNO 40%	104,00	597,48 P				

ND: 1 Proventos: 3.108,29 Descontos: 3.108,29 Informativa: 237,06 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 0,00
NF: 0 Base INSS: 2.963,29 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 2.963,29 Valor FGTS: 237,06 Base IRRF: 2.500,72
TRANSFERIDO EM 22/06/2021

Empr.: 4574 LURDIMAR MARIA DO NASCIMENTO Situação: Trabalhando CPF: 157.042.758-50 PIS: 122.94087.90-0
Cargo: 56 ENFERMEIRO (A) Vínculo: Celetista Adm: 01/04/2021 CTPS/Série: 10692/00090
CC: 1 Depto: 1 Filial: 1 Salário: 3.159,73

1 HORAS NORMAIS	220,00	3.159,73 P	998	I.N.S.S.	10,30	414,52 D
207 REEMBOLSO VALE REFEIÇÃO	195,00	195,00 P	999	IMPOSTO DE RENDA	15,00	186,50 D
223 REEMBOLSO VALE ALIMENTAÇÃO	145,00	145,00 P				
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00 P				
203 ADICIONAL NOTURNO 40%	112,00	643,44 P				

ND: 0 Proventos: 4.363,17 Descontos: 601,02 Informativa: 321,85 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 3.762,15
NF: 0 Base INSS: 4.023,17 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 4.023,17 Valor FGTS: 321,85 Base IRRF: 3.608,65

Empr.: 4593 MARIA DE LOURDES SILVA Situação: Trabalhando CPF: 662.479.854-87 PIS: 123.75331.84-4
Cargo: 71 TEC. ENFERMAGEM Vínculo: Celetista Adm: 02/04/2021 CTPS/Série: 68794/00147
CC: 1 Depto: 1 Filial: 1 Salário: 2.102,85

1 HORAS NORMAIS	220,00	2.102,85 P	998	I.N.S.S.	8,96	243,85 D
207 REEMBOLSO VALE REFEIÇÃO	195,00	195,00 P	999	IMPOSTO DE RENDA	7,50	42,95 D
223 REEMBOLSO VALE ALIMENTAÇÃO	145,00	145,00 P	208	DESC VALE TRANSPORTE	6,00	126,17 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00 P				
203 ADICIONAL NOTURNO 40%	104,00	397,63 P				

ND: 0 Proventos: 3.060,48 Descontos: 412,97 Informativa: 217,63 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 2.647,51
NF: 0 Base INSS: 2.720,48 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 2.720,48 Valor FGTS: 217,63 Base IRRF: 2.476,63

Empr.: 4776 MARILU DO NASCIMENTO ALVES Situação: Trabalhando CPF: 113.660.028-06 PIS: 170.28331.39-1
Cargo: 71 TEC. ENFERMAGEM Vínculo: Celetista Adm: 01/04/2021 CTPS/Série: 051179/00094
CC: 1 Depto: 1 Filial: 1 Salário: 2.102,85

1 HORAS NORMAIS	220,00	2.102,85 P	998	I.N.S.S.	8,58	207,14 D
207 REEMBOLSO VALE REFEIÇÃO	195,00	195,00 P				
223 REEMBOLSO VALE ALIMENTAÇÃO	145,00	145,00 P				
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00 P				
203 ADICIONAL NOTURNO 40%	24,00	91,76 P				

ND: 2 Proventos: 2.754,61 Descontos: 207,14 Informativa: 193,16 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 2.547,47
NF: 1 Base INSS: 2.414,61 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 2.414,61 Valor FGTS: 193,16 Base IRRF: 1.828,29

Empr.: 4777 MARIMAR DA SILVA AVELINO Situação: Trabalhando CPF: 461.093.518-06 PIS: 148.75597.96-3
Cargo: 71 TEC. ENFERMAGEM Vínculo: Celetista Adm: 01/04/2021 CTPS/Série: 01286/00406
CC: 1 Depto: 1 Filial: 1 Salário: 2.102,85

1 HORAS NORMAIS	220,00	2.102,85 P	998	I.N.S.S.	8,44	196,13 D
207 REEMBOLSO VALE REFEIÇÃO	195,00	195,00 P				
223 REEMBOLSO VALE ALIMENTAÇÃO	145,00	145,00 P				
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00 P				

ND: 1 Proventos: 2.662,85 Descontos: 196,13 Informativa: 185,82 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 2.466,72
NF: 1 Base INSS: 2.322,85 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 2.322,85 Valor FGTS: 185,82 Base IRRF: 1.937,13

Convenio nº 00066/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE: 090196
Hospital Complexo Hospitalar do Juquery
Natureza de Despesa: Custeio

EXTRATO MENSAL

Empr.: 4568 MATHEUS DOS SANTOS MACIEL **Situação:** Demitido **CPF:** 473.327.148-41 **PIS:** 268.02312.97-0
Cargo: 17 ASSISTENTE ADM **Vínculo:** Celetista **Adm:** 01/04/2021 **CTPS/Série:** 039996/00441
CC: 1 **Depto:** 1 **Filial:** 1 **Salário:** 1.795,32

9179 SALDO DE SALARIO HORAS	124,67	1.017,35 P	51	LIQUIDO RESCISAO	0,00	2.766,95 D
19 DIFERENCA DE SALARIOS	179,53	179,53 P	215	DESC VALE REFEIÇÃO	75,00	75,00 D
207 REEMBOLSO VALE REFEIÇÃO	195,00	195,00 P	826	INSS SOBRE RESCISAO	7,77	104,78 D
831 MULTA ESTABILIDADE Art. 479/CLT	12,00	403,06 P	989	INSS 13 SAL.RESCISAO	7,50	37,78 D
9382 VALE ALIMENTACAO	145,00	145,00 P	828	IRRF SOBRE RESCISAO	15,00	130,77 D
8550 13 SALARIO INTEGRAL RESCISAO	3,00	448,83 P	48	VALE TRANSPORTE	90,00	90,00 D
8553 VANTAGENS 13o RESCISAO	3,00	55,00 P	208	DESC VALE TRANSPORTE	6,00	61,04 D
29 FERIAS PROPORCIONAIS	3,00	448,83 P				
817 VANTAGEM FER PROPORCIONAL	3,00	55,00 P				
8169 1/3 FERIAS PROPORCIONAIS RESCI	33,33	167,94 P				
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	124,67 P				
203 ADICIONAL NOTURNO 40%	8,00	26,11 P				

ND: 0 **Proventos:** 3.266,32 **Descontos:** 3.266,32 **Informativa:** 336,33 **Informativa Dedutora:** 0 **Líquido:** 0,00
NF: 0 **Base INSS:** 1.851,49 **Excedente INSS:** 0,00 **Base FGTS:** 1.851,49 **Valor FGTS:** 336,33 **Base IRRF:** 1.708,93
 DEMITIDO EM 17/06/2021 - MOTIVO 10-Rescisão contrato experiência antecipado pelo empregador

Empr.: 4597 MAYARA CAROLINA DE SOUZA SILVA **Situação:** Trabalhando **CPF:** 433.004.518-41 **PIS:** 207.85560.13-5
Cargo: 71 TEC. ENFERMAGEM **Vínculo:** Celetista **Adm:** 02/04/2021 **CTPS/Série:** 03490/00371
CC: 1 **Depto:** 1 **Filial:** 1 **Salário:** 2.102,85

1 HORAS NORMAIS	220,00	2.102,85 P	998	I.N.S.S.	8,44	196,13 D
207 REEMBOLSO VALE REFEIÇÃO	195,00	195,00 P	999	IMPOSTO DE RENDA	7,50	16,70 D
223 REEMBOLSO VALE ALIMENTAÇÃO	145,00	145,00 P				
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00 P				

ND: 0 **Proventos:** 2.662,85 **Descontos:** 212,83 **Informativa:** 185,82 **Informativa Dedutora:** 0 **Líquido:** 2.450,02
NF: 0 **Base INSS:** 2.322,85 **Excedente INSS:** 0,00 **Base FGTS:** 2.322,85 **Valor FGTS:** 185,82 **Base IRRF:** 2.126,72

Empr.: 4792 MONICA DA SILVA MELO **Situação:** Trabalhando **CPF:** 337.609.738-09 **PIS:** 203.90359.79-8
Cargo: 56 ENFERMEIRO (A) **Vínculo:** Celetista **Adm:** 16/04/2021 **CTPS/Série:** 23748/00301
CC: 1 **Depto:** 1 **Filial:** 1 **Salário:** 3.159,73

1 HORAS NORMAIS	220,00	3.159,73 P	998	I.N.S.S.	9,60	324,44 D
207 REEMBOLSO VALE REFEIÇÃO	195,00	195,00 P	999	IMPOSTO DE RENDA	15,00	75,06 D
223 REEMBOLSO VALE ALIMENTAÇÃO	145,00	145,00 P				
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00 P				

ND: 1 **Proventos:** 3.719,73 **Descontos:** 399,50 **Informativa:** 270,37 **Informativa Dedutora:** 0 **Líquido:** 3.320,23
NF: 1 **Base INSS:** 3.379,73 **Excedente INSS:** 0,00 **Base FGTS:** 3.379,73 **Valor FGTS:** 270,37 **Base IRRF:** 2.865,70

Empr.: 5018 PAULO HENRIQUE DOS SANTOS SILVA **Situação:** Trabalhando **CPF:** 465.098.858-67 **PIS:** 212.91397.35-5
Cargo: 71 TEC. ENFERMAGEM **Vínculo:** Celetista **Adm:** 18/06/2021 **CTPS/Série:** 086656/00428
CC: 1 **Depto:** 1 **Filial:** 1 **Salário:** 2.102,85

1 HORAS NORMAIS	95,33	911,23 P	998	I.N.S.S.	7,50	75,49 D
205 MÊS VALE TRANSPORTE	114,40	114,40 P	208	DESC VALE TRANSPORTE	6,00	54,67 D
206 REEMB DE VALE TRANSPORTE	123,20	123,20 P				
207 REEMBOLSO VALE REFEIÇÃO	195,00	195,00 P				
223 REEMBOLSO VALE ALIMENTAÇÃO	145,00	145,00 P				
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	95,33 P				

ND: 0 **Proventos:** 1.584,16 **Descontos:** 130,16 **Informativa:** 80,52 **Informativa Dedutora:** 0 **Líquido:** 1.454,00
NF: 0 **Base INSS:** 1.006,56 **Excedente INSS:** 0,00 **Base FGTS:** 1.006,56 **Valor FGTS:** 80,52 **Base IRRF:** 1.168,67

Convênio nº 00066/2021
 Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
 Secretaria de Estado da Saúde - UGE: 090196
 Hospital Complexo Hospitalar do Juquery
 Natureza de Despesa: Custeio

EXTRATO MENSAL

Empr.: 4791 RONE ROBERSON DOS SANTOS BERTI **Situação:** Trabalhando **CPF:** 296.104.968-73 **PIS:** 127.67460.22-0
Cargo: 56 ENFERMEIRO (A) **Vínculo:** Celetista **Adm:** 01/04/2021 **CTPS/Série:** 070541/215
CC: 1 **Depto:** 1 **Filial:** 1 **Salário:** 3.159,73

1 HORAS NORMAIS	220,00	3.159,73 P	998 I.N.S.S.	9,60	324,44 D
207 REEMBOLSO VALE REFEIÇÃO	195,00	195,00 P	999 IMPOSTO DE RENDA	15,00	103,49 D
223 REEMBOLSO VALE ALIMENTAÇÃO	145,00	145,00 P			
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00 P			

ND: 0 Proventos: 3.719,73 **Descontos:** 427,93 **Informativa:** 270,37 **Informativa Dedutora:** 0 **Líquido:** 3.291,80
NF: 0 Base INSS: 3.379,73 **Excedente INSS:** 0,00 **Base FGTS:** 3.379,73 **Valor FGTS:** 270,37 **Base IRRF:** 3.055,29

Empr.: 4573 VERIDIANA MARIA SILVA PINTO **Situação:** Trabalhando **CPF:** 222.738.618-50 **PIS:** 129.07685.85-8
Cargo: 56 ENFERMEIRO (A) **Vínculo:** Celetista **Adm:** 01/04/2021 **CTPS/Série:** 073276/00262
CC: 1 **Depto:** 1 **Filial:** 1 **Salário:** 3.959,73

1 HORAS NORMAIS	220,00	3.959,73 P	998 I.N.S.S.	11,33	632,44 D
207 REEMBOLSO VALE REFEIÇÃO	195,00	195,00 P	999 IMPOSTO DE RENDA	27,50	491,14 D
210 AJUDA DE CUSTO	1.539,87	1.539,87 P			
223 REEMBOLSO VALE ALIMENTAÇÃO	145,00	145,00 P			
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00 P			
201 ADICIONAL RT	1.400,00	1.400,00 P			

ND: 0 Proventos: 7.459,60 **Descontos:** 1.123,58 **Informativa:** 446,37 **Informativa Dedutora:** 0 **Líquido:** 6.336,02
NF: 0 Base INSS: 5.579,73 **Excedente INSS:** 0,00 **Base FGTS:** 5.579,73 **Valor FGTS:** 446,37 **Base IRRF:** 4.947,29

Total Geral Proventos: 86.900,51 **Total Geral Descontos:** 24.301,80
Líquido Geral: 62.598,71

Resumo por Rubrica

1 HORAS NORMAIS	4.436,67	50.234,62 P	48 VALE TRANSPORTE	167,60	167,60 D
16 INSALUBRIDADE 20%	540,00	5.074,68 P	51 LIQUIDO RESCISAO	0,00	12.051,67 D
19 DIFERENCA DE SALARIOS	179,53	179,53 P	208 DESC VALE TRANSPORTE	54,00	893,78 D
29 FERIAS PROPORCIONAIS	12,00	1.974,72 P	215 DESC VALE REFEIÇÃO	585,00	585,00 D
201 ADICIONAL RT	1.400,00	1.400,00 P	826 INSS SOBRE RESCISAO	47,81	709,11 D
203 ADICIONAL NOTURNO 40%	1.151,00	4.986,30 P	828 IRRF SOBRE RESCISAO	45,00	286,25 D
205 MÊS VALE TRANSPORTE	575,98	575,98 P	842 MULTA ESTABILIDADE Art. 480/CLT	49,00	1.966,58 D
206 REEMB DE VALE TRANSPORTE	215,20	215,20 P	989 INSS 13 SAL.RESCISAO	37,50	168,50 D
207 REEMBOLSO VALE REFEIÇÃO	4.560,00	4.560,00 P	998 I.N.S.S.	191,35	5.778,09 D
210 AJUDA DE CUSTO	1.539,87	1.539,87 P	999 IMPOSTO DE RENDA	200,00	1.695,22 D
221 ADICIONAL NOTURNO 40% MES AN	205,00	986,70 P			
223 REEMBOLSO VALE ALIMENTAÇÃO	3.190,00	3.190,00 P			
815 MEDIA HR FER PROPORCIONAL	5,00	52,26 P			
817 VANTAGEM FER PROPORCIONAL	12,00	220,01 P			
831 MULTA ESTABILIDADE Art. 479/CLT	30,00	1.007,66 P			
8130 ESTOURO RESCISAO	0,00	138,06 P			
8169 1/3 FERIAS PROPORCIONAIS RESCI	166,65	748,99 P			
8550 13 SALARIO INTEGRAL RESCISAO	12,00	1.974,72 P			
8551 MEDIA HORAS 13o RESCISAO	5,00	52,26 P			
8553 VANTAGENS 13o RESCISAO	12,00	220,01 P			
8697 HORAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.IN	58,66	524,24 P			
9179 SALDO DE SALARIO HORAS	638,01	6.551,04 P			
9230 INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR	40,00	58,66 P			
9382 VALE ALIMENTACAO	435,00	435,00 P			

Líquido Geral: 62.598,71

Convênio nº 00066/2021
 Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
 Secretaria de Estado da Saúde - UGE: 090196
 Hospital Complexo Hospitalar do Juquery
 Natureza de Despesa: Custeio

EXTRATO MENSAL

Situações

Número de empregados:	27	Salário contribuição empregados:	72.242,76	Base IRRF Mensal:	62.783,03
Numero de estagiários:	0	Salário contribuição contribuintes:	0,00	Valor IRRF Mensal:	1.981,47
Trabalhando:	21	Excedente:	0,00	Base IRRF Férias:	0,00
Afastado direitos integrais:	0	Base total:	72.242,76	Valor IRRF Férias:	0,00
Afastado acidente de trabalho:	0	Segurados:	6.655,70	Base IRRF Partic. Lucros:	0,00
Afastado serviço militar:	0	Empresa:	0,00	Valor IRRF Partic. Lucros:	0,00
Salário maternidade:	0	RAT:	0,00	Base IRRF Exterior:	0,00
Salário maternidade INSS:	0	Contribuintes:	0,00	Valor IRRF Exterior:	0,00
Doença:	0	Sub-Total:	6.655,70	Base IRRF 13º Salário:	940,95
Doença Profissional:	0	Retenções:	0,00	Valor IRRF 13º Salário:	0,00
Licença sem vencimento:	0	(-) Salário família/maternidade:	0,00	Valor Total do IRRF:	1.981,47
Demitido:	5	Compensações:	0,00	IRRF Aluguéis:	0,00
Transferido:	1	Valores pagos a Cooperativas:	0,00	IRRF contribuintes:	0,00
Férias:	0	Outras Compensações:	0,00	Base do FGTS:	66.471,18
Mandato sindical:	0	Total:	6.655,70	Valor do FGTS:	5.317,53
Aposentadoria:	0	Terceiros:	0,00	Base do FGTS Aprendiz:	0,00
Partic. curso/programa de qualificação:	0	Total INSS:	6.655,70	Valor do FGTS Aprendiz:	0,00
Ausência justificada:	0			Base FGTS - GRRF:	5.771,58
Outros motivos de afastamento:	0			FGTS - GRRF:	813,29
Admissões:	1			Base FGTS mes ant. - GRRF:	0,00
Número de contribuintes:	0			FGTS mes ant. - GRRF:	0,00
				Base PIS:	0,00
				Valor PIS:	0,00
				Base ISS:	0,00
				Valor ISS:	0,00
				Líquido Geral:	62.598,71

Convênio nº 00066/2021
 Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
 Secretaria de Estado da Saúde - UGE: 090196
 Hospital Complexo Hospitalar do Juquery
 Natureza de Despesa: Custeio

05/07/2021 - BANCO DO BRASIL - 16:03:41
306203062 SEGUNDA VIA 0073
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: ASSOC HOSP B BRASIL
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.518-1
=====

DATA DA TRANSFERENCIA	05/07/2021
NR. DOCUMENTO	551.521.000.013.586
VALOR TOTAL	6.336,02

***** TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: VERIDIANA MARIA C SILVA
AGENCIA: 1521-0 CONTA: 13.586-0
NR. DOCUMENTO 553.062.000.036.518
=====

NR.AUTENTICACAO	9.702.C58.411.73D.78C
-----------------	-----------------------

Convênio nº 00066/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE: 090196
Hospital Complexo Hospitalar do Juquery
Natureza de Despesa: Custeio

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		CC: ENFERMARIA 1		Folha Mensal	
CNPJ: 45.349.461/0001-02		Mensalista		Junho de 2021	
Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Fóil	
4573	VERIDIANA MARIA SILVA PINTO	223505	1	1	
ENFERMEIRO (A)		Admissão:		01/04/2021	
Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
1	HORAS NORMAIS	220,00	3.959,73		
207	REEMBOLSO VALE REFEIÇÃO	195,00	195,00		
210	AJUDA DE CUSTO	1.539,87	1.539,87		
223	REEMBOLSO VALE ALIMENTAÇÃO	145,00	145,00		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00		
201	ADICIONAL RT	1.400,00	1.400,00		
998	I.N.S.S.	11,33		632,44	
999	IMPOSTO DE RENDA	27,50		491,14	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			7.459,60	1.123,58	
BANCO DO BRASIL 1			Valor Líquido	6.336,02	
conta: 13586-0			⇒		
Agência: 1521 - 0					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
3.959,73	5.579,73	5.579,73	446,37	4.947,29	27,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		CC: ENFERMARIA 1		Folha Mensal	
CNPJ: 45.349.461/0001-02		Mensalista		Junho de 2021	
Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Fóil	
4573	VERIDIANA MARIA SILVA PINTO	223505	1	1	
ENFERMEIRO (A)		Admissão:		01/04/2021	
Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
1	HORAS NORMAIS	220,00	3.959,73		
207	REEMBOLSO VALE REFEIÇÃO	195,00	195,00		
210	AJUDA DE CUSTO	1.539,87	1.539,87		
223	REEMBOLSO VALE ALIMENTAÇÃO	145,00	145,00		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00		
201	ADICIONAL RT	1.400,00	1.400,00		
998	I.N.S.S.	11,33		632,44	
999	IMPOSTO DE RENDA	27,50		491,14	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			7.459,60	1.123,58	
BANCO DO BRASIL 1			Valor Líquido	6.336,02	
conta: 13586-0			⇒		
Agência: 1521 - 0					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
3.959,73	5.579,73	5.579,73	446,37	4.947,29	27,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Convênio nº 00066/2021
 Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
 Secretaria de Estado da Saúde - UGE: 090196
 Hospital Complexo Hospitalar do Juquery
 Natureza de Despesa: Custeio

05/07/2021 - BANCO DO BRASIL - 16:03:41
306203062 SEGUNDA VIA 0097
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: ASSOC HOSP B BRASIL
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.518-1
=====

DATA DA TRANSFERENCIA 05/07/2021
NR. DOCUMENTO 552.792.000.030.118
VALOR TOTAL 2.547,47

***** TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARILU NASCIMENTO ALVES
AGENCIA: 2792-8 CONTA: 30.118-3

NR. DOCUMENTO 553.062.000.036.518
=====

NR.AUTENTICACAO 6.DB2.1E1.B28.288.2F5

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL CNPJ: 45.349.461/0001-02		CC: ENFERMARIA 1 Mensalista		Folha Mensal Junho de 2021	
Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Fórmula	
4776	MARILU DO NASCIMENTO ALVES TEC. ENFERMAGEM	322205	1	1	
			Admissão:	01/04/2021	
Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
1	HORAS NORMAIS	220,00	2.102,85		
207	REEMBOLSO VALE REFEIÇÃO	195,00	195,00		
223	REEMBOLSO VALE ALIMENTAÇÃO	145,00	145,00		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00		
203	ADICIONAL NOTURNO 40%	24,00	91,76		
998	I.N.S.S.	8,58		207,14	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			2.754,61	207,14	
			Valor Líquido →	2.547,47	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
2.102,85	2.414,61	2.414,61	193,16	1.828,29	0,00

*** PARABÉNS PELO SEU ANIVERSÁRIO NO DIA 08 DE JULHO ***

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL CNPJ: 45.349.461/0001-02		CC: ENFERMARIA 1 Mensalista		Folha Mensal Junho de 2021	
Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Fórmula	
4776	MARILU DO NASCIMENTO ALVES TEC. ENFERMAGEM	322205	1	1	
			Admissão:	01/04/2021	
Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
1	HORAS NORMAIS	220,00	2.102,85		
207	REEMBOLSO VALE REFEIÇÃO	195,00	195,00		
223	REEMBOLSO VALE ALIMENTAÇÃO	145,00	145,00		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00		
203	ADICIONAL NOTURNO 40%	24,00	91,76		
998	I.N.S.S.	8,58		207,14	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			2.754,61	207,14	
			Valor Líquido →	2.547,47	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
2.102,85	2.414,61	2.414,61	193,16	1.828,29	0,00

*** PARABÉNS PELO SEU ANIVERSÁRIO NO DIA 08 DE JULHO ***

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Convênio nº 00066/2021
 Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
 Secretaria de Estado da Saúde - UGE: 090196
 Hospital Complexo Hospitalar do Juquery
 Natureza de Despesa: Custeio

05/07/2021 - BANCO DO BRASIL - 16:03:41
306203062 SEGUNDA VIA 0068
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: ASSOC HOSP B BRASIL
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.518-1

=====

DATA DA TRANSFERENCIA	05/07/2021
NR. DOCUMENTO	556.727.000.027.974
VALOR TOTAL	2.647,51

***** TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA DE LOURDES SILVA
AGENCIA: 6727-X CONTA: 27.974-9

NR. DOCUMENTO 553.062.000.036.518

=====

NR.AUTENTICACAO	B.1D1.CA8.006.787.82E
-----------------	-----------------------

Convênio nº 00066/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE: 090196
Hospital Complexo Hospitalar do Juquery
Natureza de Despesa: Custeio

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		CC: ENFERMARIA 1		Folha Mensal		
CNPJ: 45.349.461/0001-02		Mensalista		Junho de 2021		
Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Fóil		
4593	MARIA DE LOURDES SILVA TEC. ENFERMAGEM	322205	1	1		
			Admissão:	02/04/2021		
Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos		
1	HORAS NORMAIS	220,00	2.102,85			
207	REEMBOLSO VALE REFEIÇÃO	195,00	195,00			
223	REEMBOLSO VALE ALIMENTAÇÃO	145,00	145,00			
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00			
203	ADICIONAL NOTURNO 40%	104,00	397,63			
998	I.N.S.S.	8,96		243,85		
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		42,95		
208	DESC VALE TRANSPORTE	6,00		126,17		
			Total de Vencimentos	Total de Descontos		
			3.060,48	412,97		
BANCO DO BRASIL 1 conta: 27974-9			Agência: 6727 - x	Valor Líquido	2.647,51	
Salário Base		Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
2.102,85		2.720,48	2.720,48	217,63	2.476,63	7,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		CC: ENFERMARIA 1		Folha Mensal		
CNPJ: 45.349.461/0001-02		Mensalista		Junho de 2021		
Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Fóil		
4593	MARIA DE LOURDES SILVA TEC. ENFERMAGEM	322205	1	1		
			Admissão:	02/04/2021		
Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos		
1	HORAS NORMAIS	220,00	2.102,85			
207	REEMBOLSO VALE REFEIÇÃO	195,00	195,00			
223	REEMBOLSO VALE ALIMENTAÇÃO	145,00	145,00			
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00			
203	ADICIONAL NOTURNO 40%	104,00	397,63			
998	I.N.S.S.	8,96		243,85		
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		42,95		
208	DESC VALE TRANSPORTE	6,00		126,17		
			Total de Vencimentos	Total de Descontos		
			3.060,48	412,97		
BANCO DO BRASIL 1 conta: 27974-9			Agência: 6727 - x	Valor Líquido	2.647,51	
Salário Base		Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
2.102,85		2.720,48	2.720,48	217,63	2.476,63	7,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Convênio nº 00066/2021
 Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
 Secretaria de Estado da Saúde - UGE: 090196
 Hospital Complexo Hospitalar do Juquery
 Natureza de Despesa: Custeio

05/07/2021 - BANCO DO BRASIL - 16:03:41
306203062 SEGUNDA VIA 0071
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: ASSOC HOSP B BRASIL
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.518-1
=====

DATA DA TRANSFERENCIA	05/07/2021
NR. DOCUMENTO	556.727.000.038.477
VALOR TOTAL	3.291,80

***** TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: ELIEZIA PEREIRA RODRIGUES
AGENCIA: 6727-X CONTA: 38.477-1
NR. DOCUMENTO 553.062.000.036.518
=====

NR.AUTENTICACAO	3.E12.3D8.17D.B71.5BF
-----------------	-----------------------

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL CNPJ: 45.349.461/0001-02		CC: ENFERMARIA 1 Mensalista		Folha Mensal Junho de 2021		
Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Fóil		
4606	ELIEZIA PEREIRA RODRIGUES ENFERMEIRO (A)	223505	1	1		
			Admissão:	01/04/2021		
Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos		
1	HORAS NORMAIS	220,00	3.159,73			
207	REEMBOLSO VALE REFEIÇÃO	195,00	195,00			
223	REEMBOLSO VALE ALIMENTAÇÃO	145,00	145,00			
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00			
998	I.N.S.S.	9,60		324,44		
999	IMPOSTO DE RENDA	15,00		103,49		
			Total de Vencimentos	Total de Descontos		
			3.719,73	427,93		
BANCO DO BRASIL 1 conta: 38477-1			Agência: 6727 - X	Valor Líquido	3.291,80	
Salário Base		Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
3.159,73		3.379,73	3.379,73	270,37	3.055,29	15,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recbo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL CNPJ: 45.349.461/0001-02		CC: ENFERMARIA 1 Mensalista		Folha Mensal Junho de 2021		
Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Fóil		
4606	ELIEZIA PEREIRA RODRIGUES ENFERMEIRO (A)	223505	1	1		
			Admissão:	01/04/2021		
Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos		
1	HORAS NORMAIS	220,00	3.159,73			
207	REEMBOLSO VALE REFEIÇÃO	195,00	195,00			
223	REEMBOLSO VALE ALIMENTAÇÃO	145,00	145,00			
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00			
998	I.N.S.S.	9,60		324,44		
999	IMPOSTO DE RENDA	15,00		103,49		
			Total de Vencimentos	Total de Descontos		
			3.719,73	427,93		
BANCO DO BRASIL 1 conta: 38477-1			Agência: 6727 - X	Valor Líquido	3.291,80	
Salário Base		Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
3.159,73		3.379,73	3.379,73	270,37	3.055,29	15,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recbo.

Assinatura do Funcionário

Data

Convênio nº 00066/2021
 Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
 Secretaria de Estado da Saúde - UGE: 090196
 Hospital Complexo Hospitalar do Juquery
 Natureza de Despesa: Custeio

05/07/2021 - BANCO DO BRASIL - 16:03:41
306203062 SEGUNDA VIA 0005

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: ASSOC HOSP B BRASIL
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.518-1

=====

DATA DA TRANSFERENCIA	05/07/2021
NR. DOCUMENTO	556.727.000.040.003
VALOR TOTAL	2.700,61

***** TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE CARLOS LIMA DE JESUS
AGENCIA: 6727-X CONTA: 40.003-3

NR. DOCUMENTO 553.062.000.036.518

=====

NR.AUTENTICACAO	1.5B4.B7C.500.555.71A
-----------------	-----------------------

Convênio nº 00066/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE: 090196
Hospital Complexo Hospitalar do Juquery
Natureza de Despesa: Custeio

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL CNPJ: 45.349.461/0001-02		CC: ENFERMARIA 1 Mensalista		Folha Mensal Junho de 2021		
Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial		
4578	JOSE CARLOS LIMA DE JESUS AUX. ENFERMAGEM	322230	1	1		
			Admissão:	05/04/2021		
Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos		
1	HORAS NORMAIS	220,00	2.002,85			
207	REEMBOLSO VALE REFEIÇÃO	195,00	195,00			
223	REEMBOLSO VALE ALIMENTAÇÃO	145,00	145,00			
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00			
203	ADICIONAL NOTURNO 40%	112,00	407,85			
998	I.N.S.S.	8,86		233,07		
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		37,02		
			Total de Vencimentos	Total de Descontos		
			2.970,70	270,09		
BANCO DO BRASIL 1 conta: 40003-3			Agência: 6727 - x	Valor Líquido	2.700,61	
Salário Base		Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
2.002,85		2.630,70	2.630,70	210,45	2.397,63	7,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL CNPJ: 45.349.461/0001-02		CC: ENFERMARIA 1 Mensalista		Folha Mensal Junho de 2021		
Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial		
4578	JOSE CARLOS LIMA DE JESUS AUX. ENFERMAGEM	322230	1	1		
			Admissão:	05/04/2021		
Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos		
1	HORAS NORMAIS	220,00	2.002,85			
207	REEMBOLSO VALE REFEIÇÃO	195,00	195,00			
223	REEMBOLSO VALE ALIMENTAÇÃO	145,00	145,00			
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00			
203	ADICIONAL NOTURNO 40%	112,00	407,85			
998	I.N.S.S.	8,86		233,07		
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		37,02		
			Total de Vencimentos	Total de Descontos		
			2.970,70	270,09		
BANCO DO BRASIL 1 conta: 40003-3			Agência: 6727 - x	Valor Líquido	2.700,61	
Salário Base		Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
2.002,85		2.630,70	2.630,70	210,45	2.397,63	7,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Convênio nº 00066/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE: 090196
Hospital Complexo Hospitalar do Juquery
Natureza de Despesa: Custeio

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
03/08/2021 - AUTOATENDIMENTO - 15.28.14
3062703062 SEGUNDA VIA 0027

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: ASSOC HOSP B BRASIL

AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.518-1

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA

REMETENTE : ASSOC HOSP B BRASIL

BANCO: 104 - CAIXA ECONOMICA FEDERAL

AGENCIA: 2106-7 - CAIEIRAS

CONTA: 22.916-4

FAVORECIDO: ADEMIR RUIZ DOS SANTOS

CPF/CNPJ: 101.255.608-50

VALOR: RS

4.232,32

DEBITO EM: 05/07/2021

DOCUMENTO: 070501

AUTENTICACAO SISBB: 1.DCA.542.AFD.D00.347

Código		Nome do Funcionário		CBO	Departamento	Fóil
4585		ADEMIR RUIZ DOS SANTOS ENFERMEIRO (A)		223505	1	1
				Admissão:	02/04/2021	
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL						
CNPJ: 45.349.461/0001-02			CC: ENFERMARIA 1 Mensalista		Folha Mensal Junho de 2021	
Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos		
1	HORAS NORMAIS	212,67	3.054,40			
8697	HORAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTEGRAIS	7,33	105,33			
207	REEMBOLSO VALE REFEIÇÃO	195,00	195,00			
223	REEMBOLSO VALE ALIMENTAÇÃO	145,00	145,00			
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	212,67			
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	7,33			
203	ADICIONAL NOTURNO 40%	104,00	597,48			
221	ADICIONAL NOTURNO 40% MES ANTERIOR	128,00	735,36			
998	I.N.S.S.	10,84		511,03		
999	IMPOSTO DE RENDA	22,50		309,22		
			Total de Vencimentos	Total de Descontos		
			5.052,57	820,25		
			Valor Líquido →	4.232,32		
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF	
3.159,73	4.712,57	4.712,57	377,00	4.201,54	22,50	

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Código		Nome do Funcionário		CBO	Departamento	Fóil
4585		ADEMIR RUIZ DOS SANTOS ENFERMEIRO (A)		223505	1	1
				Admissão:	02/04/2021	
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL						
CNPJ: 45.349.461/0001-02			CC: ENFERMARIA 1 Mensalista		Folha Mensal Junho de 2021	
Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos		
1	HORAS NORMAIS	212,67	3.054,40			
8697	HORAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTEGRAIS	7,33	105,33			
207	REEMBOLSO VALE REFEIÇÃO	195,00	195,00			
223	REEMBOLSO VALE ALIMENTAÇÃO	145,00	145,00			
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	212,67			
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	7,33			
203	ADICIONAL NOTURNO 40%	104,00	597,48			
221	ADICIONAL NOTURNO 40% MES ANTERIOR	128,00	735,36			
998	I.N.S.S.	10,84		511,03		
999	IMPOSTO DE RENDA	22,50		309,22		
			Total de Vencimentos	Total de Descontos		
			5.052,57	820,25		
			Valor Líquido →	4.232,32		
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF	
3.159,73	4.712,57	4.712,57	377,00	4.201,54	22,50	

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Convênio nº 00066/2021
 Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
 Secretaria de Estado da Saúde - UGE: 090196
 Hospital Complexo Hospitalar do Juquery
 Natureza de Despesa: Custeio

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
03/08/2021 - AUTOATENDIMENTO - 15.28.14
3062703062 SEGUNDA VIA 0030

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL
CLIENTE: ASSOC HOSP B BRASIL

AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.518-1

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : ASSOC HOSP B BRASIL
BANCO: 237 - BCO BRADESCO S.A.
AGENCIA: 7355-5 - REGIAO CENTRAL - URB CAIEIRAS
CONTA: 14.240-9

FAVORECIDO: BEATRIZ OLIVEIRA ALBUQUERQUE
CPF/CNPJ: 457.930.648-18
VALOR: R\$ 2.478,27
DEBITO EM: 05/07/2021

=====

DOCUMENTO: 070502
AUTENTICACAO SISBB: B.59C.981.909.78B.99D

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		CC: ENFERMARIA 1		Folha Mensal	
CNPJ: 45.349.461/0001-02		Mensalista		Junho de 2021	
Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Fórmula	
4572	BEATRIZ OLIVEIRA ALBUQUERQUE	411005	1	1	
	ASSISTENTE ADM	Admissão:		02/04/2021	
Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
1	HORAS NORMAIS	168,67	1.376,41		
8697	HORAS AFAST. P/DOENÇA C/DIR.INTEGRAIS	51,33	418,91		
205	MÊS VALE TRANSPORTE	211,20	211,20		
206	REEMB DE VALE TRANSPORTE	92,00	92,00		
207	REEMBOLSO VALE REFEIÇÃO	75,00	75,00		
223	REEMBOLSO VALE ALIMENTAÇÃO	145,00	145,00		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	168,67		
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	51,33		
203	ADICIONAL NOTURNO 40%	8,00	26,11		
221	ADICIONAL NOTURNO 40% MES ANTERIOR	77,00	251,34		
998	I.N.S.S.	8,40		192,52	
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		37,46	
208	DESC VALE TRANSPORTE	6,00		107,72	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			2.815,97	337,70	
			Valor Líquido →	2.478,27	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.795,32	2.292,77	2.292,77	183,42	2.403,45	7,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		CC: ENFERMARIA 1		Folha Mensal	
CNPJ: 45.349.461/0001-02		Mensalista		Junho de 2021	
Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Fórmula	
4572	BEATRIZ OLIVEIRA ALBUQUERQUE	411005	1	1	
	ASSISTENTE ADM	Admissão:		02/04/2021	
Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
1	HORAS NORMAIS	168,67	1.376,41		
8697	HORAS AFAST. P/DOENÇA C/DIR.INTEGRAIS	51,33	418,91		
205	MÊS VALE TRANSPORTE	211,20	211,20		
206	REEMB DE VALE TRANSPORTE	92,00	92,00		
207	REEMBOLSO VALE REFEIÇÃO	75,00	75,00		
223	REEMBOLSO VALE ALIMENTAÇÃO	145,00	145,00		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	168,67		
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	51,33		
203	ADICIONAL NOTURNO 40%	8,00	26,11		
221	ADICIONAL NOTURNO 40% MES ANTERIOR	77,00	251,34		
998	I.N.S.S.	8,40		192,52	
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		37,46	
208	DESC VALE TRANSPORTE	6,00		107,72	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			2.815,97	337,70	
			Valor Líquido →	2.478,27	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.795,32	2.292,77	2.292,77	183,42	2.403,45	7,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Convênio nº 00066/2021
 Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
 Secretaria de Estado da Saúde - UGE: 090196
 Hospital Complexo Hospitalar do Juquery
 Natureza de Despesa: Custeio

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
03/08/2021 - AUTOATENDIMENTO - 15.28.14
3062703062 SEGUNDA VIA 0029

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: ASSOC HOSP B BRASIL

AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.518-1

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA

REMETENTE : ASSOC HOSP B BRASIL

BANCO: 237 - BCO BRADESCO S.A.

AGENCIA: 2216-0 - PERUS-USP

CONTA: 6.283-9

FAVORECIDO: CLAUDETE GONCALVES PEREIRA DOS SANT

CPF/CNPJ: 165.839.718-52

VALOR: R\$ 2.672,41

DEBITO EM: 05/07/2021

DOCUMENTO: 070503

AUTENTICACAO SISBB: F.526.F08.0BD.418.D5A

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		CC: ENFERMARIA 1		Folha Mensal	
CNPJ: 45.349.461/0001-02		Mensalista		Junho de 2021	
Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Fórmula	
4588	CLAUDETE GONÇALVES PEREIRA DOS SANTOS TEC. ENFERMAGEM	322205	1	1	
			Admissão:	02/04/2021	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
1	HORAS NORMAIS	220,00	2.102,85		
207	REEMBOLSO VALE REFEIÇÃO	195,00	195,00		
223	REEMBOLSO VALE ALIMENTAÇÃO	145,00	145,00		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00		
203	ADICIONAL NOTURNO 40%	112,00	428,22		
998	I.N.S.S.	9,00		247,52	
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		44,97	
208	DESC VALE TRANSPORTE	6,00		126,17	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			3.091,07	418,66	
			Valor Líquido →	2.672,41	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
2.102,85	2.751,07	2.751,07	220,08	2.503,55	7,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		CC: ENFERMARIA 1		Folha Mensal	
CNPJ: 45.349.461/0001-02		Mensalista		Junho de 2021	
Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Fórmula	
4588	CLAUDETE GONÇALVES PEREIRA DOS SANTOS TEC. ENFERMAGEM	322205	1	1	
			Admissão:	02/04/2021	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
1	HORAS NORMAIS	220,00	2.102,85		
207	REEMBOLSO VALE REFEIÇÃO	195,00	195,00		
223	REEMBOLSO VALE ALIMENTAÇÃO	145,00	145,00		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00		
203	ADICIONAL NOTURNO 40%	112,00	428,22		
998	I.N.S.S.	9,00		247,52	
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		44,97	
208	DESC VALE TRANSPORTE	6,00		126,17	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			3.091,07	418,66	
			Valor Líquido →	2.672,41	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
2.102,85	2.751,07	2.751,07	220,08	2.503,55	7,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Convênio nº 00066/2021
 Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
 Secretaria de Estado da Saúde - UGE: 090196
 Hospital Complexo Hospitalar do Juquery
 Natureza de Despesa: Custeio

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
03/08/2021 - AUTOATENDIMENTO - 15.28.14
3062703062 SEGUNDA VIA 0037

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: ASSOC HOSP B BRASIL

AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.518-1

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA

REMETENTE : ASSOC HOSP B BRASIL

BANCO: 104 - CAIXA ECONOMICA FEDERAL

AGENCIA: 2951-3 - FRANCISCO MORATO

CONTA: 31.528-6

FAVORECIDO: DUCILEIDE LOPO DA SILVA

CPF/CNPJ: 277.542.658-18

VALOR: RS 2.745,67

DEBITO EM: 05/07/2021

=====

DOCUMENTO: 070504

AUTENTICACAO SISBB: E.398.9A0.CAA.D3A.7C2

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

CC: ENFERMARIA 1
 Mensalista

Folha Mensal
 Junho de 2021

Código Nome do Funcionário CBO Departamento Fíal
 4590 DUCILEIDE LOPO DA SILVA 322205 1 1
 TEC. ENFERMAGEM Admissão: 02/04/2021

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
1	HORAS NORMAIS	220,00	2.102,85		
207	REEMBOLSO VALE REFEIÇÃO	195,00	195,00		
223	REEMBOLSO VALE ALIMENTAÇÃO	145,00	145,00		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00		
203	ADICIONAL NOTURNO 40%	95,00	363,22		
998	I.N.S.S.	8,92		239,72	
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		40,68	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			3.026,07	280,40	
			Valor Líquido →	2.745,67	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
2.102,85	2.686,07	2.686,07	214,88	2.446,35	7,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

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

CC: ENFERMARIA 1
 Mensalista

Folha Mensal
 Junho de 2021

Código Nome do Funcionário CBO Departamento Fíal
 4590 DUCILEIDE LOPO DA SILVA 322205 1 1
 TEC. ENFERMAGEM Admissão: 02/04/2021

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
1	HORAS NORMAIS	220,00	2.102,85		
207	REEMBOLSO VALE REFEIÇÃO	195,00	195,00		
223	REEMBOLSO VALE ALIMENTAÇÃO	145,00	145,00		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00		
203	ADICIONAL NOTURNO 40%	95,00	363,22		
998	I.N.S.S.	8,92		239,72	
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		40,68	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			3.026,07	280,40	
			Valor Líquido →	2.745,67	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
2.102,85	2.686,07	2.686,07	214,88	2.446,35	7,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Convênio nº 00066/2021
 Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
 Secretaria de Estado da Saúde - UGE: 090196
 Hospital Complexo Hospitalar do Juquery
 Natureza de Despesa: Custeio

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
03/08/2021 - AUTOATENDIMENTO - 15.28.15
3062703062 SEGUNDA VIA 0030

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL
CLIENTE: ASSOC HOSP B BRASIL

AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.518-1

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA

REMETENTE : ASSOC HOSP B BRASIL

BANCO: 237 - BCO BRADESCO S.A.

AGENCIA: 1574-1 - FRANCO DA ROCHA

CONTA: 15.339-7

FAVORECIDO: EDILAINE DA SILVEIRA SILVA MACIEL

CPF/CNPJ: 157.030.728-83

VALOR: R\$ 2.812,80

DEBITO EM: 05/07/2021

=====

DOCUMENTO: 070505

AUTENTICACAO SISBB: B.A36.C62.3EB.C4D.CB3

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL CNPJ: 45.349.461/0001-02		CC: ENFERMARIA 1 Mensalista		Folha Mensal Junho de 2021	
Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filiai	
4581	EDILAINÉ DA SILVEIRA SILVA MACIEL TEC. ENFERMAGEM	322205	1	1	
			Admissão:	01/04/2021	
Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
1	HORAS NORMAIS	220,00	2.102,85		
207	REEMBOLSO VALE REFEIÇÃO	195,00	195,00		
223	REEMBOLSO VALE ALIMENTAÇÃO	145,00	145,00		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00		
203	ADICIONAL NOTURNO 40%	112,00	428,22		
998	I.N.S.S.	9,00		247,52	
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		30,75	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			3.091,07	278,27	
			Valor Líquido →	2.812,80	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
2.102,85	2.751,07	2.751,07	220,08	2.313,96	7,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL CNPJ: 45.349.461/0001-02		CC: ENFERMARIA 1 Mensalista		Folha Mensal Junho de 2021	
Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filiai	
4581	EDILAINÉ DA SILVEIRA SILVA MACIEL TEC. ENFERMAGEM	322205	1	1	
			Admissão:	01/04/2021	
Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
1	HORAS NORMAIS	220,00	2.102,85		
207	REEMBOLSO VALE REFEIÇÃO	195,00	195,00		
223	REEMBOLSO VALE ALIMENTAÇÃO	145,00	145,00		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00		
203	ADICIONAL NOTURNO 40%	112,00	428,22		
998	I.N.S.S.	9,00		247,52	
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		30,75	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			3.091,07	278,27	
			Valor Líquido →	2.812,80	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
2.102,85	2.751,07	2.751,07	220,08	2.313,96	7,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Convênio nº 00066/2021
 Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
 Secretaria de Estado da Saúde - UGE: 090196
 Hospital Complexo Hospitalar do Juquery
 Natureza de Despesa: Custeio

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
03/08/2021 - AUTOATENDIMENTO - 15.28.15
3062703062 SEGUNDA VIA 0028

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL
CLIENTE: ASSOC HOSP B BRASIL

AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.518-1

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA

REMETENTE : ASSOC HOSP B BRASIL

BANCO: 260 - NU PAGAMENTOS S.A.

AGENCIA: 0001-9

CONTA: 8.271.488-4

FAVORECIDO: GABRIELA GONCALVES DO NASCIMENTO

CPF/CNPJ: 490.743.838-90

VALOR: R\$ 2.722,21

DEBITO EM: 05/07/2021

=====

DOCUMENTO: 070506

AUTENTICACAO SISBB: 3.9DD.FF1.CA5.F11.F46

Convênio nº 00066/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE: 090196
Hospital Complexo Hospitalar do Juquery
Natureza de Despesa: Custeio

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

CC: ENFERMARIA 1
 Mensalista

Folha Mensal
 Junho de 2021

Código Nome do Funcionário CBO Departamento Faltas
 4589 GABRIELA GONÇALVES DOS NASCIMENTO 322205 1 1
 TEC. ENFERMAGEM Admissão: 02/04/2021

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
1	HORAS NORMAIS	220,00	2.102,85		
207	REEMBOLSO VALE REFEIÇÃO	195,00	195,00		
223	REEMBOLSO VALE ALIMENTAÇÃO	145,00	145,00		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00		
203	ADICIONAL NOTURNO 40%	128,00	489,39		
998	I.N.S.S.	9,06		254,86	
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		49,00	
208	DESC VALE TRANSPORTE	6,00		126,17	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			3.152,24	430,03	
			Valor Líquido →	2.722,21	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
2.102,85	2.812,24	2.812,24	224,97	2.557,38	7,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

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

CC: ENFERMARIA 1
 Mensalista

Folha Mensal
 Junho de 2021

Código Nome do Funcionário CBO Departamento Faltas
 4589 GABRIELA GONÇALVES DOS NASCIMENTO 322205 1 1
 TEC. ENFERMAGEM Admissão: 02/04/2021

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
1	HORAS NORMAIS	220,00	2.102,85		
207	REEMBOLSO VALE REFEIÇÃO	195,00	195,00		
223	REEMBOLSO VALE ALIMENTAÇÃO	145,00	145,00		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00		
203	ADICIONAL NOTURNO 40%	128,00	489,39		
998	I.N.S.S.	9,06		254,86	
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		49,00	
208	DESC VALE TRANSPORTE	6,00		126,17	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			3.152,24	430,03	
			Valor Líquido →	2.722,21	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
2.102,85	2.812,24	2.812,24	224,97	2.557,38	7,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Convênio nº 00066/2021
 Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
 Secretária de Estado da Saúde - UGE: 090196
 Hospital Complexo Hospitalar do Juquery
 Natureza de Despesa: Custeio

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
03/08/2021 - AUTOATENDIMENTO - 15.28.15
3062703062 SEGUNDA VIA 0033

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: ASSOC HOSP B BRASIL

AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.518-1

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA

REMETENTE : ASSOC HOSP B BRASIL

BANCO: 104 - CAIXA ECONOMICA FEDERAL

AGENCIA: 0316-6 - JUNDIAI

CONTA: 43.522-4

FAVORECIDO: JERONIMO SOUZA DA SILVA

CPF/CNPJ: 327.740.698-90

VALOR: R\$

2.555,45

DEBITO EM: 05/07/2021

=====

DOCUMENTO: 070507

AUTENTICACAO SISBB: 0.C39.848.781.B69.651

Convênio nº 00066/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE: 090196
Hospital Complexo Hospitalar do Juquery
Natureza de Despesa: Custeio

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

CC: ENFERMARIA 1
 Mensalista

Folha Mensal
 Junho de 2021

Código Nome do Funcionário CBO Departamento Fíliat
 4603 JERONIMO SOUZA DA SILVA 322205 1 1
 TEC. ENFERMAGEM Admissão: 03/04/2021

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
1	HORAS NORMAIS	220,00	2.102,85		
205	MÊS VALE TRANSPORTE	250,38	250,38		
207	REEMBOLSO VALE REFEIÇÃO	195,00	195,00		
223	REEMBOLSO VALE ALIMENTAÇÃO	145,00	145,00		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00		
998	I.N.S.S.	8,44		196,13	
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		35,48	
208	DESC VALE TRANSPORTE	6,00		126,17	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			2.913,23	357,78	
			Valor Líquido →	2.555,45	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
2.102,85	2.322,85	2.322,85	185,82	2.377,10	7,50

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

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

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

CC: ENFERMARIA 1
 Mensalista

Folha Mensal
 Junho de 2021

Código Nome do Funcionário CBO Departamento Fíliat
 4603 JERONIMO SOUZA DA SILVA 322205 1 1
 TEC. ENFERMAGEM Admissão: 03/04/2021

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
1	HORAS NORMAIS	220,00	2.102,85		
205	MÊS VALE TRANSPORTE	250,38	250,38		
207	REEMBOLSO VALE REFEIÇÃO	195,00	195,00		
223	REEMBOLSO VALE ALIMENTAÇÃO	145,00	145,00		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00		
998	I.N.S.S.	8,44		196,13	
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		35,48	
208	DESC VALE TRANSPORTE	6,00		126,17	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			2.913,23	357,78	
			Valor Líquido →	2.555,45	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
2.102,85	2.322,85	2.322,85	185,82	2.377,10	7,50

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

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Convênio nº 00066/2021
 Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
 Secretaria de Estado da Saúde - UGE: 090196
 Hospital Complexo Hospitalar do Juquery
 Natureza de Despesa: Custeio

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
03/08/2021 - AUTOATENDIMENTO - 15.28.15
3062703062 SEGUNDA VIA 0031

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: ASSOC HOSP B BRASIL

AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.518-1

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA

REMETENTE : ASSOC HOSP B BRASIL

BANCO: 341 - ITAU UNIBANCO S.A.

AGENCIA: 9105-7 - CAIEIRAS CENTRO

CONTA: 15.140-2

FAVORECIDO: LEONETE DA CONCEICAO DE OLIVEIRA AL

CPF/CNPJ: 201.045.418-90

VALOR: R\$ 2.450,02

DEBITO EM: 05/07/2021

=====

DOCUMENTO: 070508

AUTENTICACAO SISBB: A.5CF.D9E.3C6.196.6A6

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

CC: ENFERMARIA 1
 Mensalista

Folha Mensal
 Junho de 2021

Código Nome do Funcionário CBO Departamento Fíal
 4600 LEONETE DA CONCEIÇÃO DE OLIVEIRA ALVES 322205 1 1
 TEC. ENFERMAGEM Admissão: 02/04/2021

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
1	HORAS NORMAIS	220,00	2.102,85		
207	REEMBOLSO VALE REFEIÇÃO	195,00	195,00		
223	REEMBOLSO VALE ALIMENTAÇÃO	145,00	145,00		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00		
998	I.N.S.S.	8,44		196,13	
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		16,70	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			2.662,85	212,83	
			Valor Líquido →	2.450,02	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	FG.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
2.102,85	2.322,85	2.322,85	185,82	2.126,72	7,50

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

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

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

CC: ENFERMARIA 1
 Mensalista

Folha Mensal
 Junho de 2021

Código Nome do Funcionário CBO Departamento Fíal
 4600 LEONETE DA CONCEIÇÃO DE OLIVEIRA ALVES 322205 1 1
 TEC. ENFERMAGEM Admissão: 02/04/2021

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
1	HORAS NORMAIS	220,00	2.102,85		
207	REEMBOLSO VALE REFEIÇÃO	195,00	195,00		
223	REEMBOLSO VALE ALIMENTAÇÃO	145,00	145,00		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00		
998	I.N.S.S.	8,44		196,13	
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		16,70	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			2.662,85	212,83	
			Valor Líquido →	2.450,02	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	FG.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
2.102,85	2.322,85	2.322,85	185,82	2.126,72	7,50

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

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Convênio nº 00066/2021
 Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
 Secretaria de Estado da Saúde - UGE: 090196
 Hospital Complexo Hospitalar do Juquery
 Natureza de Despesa: Custeio

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
03/08/2021 - AUTOATENDIMENTO - 15.28.15
3062703062 SEGUNDA VIA 0032

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL
CLIENTE: ASSOC HOSP B BRASIL
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.518-1

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : ASSOC HOSP B BRASIL
BANCO: 033 - BCO SANTANDER (BRASIL) S.A.
AGENCIA: 4264-1 - OSASCO-AV.DOS AUTONOMISTAS
CONTA: 1.090.065-7

FAVORECIDO: LETICIA LUANA DE SOUZA FREITAS
CPF/CNPJ: 413.060.728-67
VALOR: R\$ 2.323,85
DEBITO EM: 05/07/2021

=====

DOCUMENTO: 070509
AUTENTICACAO SISBB: C.4E2.6FD.B67.877.08E

Convênio nº 00066/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE: 090196
Hospital Complexo Hospitalar do Juquery
Natureza de Despesa: Custeio

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

CC: ENFERMARIA 1
 Mensalista

Folha Mensal
 Junho de 2021

Código 4599 Nome do Funcionário LETICIA LUANA DE SOUZA FREITAS
 CBO 322205 Departamento 1 Fíal 1
 Admissão: 02/04/2021

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
1	HORAS NORMAIS	220,00	2.102,85		
207	REEMBOLSO VALE REFEIÇÃO	195,00	195,00		
223	REEMBOLSO VALE ALIMENTAÇÃO	145,00	145,00		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00		
998	I.N.S.S.	8,44		196,13	
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		16,70	
208	DESC VALE TRANSPORTE	6,00		126,17	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			2.662,85	339,00	
			Valor Líquido →	2.323,85	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
2.102,85	2.322,85	2.322,85	185,82	2.126,72	7,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

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

CC: ENFERMARIA 1
 Mensalista

Folha Mensal
 Junho de 2021

Código 4599 Nome do Funcionário LETICIA LUANA DE SOUZA FREITAS
 CBO 322205 Departamento 1 Fíal 1
 Admissão: 02/04/2021

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
1	HORAS NORMAIS	220,00	2.102,85		
207	REEMBOLSO VALE REFEIÇÃO	195,00	195,00		
223	REEMBOLSO VALE ALIMENTAÇÃO	145,00	145,00		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00		
998	I.N.S.S.	8,44		196,13	
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		16,70	
208	DESC VALE TRANSPORTE	6,00		126,17	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			2.662,85	339,00	
			Valor Líquido →	2.323,85	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
2.102,85	2.322,85	2.322,85	185,82	2.126,72	7,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Convênio nº 00066/2021
 Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
 Secretaria de Estado da Saúde - UGE: 090196
 Hospital Complexo Hospitalar do Juquery
 Natureza de Despesa: Custeio

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
03/08/2021 - AUTOATENDIMENTO - 15.28.15
3062703062 SEGUNDA VIA 0031

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL
CLIENTE: ASSOC HOSP B BRASIL
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.518-1

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : ASSOC HOSP B BRASIL
BANCO: 033 - BCO SANTANDER (BRASIL) S.A.
AGENCIA: 0259-3 - FRANCISCO MORATO
CONTA: 1.013.802-1

FAVORECIDO: LURDIMAR MARIA DO NASCIMENTO
CPF/CNPJ: 157.042.758-50
VALOR: R\$ 3.762,15
DEBITO EM: 05/07/2021

=====

DOCUMENTO: 070510
AUTENTICACAO SISBB: B.0AF.834.9A1.1BF.E6A

Convênio nº 00066/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE: 090196
Hospital Complexo Hospitalar do Juquery
Natureza de Despesa: Custeio

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

CC: ENFERMARIA 1
 Mensalista

Folha Mensal
 Junho de 2021

Código Nome do Funcionário CBO Departamento Fíliat
 4574 LURDIMAR MARIA DO NASCIMENTO 223505 1 1
 ENFERMEIRO (A) Admissão: 01/04/2021

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
1	HORAS NORMAIS	220,00	3.159,73		
207	REEMBOLSO VALE REFEIÇÃO	195,00	195,00		
223	REEMBOLSO VALE ALIMENTAÇÃO	145,00	145,00		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00		
203	ADICIONAL NOTURNO 40%	112,00	643,44		
998	I.N.S.S.	10,30		414,52	
999	IMPOSTO DE RENDA	15,00		186,50	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			4.363,17	601,02	
			Valor Líquido →	3.762,15	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
3.159,73	4.023,17	4.023,17	321,85	3.608,65	15,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

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

CC: ENFERMARIA 1
 Mensalista

Folha Mensal
 Junho de 2021

Código Nome do Funcionário CBO Departamento Fíliat
 4574 LURDIMAR MARIA DO NASCIMENTO 223505 1 1
 ENFERMEIRO (A) Admissão: 01/04/2021

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
1	HORAS NORMAIS	220,00	3.159,73		
207	REEMBOLSO VALE REFEIÇÃO	195,00	195,00		
223	REEMBOLSO VALE ALIMENTAÇÃO	145,00	145,00		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00		
203	ADICIONAL NOTURNO 40%	112,00	643,44		
998	I.N.S.S.	10,30		414,52	
999	IMPOSTO DE RENDA	15,00		186,50	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			4.363,17	601,02	
			Valor Líquido →	3.762,15	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
3.159,73	4.023,17	4.023,17	321,85	3.608,65	15,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Convênio nº 00066/2021
 Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
 Secretaria de Estado da Saúde - UGE: 090196
 Hospital Complexo Hospitalar do Juquery
 Natureza de Despesa: Custeio

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
03/08/2021 - AUTOATENDIMENTO - 15.28.15
3062703062 SEGUNDA VIA 0044

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: ASSOC HOSP B BRASIL

AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.518-1

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA

REMETENTE : ASSOC HOSP B BRASIL

BANCO: 341 - ITAU UNIBANCO S.A.

AGENCIA: 0622-X - S PAULO AV ITABERABA

CONTA: 52.191-2

FAVORECIDO: MARIMAR DA SILVA AVELINO

CPF/CNPJ: 461.093.518-06

VALOR: R\$

2.466,72

DEBITO EM: 05/07/2021

=====

DOCUMENTO: 070511

AUTENTICACAO SISBB: A.A23.775.65B.936.754

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

CC: ENFERMARIA 1
 Mensalista

Folha Mensal
 Junho de 2021

Código 4777 Nome do Funcionário MARIMAR DA SILVA AVELINO
 TEC. ENFERMAGEM CBO 322205 Departamento 1 Filial 1
 Admissão: 01/04/2021

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
1	HORAS NORMAIS	220,00	2.102,85		
207	REEMBOLSO VALE REFEIÇÃO	195,00	195,00		
223	REEMBOLSO VALE ALIMENTAÇÃO	145,00	145,00		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00		
998	I.N.S.S.	8,44		196,13	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			2.662,85	196,13	
			Valor Líquido →	2.466,72	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
2.102,85	2.322,85	2.322,85	185,82	1.937,13	7,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

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

CC: ENFERMARIA 1
 Mensalista

Folha Mensal
 Junho de 2021

Código 4777 Nome do Funcionário MARIMAR DA SILVA AVELINO
 TEC. ENFERMAGEM CBO 322205 Departamento 1 Filial 1
 Admissão: 01/04/2021

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
1	HORAS NORMAIS	220,00	2.102,85		
207	REEMBOLSO VALE REFEIÇÃO	195,00	195,00		
223	REEMBOLSO VALE ALIMENTAÇÃO	145,00	145,00		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00		
998	I.N.S.S.	8,44		196,13	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			2.662,85	196,13	
			Valor Líquido →	2.466,72	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
2.102,85	2.322,85	2.322,85	185,82	1.937,13	7,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Convênio nº 00066/2021
 Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
 Secretaria de Estado da Saúde - UGE: 090196
 Hospital Complexo Hospitalar do Juquery
 Natureza de Despesa: Custeio

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
03/08/2021 - AUTOATENDIMENTO - 15.28.15
3062703062 SEGUNDA VIA 0033

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: ASSOC HOSP B BRASIL

AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.518-1

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA

REMETENTE : ASSOC HOSP B BRASIL

BANCO: 237 - BCO BRADESCO S.A.

AGENCIA: 7160-9 - NEXT V

CONTA: 562.868-7

FAVORECIDO: MAYARA CAROLINA DE SOUZA SILVA

CPF/CNPJ: 433.004.518-41

VALOR: R\$ 2.450,02

DEBITO EM: 05/07/2021

=====

DOCUMENTO: 070512

AUTENTICACAO SISBB: D.334.6B4.7A7.140.B3A

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

CC: ENFERMARIA 1
 Mensalista

Folha Mensal
 Junho de 2021

Código 4597 Nome do Funcionário MAYARA CAROLINA DE SOUZA SILVA
 CBO 322205 Departamento 1 Fíliar 1
 Admissão: 02/04/2021

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
1	HORAS NORMAIS	220,00	2.102,85		
207	REEMBOLSO VALE REFEIÇÃO	195,00	195,00		
223	REEMBOLSO VALE ALIMENTAÇÃO	145,00	145,00		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00		
998	I.N.S.S.	8,44		196,13	
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		16,70	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			2.662,85	212,83	
			Valor Líquido →	2.450,02	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
2.102,85	2.322,85	2.322,85	185,82	2.126,72	7,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

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

CC: ENFERMARIA 1
 Mensalista

Folha Mensal
 Junho de 2021

Código 4597 Nome do Funcionário MAYARA CAROLINA DE SOUZA SILVA
 CBO 322205 Departamento 1 Fíliar 1
 Admissão: 02/04/2021

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
1	HORAS NORMAIS	220,00	2.102,85		
207	REEMBOLSO VALE REFEIÇÃO	195,00	195,00		
223	REEMBOLSO VALE ALIMENTAÇÃO	145,00	145,00		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00		
998	I.N.S.S.	8,44		196,13	
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		16,70	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			2.662,85	212,83	
			Valor Líquido →	2.450,02	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
2.102,85	2.322,85	2.322,85	185,82	2.126,72	7,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Convênio nº 00066/2021
 Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
 Secretaria de Estado da Saúde - UGE: 090196
 Hospital Complexo Hospitalar do Juquery
 Natureza de Despesa: Custeio

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
03/08/2021 - AUTOATENDIMENTO - 15.28.15
3062703062 SEGUNDA VIA 0026

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: ASSOC HOSP B BRASIL

AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.518-1

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA

REMETENTE : ASSOC HOSP B BRASIL

BANCO: 341 - ITAU UNIBANCO S.A.

AGENCIA: 7435-7 - SP - JARDIM JARAGUA

CONTA: 25.321-1

FAVORECIDO: MONICA DA SILVA MELO

CPF/CNPJ: 337.609.738-09

VALOR: R\$

3.320,23

DEBITO EM: 05/07/2021

DOCUMENTO: 070513

AUTENTICACAO SISBB: 7.404.1BD.02D.C35.02C

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

CC: ENFERMARIA 1
 Mensalista

Folha Mensal
 Junho de 2021

Código Nome do Funcionário CBO Departamento Fútil
 4792 MONICA DA SILVA MELO 223505 1 1
 ENFERMEIRO (A) Admissão: 16/04/2021

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
1	HORAS NORMAIS	220,00	3.159,73		
207	REEMBOLSO VALE REFEIÇÃO	195,00	195,00		
223	REEMBOLSO VALE ALIMENTAÇÃO	145,00	145,00		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00		
998	I.N.S.S.	9,60		324,44	
999	IMPOSTO DE RENDA	15,00		75,06	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			3.719,73	399,50	
			Valor Líquido →	3.320,23	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
3.159,73	3.379,73	3.379,73	270,37	2.865,70	15,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

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

CC: ENFERMARIA 1
 Mensalista

Folha Mensal
 Junho de 2021

Código Nome do Funcionário CBO Departamento Fútil
 4792 MONICA DA SILVA MELO 223505 1 1
 ENFERMEIRO (A) Admissão: 16/04/2021

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
1	HORAS NORMAIS	220,00	3.159,73		
207	REEMBOLSO VALE REFEIÇÃO	195,00	195,00		
223	REEMBOLSO VALE ALIMENTAÇÃO	145,00	145,00		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00		
998	I.N.S.S.	9,60		324,44	
999	IMPOSTO DE RENDA	15,00		75,06	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			3.719,73	399,50	
			Valor Líquido →	3.320,23	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
3.159,73	3.379,73	3.379,73	270,37	2.865,70	15,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Convênio nº 00066/2021
 Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
 Secretaria de Estado da Saúde - UGE: 090196
 Hospital Complexo Hospitalar do Juquery
 Natureza de Despesa: Custeio

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
03/08/2021 - AUTOATENDIMENTO - 15.28.15
3062703062 SEGUNDA VIA 0023

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: ASSOC HOSP B BRASIL

AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.518-1

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA

REMETENTE : ASSOC HOSP B BRASIL

BANCO: 237 - BCO BRADESCO S.A.

AGENCIA: 3034-1 - RUA DO ROSARIO-U.JUNDIAI

CONTA: 14.317-0

FAVORECIDO: RONE ROBERSON DOS SANTOS BERTI

CPF/CNPJ: 296.104.968-73

VALOR: R\$

3.291,80

DEBITO EM: 05/07/2021

=====

DOCUMENTO: 070514

AUTENTICACAO SISBB:

5.8B3.38F.25D.13A.B3B

Convênio nº 00066/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE: 090196
Hospital Complexo Hospitalar do Juquery
Natureza de Despesa: Custeio

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

CC: ENFERMARIA 1
 Mensalista

Folha Mensal
 Junho de 2021

Código Nome do Funcionário CBO Departamento Filial
 4791 RONE ROBERSON DOS SANTOS BERTI 223505 1 1
 ENFERMEIRO (A) Admissão: 01/04/2021

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
1	HORAS NORMAIS	220,00	3.159,73		
207	REEMBOLSO VALE REFEIÇÃO	195,00	195,00		
223	REEMBOLSO VALE ALIMENTAÇÃO	145,00	145,00		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00		
998	I.N.S.S.	9,60		324,44	
999	IMPOSTO DE RENDA	15,00		103,49	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			3.719,73	427,93	
			Valor Líquido ⇒	3.291,80	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
3.159,73	3.379,73	3.379,73	270,37	3.055,29	15,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

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

CC: ENFERMARIA 1
 Mensalista

Folha Mensal
 Junho de 2021

Código Nome do Funcionário CBO Departamento Filial
 4791 RONE ROBERSON DOS SANTOS BERTI 223505 1 1
 ENFERMEIRO (A) Admissão: 01/04/2021

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
1	HORAS NORMAIS	220,00	3.159,73		
207	REEMBOLSO VALE REFEIÇÃO	195,00	195,00		
223	REEMBOLSO VALE ALIMENTAÇÃO	145,00	145,00		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00		
998	I.N.S.S.	9,60		324,44	
999	IMPOSTO DE RENDA	15,00		103,49	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			3.719,73	427,93	
			Valor Líquido ⇒	3.291,80	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
3.159,73	3.379,73	3.379,73	270,37	3.055,29	15,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Convênio nº 00066/2021
 Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
 Secretaria de Estado da Saúde - UGE: 090196
 Hospital Complexo Hospitalar do Juquery
 Natureza de Despesa: Custeio

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
03/08/2021 - AUTOATENDIMENTO - 15.28.15
3062703062 SEGUNDA VIA 0027

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: ASSOC HOSP B BRASIL

AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.518-1

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA

REMETENTE : ASSOC HOSP B BRASIL

BANCO: 104 - CAIXA ECONOMICA FEDERAL

AGENCIA: 0907-5 - FRANCO DA ROCHA

CONTA: 15.259-8

FAVORECIDO: JULIANA ARANTES MANHA

CPF/CNPJ: 299.093.458-89

VALOR: R\$

3.337,38

DEBITO EM: 05/07/2021

DOCUMENTO: 070515

AUTENTICACAO SISBB: 1.AFD.6C2.6CE.607.351

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

CC: ENFERMARIA 1
 Mensalista

Folha Mensal
 Junho de 2021

Código Nome do Funcionário CBO Departamento Fíliat
 4594 JULIANA ARANTES MANHA 223505 1 1
 ENFERMEIRO (A) Admissão: 01/04/2021

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
1	HORAS NORMAIS	220,00	3.159,73		
207	REEMBOLSO VALE REFEIÇÃO	195,00	195,00		
223	REEMBOLSO VALE ALIMENTAÇÃO	145,00	145,00		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00		
998	I.N.S.S.	9,60		324,44	
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		57,91	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			3.719,73	382,35	
			Valor Líquido →	3.337,38	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
3.159,73	3.379,73	3.379,73	270,37	2.676,11	7,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

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

CC: ENFERMARIA 1
 Mensalista

Folha Mensal
 Junho de 2021

Código Nome do Funcionário CBO Departamento Fíliat
 4594 JULIANA ARANTES MANHA 223505 1 1
 ENFERMEIRO (A) Admissão: 01/04/2021

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
1	HORAS NORMAIS	220,00	3.159,73		
207	REEMBOLSO VALE REFEIÇÃO	195,00	195,00		
223	REEMBOLSO VALE ALIMENTAÇÃO	145,00	145,00		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00		
998	I.N.S.S.	9,60		324,44	
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		57,91	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			3.719,73	382,35	
			Valor Líquido →	3.337,38	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
3.159,73	3.379,73	3.379,73	270,37	2.676,11	7,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Convênio nº 00066/2021
 Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
 Secretaria de Estado da Saúde - UGE: 090196
 Hospital Complexo Hospitalar do Juquery
 Natureza de Despesa: Custeio

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
03/08/2021 - AUTOATENDIMENTO - 15.28.15
3062703062 SEGUNDA VIA 0036

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: ASSOC HOSP B BRASIL

AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.518-1

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA

REMETENTE : ASSOC HOSP B BRASIL

BANCO: 260 - NU PAGAMENTOS S.A.

AGENCIA: 0001-9

CONTA: 24.370.381-5

FAVORECIDO: GABRIEL MATEUS VALENZUELA ABARZUA

CPF/CNPJ: 460.398.778-12

VALOR: R\$

3.546,61

DEBITO EM: 05/07/2021

DOCUMENTO: 070516

AUTENTICACAO SISBB: 9.8FF.48B.351.FF5.2E1

Convênio nº 00066/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE: 090196
Hospital Complexo Hospitalar do Juquery
Natureza de Despesa: Custeio

TERMO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR

01 CNPJ/CEI 45.349.461/0001-02	02 Razão Social/Nome ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL			
03 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) RUA AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303, SALA 03				04 Bairro JARDIM ARIANO
05 Município SAO PAULO	06 UF SP	07 CEP 16.400-400	08 CNAE 8610-1/02	09 CNPJ/CEI Tomador/Obra

IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR

10 PIS/PASEP 156.42566.85-0	11 Nome GABRIEL MATEUS VALENZUELA ABARZUA			
12 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) Rua ARICAS, 212				13 Bairro ESTANCIA LAGO AZUL
14 Município FRANCO DA ROCHA	15 UF SP	16 CEP 07.866-060	17 CTPS (nº, série, UF) 4603987 - 7812	18 CPF 460.398.778-12
19 Data de Nascimento 05/11/1988	20 Nome da Mãe CLEONICE VALENZUELA			

DADOS DO CONTRATO

21 Tipo de Contrato 3. Contrato de trabalho por prazo determinado sem cláusula assecuratória de direito recíproco de rescisão antecipada				
22 Causa do Afastamento Extinção normal do contrato de trabalho por prazo determinado				
23 Remuneração Mês Ant. 2.322,85	24 Data de Admissão 01/04/2021	25 Data do Aviso Prévio 29/06/2021	26 Data de Afastamento 29/06/2021	27 Cod. Afastamento PDO
28 Pensão Alim. (%) TRCT 0,00	29 Pensão Alim. (%) FGTS 0,00	30 Categoria do Trabalhador 01 - Empregado		
31 Código Sindical 021.150.025.863 -	32 CNPJ e Nome da Entidade Sindical Laboral 60.890.928/0001-10 SINDICATO DOS EMPREGADOS EM ESTABELECIMENTOS DE SERVICOS DE SAUDE DE SAO PAULO			

DISCRIMINAÇÃO DAS VERBAS RESCISÓRIAS

VERBAS RESCISÓRIAS

Rubrica	Valor	Rubrica	Valor	Rubrica	Valor
50 Saldo de 29/dias Salário (líquido de 0/faltas e DSR)	R\$ 2.032,75	51 Comissões	R\$ 0,00	52 Gratificação	R\$ 0,00
53 Adic. de Insalubridade 20%	R\$ 212,67	54 Adic. de Periculosidade %	R\$ 0,00	55 Adic. Noturno ___ horas %	R\$ 0,00
56.1 Horas Extras ___ horas a ___%	R\$ 0,00	57 Gorjetas	R\$ 0,00	58 Descanso Semanal Remunerado (DSR)	R\$ 0,00
59 Reflexo do DSR sobre Salário Variável	R\$ 0,00	60 Multa Art. 477 § 8º/CLT	R\$ 0,00	61 Multa Art. 479/CLT	R\$ 0,00
62 Salário-Família	R\$ 0,00	63 13º Salário Proporcional 3/12 avos	R\$ 599,83	64.1 13º Salário-Exerc. ____ - ___/12 avos	R\$ 0,00
65 Férias Proporc 3/12 avos	R\$ 599,83	66.1 Férias Venc. Per. Aquis. / / a / /	R\$ 0,00	68 Terço Constituc. de Férias	R\$ 199,94
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 (REEMBOLSO VALE REFEIÇÃO)	R\$ 195,00	95.1 Outras Verbas (REEMBOLSO VALE ALIMENTAÇÃO)	R\$ 145,00		
		99 Ajuste de Saldo Devedor	R\$ 0,00	TOTAL BRUTO	R\$ 3.985,02

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\$ 186,84	112.2 Prev. Social - 13º Salário	R\$ 44,98
114.1 IRRF	R\$ 11,59	114.2 IRRF sobre 13º Salário	R\$ 0,00	115.1 Outros Descontos (DESC VALE REFEIÇÃO)	R\$ 195,00
		Convênio nº 00066/2021 Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde Secretaria de Estado da Saúde - UGE: 090196 Hospital Complexo Hospitalar do Juquery Natureza de Despesa: Custeio		TOTAL DEDUÇÕES	R\$ 438,41
				VALOR LÍQUIDO	R\$ 3.546,61

frequencia
enf.
08/07

EMPREGADOR				
01 CNPJ/CEI 45.349.461/0001-02		02 Razão Social/Nome ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		
TRABALHADOR				
10 PIS/PASEP 156.42566.85-0		11 Nome GABRIEL MATEUS VALENZUELA ABARZUA		
17 CTPS (nº, série, UF) 4603987 - 7812		18 CPF 460.398.778-12	19 Data de Nascimento 05/11/1988	20 Nome da Mãe CLEONICE VALENZUELA
CONTRATO				
22 Causa do Afastamento Extinção normal do contrato de trabalho por prazo determinado				
24 Data de Admissão 01/04/2021	25 Data do Aviso Prévio 29/06/2021	26 Data de Afastamento 29/06/2021	27 Cod. Afastamento PDO	29 Pensão Alim. (%) FGTS 0,00
30 Categoria do Trabalhador 01 - Empregado				
31 Código Sindical 021.150.025.863 -		32 CNPJ e Nome da Entidade Sindical Laboral 60.890.928/0001-10 SINDICATO DOS EMPREGADOS EM ESTABELECIMENTOS DE SERVICOS DE SAUDE DE SAO PAULO		

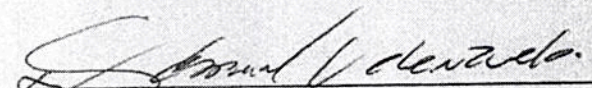
As partes assistidas no presente ato de rescisão contratual foram identificadas como legítimas conforme previsto na Instrução Normativa/SRT nº 15/2010.

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

_____ / _____ de _____ de _____.

ASSOC.HOSP.BENEF.DO BRASIL

150 Assinatura do Empregador ou Preposto
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL


151 Assinatura do Trabalhador

152 Assinatura do Responsável Legal do Trabalhador

153 Carimbo e Assinatura do Assistente

154 Nome do Órgão Homologador

155 Ressalvas

Convênio nº 00066/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE: 090196
Hospital Complexo Hospitalar do Juquery
Natureza de Despesa: Custeio

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

06/07/2021 - BANCO DO BRASIL - 17:29:07
306203062 SEGUNDA VIA 0012
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: ASSOC HOSP B BRASIL
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.518-1

=====

DATA DA TRANSFERENCIA	06/07/2021
NR. DOCUMENTO	553.062.007.004.231
VALOR TOTAL	286.990,35

***** TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 7.004.231-4
NR. DOCUMENTO 553.062.000.036.518

=====

NR.AUTENTICACAO	1.3BF.857.EAC.0AE.B7B
-----------------	-----------------------

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
03/08/2021 - AUTOATENDIMENTO - 15.28.16
3062703062 SEGUNDA VIA 0026

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: ASSOC HOSP B BRASIL

AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.518-1

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA

REMETENTE : ASSOC HOSP B BRASIL

BANCO: 260 - NU PAGAMENTOS S.A.

AGENCIA: 0001-9

CONTA: 29.959.350-7

FAVORECIDO: PAULO HENRIQUE DOS SANTOS SILVA

CPF/CNPJ: 465.098.858-67

VALOR: R\$ 1.454,00

DEBITO EM: 08/07/2021

=====

DOCUMENTO: 070801

AUTENTICACAO SISBB: 5.C21.D0C.C98.B42.0F7

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

CC: ENFERMARIA 1
 Mensalista

Folha Mensal
 Junho de 2021

Código Nome do Funcionário CBO Departamento Fíliat
 5018 PAULO HENRIQUE DOS SANTOS SILVA 322205 1 1
 TEC. ENFERMAGEM Admissão: 18/06/2021

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
1	HORAS NORMAIS	95,33	911,23		
205	MÊS VALE TRANSPORTE	114,40	114,40		
206	REEMB DE VALE TRANSPORTE	123,20	123,20		
207	REEMBOLSO VALE REFEIÇÃO	195,00	195,00		
223	REEMBOLSO VALE ALIMENTAÇÃO	145,00	145,00		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	95,33		
998	I.N.S.S.	7,50		75,49	
208	DESC VALE TRANSPORTE	6,00		54,67	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.584,16	130,16	
			Valor Líquido →	1.454,00	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
2.102,85	1.006,56	1.006,56	80,52	1.168,67	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

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

CC: ENFERMARIA 1
 Mensalista

Folha Mensal
 Junho de 2021

Código Nome do Funcionário CBO Departamento Fíliat
 5018 PAULO HENRIQUE DOS SANTOS SILVA 322205 1 1
 TEC. ENFERMAGEM Admissão: 18/06/2021

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
1	HORAS NORMAIS	95,33	911,23		
205	MÊS VALE TRANSPORTE	114,40	114,40		
206	REEMB DE VALE TRANSPORTE	123,20	123,20		
207	REEMBOLSO VALE REFEIÇÃO	195,00	195,00		
223	REEMBOLSO VALE ALIMENTAÇÃO	145,00	145,00		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	95,33		
998	I.N.S.S.	7,50		75,49	
208	DESC VALE TRANSPORTE	6,00		54,67	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.584,16	130,16	
			Valor Líquido →	1.454,00	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
2.102,85	1.006,56	1.006,56	80,52	1.168,67	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Convênio nº 00066/2021
 Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
 Secretaria de Estado da Saúde - UGE: 090196
 Hospital Complexo Hospitalar do Juquery
 Natureza de Despesa: Custeio

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
03/08/2021 - AUTOATENDIMENTO - 15.28.16
3062703062 SEGUNDA VIA 0030

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: ASSOC HOSP B BRASIL

AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.518-1

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA

REMETENTE : ASSOC HOSP B BRASIL

BANCO: 341 - ITAU UNIBANCO S.A.

AGENCIA: 0049-3 - SAO CARLOS SP

CONTA: 52.941-5

FAVORECIDO: GESTARE SERVICOS COMBINADOS DE ESCR

CPF/CNPJ: 34.298.678/0001-14

VALOR: R\$ 10.000,00


DEBITO EM: 12/07/2021

=====

DOCUMENTO: 071201

AUTENTICACAO SISBB: 1.61C.E75.8CE.ABF.F37

Convênio nº 00066/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE: 090196
Hospital Complexo Hospitalar do Juquery
Natureza de Despesa: Custeio

	PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFS-e	Número da Nota 00000256		
		Data e Hora de Emissão 08/07/2021 15:44:36 Código de Verificação MDZZ-CJT2		
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 20 Leitos de Enfermaria Adulto e 02 Leitos de Estabilização - Covid 19 - Complexo Hospitalar Juquery Convênio nº 0066/2021 Período 19/06/2021 a 18/07/2021				
VALOR TOTAL DO SERVIÇO = R\$ 10.000,00				
INSS (R\$)	IRRF (R\$)	CSLL (R\$)	COFINS (R\$)	PIS/PASEP (R\$)
-	-	-	-	-
Código do Serviço				
06491 - Fornecimento de mão-de-obra em caráter temporário, de empregados ou trabalhadores.				
Valor Total das Deduções (R\$)	Base de Cálculo (R\$)	Alíquota (%)	Valor do ISS (R\$)	Crédito (R\$)
0,00	*	*	*	0,00
Município da Prestação do Serviço		Número Inscrição da Obra	Valor Aproximado dos Tributos / Fonte	
-		-	-	
OUTRAS INFORMAÇÕES				
(1) Esta NFS-e foi emitida com respaldo na Lei nº 14.097/2005. (2) Documento emitido por ME ou EPP optante pelo Simples Nacional.				

12/07/21

Juquery

Convênio nº 00066/2021
 Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
 Secretaria de Estado da Saúde - UGE: 090196
 Hospital Complexo Hospitalar do Juquery
 Natureza de Despesa: Custeio

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
03/08/2021 - AUTOATENDIMENTO - 15.28.16
3062703062 SEGUNDA VIA 0031

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: ASSOC HOSP B BRASIL

AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.518-1

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA

REMETENTE : ASSOC HOSP B BRASIL

BANCO: 077 - BANCO INTER

AGENCIA: 0001-9 - MATRIZ

CONTA: 6.968.769-2

FAVORECIDO: THIAGO PRADO PEREZ DA SILVA - SERVI

CPF/CNPJ: 37.498.101/0001-44


VALOR: R\$ 32.500,00

DEBITO EM: 12/07/2021

DOCUMENTO: 071202


AUTENTICACAO SISBB: F.521.8A6.7AE.EE1.ACD

Juquery

	Prefeitura do Município de Jahu	Número da Nota/Série 45/NFE
	Prefeitura do Município de Jahu	Data e Hora de Emissão 08/07/2021 13:59:42
	Nota Fiscal Eletrônica de Serviços - NF-e	Código de Verificação 8927B4C849A1046A80AD
		Página 1 / 1

PRESTADOR ENQUADRADO NO REGIME DE ISS FIXO

CNPJ : 37.498.101/0001-44 IE: IM: 58466
Razão Social: THIAGO PRADO PEREZ DA SILVA - SERVICOS DE FISIOTERAPIA
Endereço : Rua Eletricista Manuel Martins - Num: 97
Bairro : Jardim Novo Horizonte - CEP: 17.209-830
Município : JAU - SP Celular: (14)99791-2301

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

Local de Prestação de Serviço

Endereço : Avenida dos Coqueiros - Num: SN. Bairro: Centro - CEP: 07.850-320
Município : FRANCO DA ROCHA - SP

Discriminação do Serviço

SERVIÇOS DE FISIOTERAPIA - 20 LEITOS ENFERMARIA DO COMPLEXO HOSPITALAR JUQUERY para atendimento da demanda gerada pela pandemia da doença por coronavírus (COVID-19).

Dados Bancários:
Banco Inter 077
Agência 0001
conta 69687692

Dedução / Outras Informações

VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 32.500,00


Código do Serviço: 04.08 - TERAPIA OCUPACIONAL, FISIOTERAPIA E FONOAUDIOLOGIA

Deduções (R\$)	Base de Cálculo (R\$)	Alíquota (%)	Valor do ISS (R\$)	ISS Retido na Fonte (R\$)
0,00	32.500,00	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:5.066,75 (15,59%)

Recebi(emos) de THIAGO PRADO PEREZ DA SILVA - SERVICOS DE FISIOTERAPIA os serviços constantes na Nota Fiscal Eletrônica ao lado.	Dados que identificam a nota	
	Número da Nota 45/NFE	
	Emissão 08/07/2021 13:59:42	
	Código de verificação 8927B4C849A1046A80AD	
/ /	Identificação do Recebedor	

12 / 07 / 21
Juquery
Convênio nº 00066/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE: 090196
Hospital Complexo Hospitalar do Juquery
Natureza de Despesa: Custeio

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
03/08/2021 - AUTOATENDIMENTO - 15.28.16
3062703062 SEGUNDA VIA 0031

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL
CLIENTE: ASSOC HOSP B BRASIL

AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.518-1

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA

REMETENTE : ASSOC HOSP B BRASIL

BANCO: 341 - ITAU UNIBANCO S.A.

AGENCIA: 0049-3 - SAO CARLOS SP

CONTA: 42.122-5

FAVORECIDO: WINTER - GESTAO E CONSULTORIA MEDIC

CPF/CNPJ: 26.392.666/0001-26

VALOR: RS 125.803,57



DEBITO EM: 13/07/2021

=====

DOCUMENTO: 071301

AUTENTICACAO SISBB: 5.2A9.B89.306.5C7.D0E

Juquery

		PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO CARLOS SECRETARIA MUNICIPAL DE FAZENDA NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇO - NFS-e			Número da NFS-e 504				
Data e Hora da Emissão	12/07/2021 18:19:34	Competência	12/7/2021	Código de Verificação	LJ3G7ASWY				
Número do RPS		No. da NFS-e substituída		Local da Prestação	SAO CARLOS - SP				
Prestador de Serviço									
Razão Social/Nome		WINTER - GESTAO E CONSULTORIA MEDICA LTDA - EPP							
Nome Fantasia									
CNPJ/CPF	26.392.666/0001-26	Inscrição Municipal	73644	Município	SAO CARLOS - SP				
Endereço e CEP	RUA PASSEIO DOS IPÊS ,320 - PARQUE FABER CASTELL I CEP: 13561-385								
Complemento	COND.TRIADE 01; 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 Leitos de Enfermaria Adulto e 02 Leitos de Estabilização - Covid 19									
Local: Complexo Hospitalar Juquery									
Convênio nº 0066/2021									
Período 01 a 30 de Junho - de Segunda a domingo - 24 hrs / dia									
Qtdade de Plantões 60									
Valor Plantão R\$ 1.800,00									
Valor Diarista R\$ 580,00									
Valor Coordenador R\$ 10.000,00									
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\$)	871,31	COFINS (R\$)	4.021,43	IR (R\$)	2.010,71	INSS (R\$)		CSLL (R\$)	1.340,48
Detalhamento de Valores - Prestador do Serviço		Outras Informações		Cálculo do ISSQN devido no Município					
Valor do Serviço R\$	134.047,50	Natureza Operação		Valor do Serviço R\$	134.047,50				
(-) 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	8.243,93	0-Nenhum		Base de Cálculo	134.047,50				
(-) 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\$	125.803,57	Incentivador Cultural		(=) Valor do ISSQN R\$	4.021,43				
		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 00066/2021

Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE: 090196
Hospital Complexo Hospitalar do Juquery
Natureza de Despesa: Custeio

1307
Juquery

Franco da Rocha - enfermaria
Winter - Gestão e Consultoria Médica
01/07/2021 - 31/07/2021

WINTER
MEDICAL SERVICES

Julho / 2021

	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo
	28/06	29/06	30/06	01/07	02/07	03/07	04/07
DIURNO 07:00 19:00				Isabela Viana	Isabela Viana	Loreni Peraci o	Isabela Viana
NOTURNO 19:00 07:00				Isabela Viana	Isabela Viana	Loreni Peraci o	Isabela Viana
	05/07	06/07	07/07	08/07	09/07	10/07	11/07
DIURNO 07:00 19:00	Loreni Peraci o	Danthe Alves	Loreni Peraci o	Danthe Alves	Isabela Viana	Danthe Alves	Loreni Peraci o
NOTURNO 19:00 07:00	Loreni Peraci o	Danthe Alves	Loreni Peraci o	Danthe Alves	Isabela Viana	Danthe Alves	Loreni Peraci o
	12/07	13/07	14/07	15/07	16/07	17/07	18/07
DIURNO 07:00 19:00	Loreni Peraci o	Isabela Viana	Loreni Peraci o	Danthe Alves	Isabela Viana	Joelma Galvã o	Joelma Galvã o
NOTURNO 19:00 07:00	Loreni Peraci o	Isabela Viana	Loreni Peraci o	Danthe Alves	Joelma Galvã o	Joelma Galvã o	Joelma Galvã o
	19/07	20/07	21/07	22/07	23/07	24/07	25/07
DIURNO 07:00 19:00	Danthe Alves	Isabela Viana	Loreni Peraci o	Isabela Viana	Isabela Viana	Joelma Galvã o	Joelma Galvã o
NOTURNO 19:00 07:00	Danthe Alves	Isabela Viana	Loreni Peraci o	Isabela Viana	Joelma Galvã o	Joelma Galvã o	Joelma Galvã o

Agosto / 2021





	26/07	27/07	28/07	29/07	30/07	31/07	01/08
DIURNO 07:00 19:00	Danthe Alves	Danthe Alves	Loreni Peraci o	Isabela Viana	Isabela Viana	Joelma Galvã o	
NOTURNO 19:00 07:00	Danthe Alves	Danthe Alves	Loreni Peraci o	Isabela Viana	Joelma Galvã o	Joelma Galvã o	

Convênio nº 00066/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE: 090196
Hospital Complexo Hospitalar do Juquery
Natureza de Despesa: Custeio

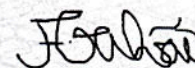
Escala Franco da Rocha UTI 07 2021 pdf
Código do documento 3d984564-9d2f-4fee-9feb-9ad742ec43df



Assinaturas

-  Danthe Augusto Nogueira Alves
danthe.nogueira@gmail.com
Assinou
-  Isabela Gomes Rodrigues Viana
isabelagr@gmail.com
Assinou
-  Joelma Amaral Galvão
jogalvao06@hotmail.com
Assinou
-  Loreni Perácio de souza
loreni.peracio2@gmail.com
Assinou

Danthe Augusto Nogueira Alves



Eventos do documento

29 Jul 2021, 09:33:47

Documento número 3d984564-9d2f-4fee-9feb-9ad742ec43df **criado** por STEFANY LARISSA MEDEIROS DE OLANDA (Conta 44662517-a5f1-49ad-8b49-5f8f50217309). Email :contato@wintermed.com.br. - DATE_ATOM: 2021-07-29T09:33:47-03:00

29 Jul 2021, 09:35:58

Lista de assinatura **iniciada** por STEFANY LARISSA MEDEIROS DE OLANDA (Conta 44662517-a5f1-49ad-8b49-5f8f50217309). Email: contato@wintermed.com.br. - DATE_ATOM: 2021-07-29T09:35:58-03:00

29 Jul 2021, 10:19:08

DANTHE AUGUSTO NOGUEIRA ALVES **Assinou** - Email: danthe.nogueira@gmail.com - IP: 191.162.207.51 (51.207.162.191.isp.timbrasil.com.br porta: 61682) - Geolocalização: -23.583331481682894 -46.64950748438485 - Documento de identificação informado: 076.763.516-77 - DATE_ATOM: 2021-07-29T10:19:08-03:00

29 Jul 2021, 14:05:37

LORENI PERÁCIO DE SOUSA **Assinou** - Email: loreniperacio2@gmail.com - IP: 179.246.223.149 (179-246-223-149.user.vivozap.com.br porta: 3620) - Geolocalização: -23.47678711389545 -46.69741387418584 - Documento de identificação informado: 120.682.316-03 - DATE_ATOM: 2021-07-29T14:05:37-03:00

29 Jul 2021, 23:51:11

Convênio nº 00066/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE: 090196
Hospital: Complexo Hospitalar do Juquery
Natureza de Despesa: Custeio

JOELMA AMARAL GALVÃO **Assinou** (Conta 903dc505-1023-4959-88ed-3b3fa33d75d9) - Email: jogalvao06@hotmail.com - IP: 177.25.196.51 (ip-177-25-196-51.user.vivozap.com.br porta: 51262) - Documento de identificação informado: 685.935.382-15 - DATE_ATOM: 2021-07-29T23:51:11-03:00

04 Aug 2021, 10:42:31

ASSINATURA PRESENCIAL - ISABELA GOMES RODRIGUES VIANA **Assinou** - Email: isabelagr@gmail.com (não verificado) - IP: 191.246.28.114 (191-246-28-114.3g.claro.net.br porta: 33360) - Documento de identificação informado: 113.921.676-71 - DATE_ATOM: 2021-08-04T10:42:31-03:00

Hash do documento original

(SHA256):54a4c895f1f7b659a3f3f9af4bd75e7e0eca7ab794d694d6bda1f5492dfaa310

(SHA512):53d5b99b31c44b36535e3ae18ac65ca0dc5e4ea58abce0e7e9f3a08696702c388f000b0246a2dcedc17a2ec8bdccd7343bde5ae68e639ca2979a04158c15aed4

Esse log pertence **única e exclusivamente** aos documentos de HASH acima

Esse documento está assinado e certificado pela D4Sign

Convênio nº 00066/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE: 090196
Hospital Complexo Hospitalar do Juquery
Natureza de Despesa: Custeio

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
03/08/2021 - AUTOATENDIMENTO - 15.28.16
3062703062 SEGUNDA VIA 0025

COMPROVANTE DE PAGAMENTO

CLIENTE: ASSOC HOSP B BRASIL

AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.518-1

=====
Convenio FGTS ARRECADACAO GRF
Codigo de Barras 85850000053-3 17690179210-8
71665405484-4 53494610001-9
Data do pagamento 15/07/2021
CNPJ/CEI/CPF 45349461/0001-02
COMPETENCIA 06/2021
CODIGO RECOLHIMENTO 115
VENCIMENTO 16/07/2021
VALOR DEPOSITO 5.317,69
Valor Total 5.317,69
=====

DOCUMENTO: 071501

AUTENTICACAO SISBB: 4.727.B20.537.1D3.283



FUNDO DE GARANTIA DO TEMPO DE SERVIÇO

GFIP - SEFIP 8.40

GRF - GUIA DE RECOLHIMENTO DO FGTS
GERADA EM 14/07/2021 - 12:12:08

Juquery

01-RAZÃO SOCIAL/NOME ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA				02-DDD/TELEFONE (0016)34125401
03-FPAS 639	04-SIMPLES 1	05-REMUNERAÇÃO 66.471,18	06-QTDE TRABALHADORES 24	07-ALÍQUOTA FGTS 8
08-CÓD RECOLHIMENTO 115	09-ID RECOLHIMENTO 017984-4	10-INSCRIÇÃO/TIPO (8) 45.349.461/0001-02	11-COMPETÊNCIA 06/2021	12-DATA DE VALIDADE 16/07/2021

13-DEPÓSITO + CONTRIB SOCIAL 5.317,69	14-ENCARGOS 0,00	15-TOTAL A RECOLHER 5.317,69
--	---------------------	---------------------------------

VALOR FGTS A RECOLHER EM 16/07/2021

858500000533 176901792108 716654054844 534946100019

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



FUNDO DE GARANTIA DO TEMPO DE SERVIÇO

GFIP - SEFIP 8.40

GRF - GUIA DE RECOLHIMENTO DO FGTS
GERADA EM 14/07/2021 - 12:12:08

01-RAZÃO SOCIAL/NOME ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA				02-DDD/TELEFONE (0016)34125401
03-FPAS 639	04-SIMPLES 1	05-REMUNERAÇÃO 66.471,18	06-QTDE TRABALHADORES 24	07-ALÍQUOTA FGTS 8
08-CÓD RECOLHIMENTO 115	09-ID RECOLHIMENTO 017984-4	10-INSCRIÇÃO/TIPO (8) 45.349.461/0001-02	11-COMPETÊNCIA 06/2021	12-DATA DE VALIDADE 16/07/2021

13-DEPÓSITO + CONTRIB SOCIAL 5.317,69	14-ENCARGOS 0,00	15-TOTAL A RECOLHER 5.317,69
--	---------------------	---------------------------------

VALOR FGTS A RECOLHER EM 16/07/2021

858500000533 176901792108 716654054844 534946100019

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



15/07
Juquery

Convênio nº 00066/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE: 090196
Hospital Complexo Hospitalar do Juquery

RELACÃO DOS TRABALHADORES CONSTANTES NO ARQUIVO SEFIP
 MODALIDADE : "BRANCO"-RECOLHIMENTO AO FGTS E DECLARAÇÃO À PREVIDÊNCIA

858400000531 176901792108 714654054848 534946100019

EMPRESA: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA
 COMP: 06/2021 COD REC: 115 COD GPS: 2305 FPA: 639 OUTRAS ENT: SIMPLES: 1 RAT: 2,0 INSCRIÇÃO: 45.349.461/0001-02
 TOMADOR/OBRA: FAP: 0,50 RAT AJUSTADO: 1,00 INSCRIÇÃO:

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	DEPOSITO	CBO	JAM
DELIANE DE SOUZA SILVA	77,42	387,15	126.50874.77-7	387,15	01/04/2021	01			01/06/2021	J	03222	0,00
BRUNA MARTINS DA SILVA	1.108,82	420,29	134.78922.77-0	420,29	01/04/2021	01			08/06/2021	J	03222	0,00
LUIZ ANTONIO DA COSTA	2.963,29	0,00	180.78309.67-3	0,00	01/04/2021	01			21/06/2021	NI	02235	0,00
									272,98			237,06

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO - MTE
 GFIP - SEFIP 8.40 (24/12/2020) TABELAS 42.0 (15/01/2021)

MINISTÉRIO DA FAZENDA - MF

DATA: 12/07/2021
 HORA: 14:24:42
 PÁG : 0002/0007

RELÇÃO DOS TRABALHADORES COM GRRF CONSTANTES NO ARQUIVO SEFIP
 MODALIDADE : "BRANCO"-RECOLHIMENTO AO FGTS E DECLARAÇÃO À PREVIDÊNCIA

858400000531 176901792108 714654054848 534946100019

EMPRESA: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA
 COMP: 06/2021 COD REC: 115 COD GPS: 2305 FFPAS: 639 OUTRAS ENT: SIMPLES: 1 RAT: 2.0 INSCRIÇÃO: 45.349.461/0001-02
 TOMADOR/OBRA: FAP: 0.50 RAT AJUSTADO: 1.00 INSCRIÇÃO:

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	CBO	
			BASE CÁL PREV SOCIAL						DEPÓSITO	JAM	
FERNANDA RIOS LEME	738,95	335,89	133.77775.93-4		01/04/2021	01			11/06/2021	I1	04110
GABRIEL MATEUS VALENZUELA ABARZUA	2.245,42	599,83	156.42566.85-0		01/04/2021	01			0,00		0,00
MATHEUS DOS SANTOS MACIEL	1.347,66	503,83	268.02312.97-0		01/04/2021	01			29/06/2021	I3	03222
			503,83		01/04/2021	01			0,00		0,00
			503,83		142,56				17/06/2021	I1	04110
									0,00		0,00

Convênio nº 00066/2021
 Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
 Secretaria de Estado da Saúde - UGE: 090196
 Hospital Complexo Hospitalar do Juquery
 Natureza de Despesa: Custeio

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO - MTE
GFIP - SEFIP 8.40 (24/12/2020) TABELAS 42.0 (15/01/2021)

MINISTÉRIO DA FAZENDA - MF

DATA: 12/07/2021
HORA: 14:24:42
PÁG: 0003/0007

RELAÇÃO DOS TRABALHADORES CONSTANTES NO ARQUIVO SEFIP
MODALIDADE: "BRANCO"-RECOLHIMENTO AO FGTS E DECLARAÇÃO À PREVIDÊNCIA

858400000531 176901792108 714654054848 534946100019

EMPRESA: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA
COMP: 06/2021 COD REC:115 COD GPS:2305
TOMADOR/OBRA:

INSCRIÇÃO: 45.349.461/0001-02
FAP: 0.50 RAT AJUSTADO: 1.00
INSCRIÇÃO:

SIMPLES: 1 RAT: 2.0

FPAS: 639 OUTRAS ENT:

NOME TRABALHADOR REM SEM 13° SAL	REM 13° SAL	BASE CÁL 13° SAL BASE CÁL PREV SOCIAL	PIS/PASEP/CI 13° SAL PREV SOC	CONTRIB SEG DEVIDA	ADMISSÃO DATA	CAT	OCOR DATA	DEPÓSITO	CBO JAM
ADEMIR RUIZ DOS SANTOS 4.712,57	0,00	122.23232.60-6 0,00	0,00	02/04/2021	01	05	377,01	02235 0,00	
BEATRIZ OLIVEIRA ALBUQUERQUE 2.292,77	0,00	137.99311.49-0 0,00	0,00	02/04/2021	01		183,43	04110 0,00	
CLAUDETE GONCALVES PEREIRA DOS SANTOS 2.751,07	0,00	121.70163.74-5 0,00	0,00	02/04/2021	01		220,09	03222 0,00	
DUCILEIDE LOPO DA SILVA 2.686,07	0,00	130.16941.77-4 0,00	0,00	02/04/2021	01		214,89	03222 0,00	
EDILAINE DA SILVEIRA SILVA MACIEL 2.751,07	0,00	124.22248.39-1 0,00	0,00	01/04/2021	01		220,09	03222 0,00	
ELIEZIA PEREIRA RODRIGUES 3.379,73	0,00	204.89184.75-2 0,00	0,00	01/04/2021	01		270,37	02235 0,00	
GABRIELA GONCALVES DOS NASCIMENTO 2.812,24	0,00	151.66120.88-8 0,00	0,00	02/04/2021	01		224,97	03222 0,00	
JERONIMO SOUZA DA SILVA 2.322,85	0,00	201.59046.26-7 0,00	0,00	03/04/2021	01		185,82	03222 0,00	
JOSE CARLOS LIMA DE JESUS 2.630,70	0,00	123.88877.43-3 0,00	0,00	05/04/2021	01		210,46	03222 0,00	
JULIANA ARANTES MANHA 3.379,73	0,00	127.55866.81-2 0,00	0,00	01/04/2021	01		270,38	02235 0,00	
LEONETE DA CONCEICAO DE OLIVEIRA ALVES 2.322,85	0,00	125.01333.41-3 0,00	0,00	02/04/2021	01		185,83	03222 0,00	
LETICIA LUANA DE SOUZA FREITAS 2.322,85	0,00	148.74737.92-3 0,00	0,00	02/04/2021	01		185,83	03222 0,00	
LURDIMAR MARIA DO NASCIMENTO 4.023,17	0,00	122.94087.90-0 0,00	0,00	01/04/2021	01		321,86	02235 0,00	
MARIA DE LOURDES SILVA 2.720,48	0,00	123.75331.84-4 0,00	0,00	02/04/2021	01		217,64	03222 0,00	
MARILU DO NASCIMENTO ALVES 2.414,61	0,00	170.28331.39-1 0,00	0,00	01/04/2021	01		193,16	03222 0,00	

Convênio nº 00066/2021

Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE-090/196
Hospital Complexo Hospitalar do Juquery
Natureza de Despesa: Custeio

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO - MTE
 GFIP - SEFIP 8.40 (24/12/2020) TABELAS 42.0 (15/01/2021)

MINISTÉRIO DA FAZENDA - MF

DATA: 12/07/2021
 HORA: 14:24:42
 PÁG : 0004/0007

RELACÃO DOS TRABALHADORES CONSTANTES NO ARQUIVO SEFIP
 MODALIDADE : "BRANCO"-RECOLHIMENTO AO FGTS E DECLARAÇÃO À PREVIDÊNCIA

858400000531 176901792108 714654054848 534946100019

EMPRESA: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA INSCRIÇÃO: 45.349.461/0001-02
 COMP: 06/2021 COD REC:115 COD GPS: 2305 FAPS: 639 OUTRAS ENT: SIMPLES: 1 RAT: 2.0 FAP: 0.50 RAT AJUSTADO: 1.00
 TOMADOR/OBRA: INSCRIÇÃO:

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	CBO
			BASE CÁL PREV SOCIAL	13° SAL PREV SOC						DEPÓSITO	JAM
MARIMAR DA SILVA AVELINO	2.322,85	0,00	148.75597.96-3	0,00	01/04/2021	01				185,83	03222
MAYARA CAROLINA DE SOUZA SILVA	2.322,85	0,00	207.85560.13-5	0,00	02/04/2021	01				185,82	03222
MONICA DA SILVA MELO	3.379,73	0,00	203.90359.79-8	0,00	16/04/2021	01				270,37	02235
PAULO HENRIQUE DOS SANTOS SILVA	1.006,56	0,00	212.91397.35-5	0,00	18/06/2021	01				80,52	03222
RONE ROBERSON DOS SANTOS BERTI	3.379,73	0,00	127.67460.22-0	0,00	01/04/2021	01				270,38	02235
VERIDIANA MARIA SILVA PINTO	5.579,73	0,00	129.07685.85-8	0,00	01/04/2021	01				446,38	02235
					632,44						0,00

Convênio nº 00066/2021
 Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
 Secretaria de Estado da Saúde - UGE-090196
 Hospital Complexo Hospitalar do Juquery
 Natureza de Despesa: Custeio

TOTAIS DA EMPRESA/TOMADOR
 69.995,77

2.246,99

6.655,70

5.317,69

0,00

RELAÇÃO DOS TRABALHADORES CONSTANTES NO ARQUIVO SEFIP
 RESUMO DO FECHAMENTO - EMPRESA

MODALIDADE : "BRANCO"-RECOLHIMENTO AO FGTS E DECLARAÇÃO À PREVIDÊNCIA
 858400000531 176901792108 714654054848 534946100019

EMPRESA: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRA N° DE CONTROLE: 005vhhEBy6P0000-7 N° ARQUIVO: 01cpEwKsZkRA0000-0
 COMP: 06/2021 COD REC: 115 COD GPS: 2305 FPAS: 639 OUTRAS ENT: SIMPLES: 1 RAT: 2.0 INSCRIÇÃO: 45.349.461/0001-02
 TOMADOR/OBRA: INSCRIÇÃO: FAP: 0.50 RAT AJUSTADO: 1.00

LOGRADOURO: RUA AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303 SALA 03 BAIRRO: JARDIM ARIANO CNAE PREPONDERANTE: 8610102
 CIDADE: SAO PAULO UF: SP CEP: 16400-400 CNAE: 8610102

CAT	QUANT	REMUNERAÇÃO SEM 13°	REMUNERAÇÃO 13°	BASE CÁL PREV SOC	BASE CÁL 13° PREV SOC
01	27	65.663,74	807,44	69.995,77	2.246,99
TOTALS:	27	65.663,74	807,44	69.995,77	2.246,99

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO - MTE
GFIP - SEFIP 8.40 (24/12/2020) TABELAS 42.0 (15/01/2021)

MINISTÉRIO DA FAZENDA - MF

DATA: 12/07/2021
HORA: 14:24:42
PÁG : 0006/0007

RELACÃO DOS TRABALHADORES CONSTANTES NO ARQUIVO SEFIP
RESUMO DO FECHAMENTO - EMPRESA

FGTS

858400000531 176901792108 714654054848 534946100019

EMPRESA: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA N° DE CONTROLE: 005vhhEBy6P0000-7 N° ARQUIVO: 01cpEwKsZkA0000-0
COMP: 06/2021 COD REC:115 COD GPS: 2305 FPAS: 639 OUTRAS ENT: SIMPLES:1 RAT: 2.0 INSCRIÇÃO: 45.349.461/0001-02
TOMADOR/OBRA: INSCRIÇÃO: FAP: 0.50 RAT AJUSTADO: 1.00

LOGRADOURO: RUA AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303 SALA 03 BAIRRO: JARDIM ARIANO CNAE PREPONDERANTE: 8610102
CIDADE: SAO PAULO UF: SP CEP: 16400-400 CNAE: 8610102

MODALIDADE : "Branco"-RECOLHIMENTO AO FGTS E DECLARAÇÃO À PREVIDÊNCIA

FGTS - 8% (TX 3%)

REMUNERAÇÃO SEM 13° SALÁRIO 65.663,74
REMUNERAÇÃO 13° SALÁRIO 807,44

QUANTIDADE TRABALHADORES 24

VALORES DO FGTS

DATA DE RECOLHIMENTO 14/07/2021

DEPÓSITO FGTS 5.317,69

ENCARGOS FGTS 0,00

CONTRIB SOCIAL 0,00

ENCARGOS CONTRIB SOCIAL 0,00

TOTAL RECOLHER 5.317,69

RESUMO DAS INFORMAÇÕES À PREVIDÊNCIA SOCIAL CONSTANTES NO ARQUIVO SEFIP
 EMPRESA

EMPRESA: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA N° DE CONTROLE: 005vhheBy6P0000-7 N° ARQUIVO: 01cpEwKsZKA0000-0
 COMP: 06/2021 COD REC:115 COD GPS:2305 FPAS: 639 OUTRAS ENT: SIMPLES:1 RAT: 2.0 INSCRIÇÃO: 45.349.461/0001-02
 TOMADOR/OBRA: INSCRIÇÃO: FAP:0.50 RAT AJUSTADO:1.00

LOGRADOURO: RUA AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303 SALA 03 BAIRRO: JARDIM ARIANO CNAE PREPONDERANTE: 8610102
 CIDADE: SAO PAULO UF: SP CEP: 16400-400 TELEFONE: 0016 3412 5401 CNAE: 8610102

VALOR DEV PREV SOC CALCULADO SEFIP: 6.655.70 CONTRIB SEGURADOS - DEVIDA: 6.655.70
 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 FINAL: VALOR SOLICITADO: 0.00
 VALOR ABATIDO: 0.00 VALOR A COMPENSAR: 0.00 VALOR EXCEDENTE AO LIMITE DOS 30%: 0.00

RETENÇÃO (LEI 9.711/98) VALOR ABATIDO PELO SEFIP: 0.00 VALOR A COMPENSAR/RESTITUIR: 0.00
 VALOR INFORMADO: 0.00

BASE DE CÁLCULO APOSENTADORIA ESPECIAL/OCORRÊNCIA
 15 ANOS: 0.00 20 ANOS: 0.00
 QUANTIDADE: 0 QUANTIDADE: 0

QUANTIDADE DE MOVIMENTAÇÕES / CÓDIGOS

H :	0	I1:	2	I2:	0	I3:	1	I4:	0	J :	2	K :	0	L :	0	M :	0	N1:	1
N2:	0	N3:	0	O1:	0	O2:	0	O3:	0	P1:	0	P2:	0	P3:	0	Q1:	0	Q2:	0
Q3:	0	Q4:	0	Q5:	0	Q6:	0	Q7:	0	R :	0	S2:	0	S3:	0	U1:	0	U2:	0
U3:	0	V3:	0	W :	0	X :	0	Y :	0	Z1:	0	Z2:	0	Z3:	0	Z4:	0	Z5:	0

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
03/08/2021 - AUTOATENDIMENTO - 15.28.16
3062703062 SEGUNDA VIA 0033

COMPROVANTE DE PAGAMENTO


CLIENTE: ASSOC HOSP B BRASIL
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.518-1

=====

AG. ARRECADADOR	
CNC 001 - 3062 - EMPRESA SAO CARLOS SP	
CODIGO DE BARRAS	85630000020 47120064120
	11453494610 00105611181
DATA DO PAGAMENTO	19/07/2021
PERIODO DE APURACAO	-----
NUMERO DO CPF	-----
CODIGO DA RECEITA	-----
NUMERO DE REFERENCIA	-----
DATA DO VENCIMENTO	-----
RECEITA BRUTA ACUMULADA	-----
PERCENTUAL	-----
VALOR DO PRINCIPAL	-----
VALOR DA MULTA	-----
VALOR DOS JUROS	-----
VALOR TOTAL	2.047,12

DOCUMENTO: 071901
AUTENTICACAO SISBB: D.AB8.298.5B4.72C.FAF


Juquery IRRF

 MINISTÉRIO DA FAZENDA SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL Documento de Arrecadação de Receitas Federais DARF	02 PERÍODO DE APURAÇÃO	30/06/2021
	03 NÚMERO DO CPF OU CNPJ	45.349.461/0001-02
	04 CÓDIGO DA RECEITA	0561
	05 NÚMERO DE REFERÊNCIA	
	06 DATA DE VENCIMENTO	20/07/2021
01 NOME / TELEFONE ASSOC HOSP BENF DO BRASIL 1633748438	07 VALOR DO PRINCIPAL	2.047,12
DARF IRRF 06 2021 ENFERMARIA JUQUERY DARF válido para pagamento até 20/07/2021 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	2.047,12

8563000020-0 47120064120-0 11453494610-7 00105611181-6

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	30/06/2021
	03 NÚMERO DO CPF OU CNPJ	45.349.461/0001-02
	04 CÓDIGO DA RECEITA	0561
	05 NÚMERO DE REFERÊNCIA	
	06 DATA DE VENCIMENTO	20/07/2021
01 NOME / TELEFONE ASSOC HOSP BENF DO BRASIL 1633748438	07 VALOR DO PRINCIPAL	2.047,12
DARF IRRF 06 2021 ENFERMARIA JUQUERY DARF válido para pagamento até 20/07/2021 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	2.047,12

8563000020-0 47120064120-0 11453494610-7 00105611181-6

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.

19/07/21
 Juquery

Convênio nº 00066/2021
 Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
 Secretaria de Estado da Saúde - UGE: 090196
 Hospital Complexo Hospitalar do Juquery
 Departamento de Despesa: Custeio

RELAÇÃO DAS BASES DO IRRF

Código	Nome do empregado	Tipo	Base cálculo	Abatimentos	Dependentes	ND	Taxa	Dedução	Valor IRRF	
Período: 01/06/2021 a 30/06/2021										
EMPREGADOS										
4585	ADEMIR RUIZ DOS SANTOS	Mensal 05/21	4.115,09	0,00	0,00	0	22,50	636,13	289,77	
4572	BEATRIZ OLIVEIRA ALBUQUERQUE	Mensal 05/21	2.266,66	189,39	0,00	0	7,50	142,80	13,00	
4583	BRUNA MARTINS DA SILVA	Mensal 05/21	2.720,48	243,85	379,18	2	7,50	142,80	14,51	
4583	BRUNA MARTINS DA SILVA	Rescisão	1.108,82	83,29	0,00	0	15,00	354,80	99,14	
4588	CLAUDETE GONÇALVES PEREIRA DOS SAI	Mensal 05/21	2.659,31	236,50	0,00	0	7,50	142,80	38,91	
4590	DUCILEIDE LOPO DA SILVA	Mensal 05/21	2.670,78	237,88	0,00	0	7,50	142,80	39,67	
4581	EDILAINE DA SILVEIRA SILVA MACIEL	Mensal 05/21	2.689,89	240,17	189,59	1	7,50	142,80	26,71	
4606	ELIEZIA PEREIRA RODRIGUES	Mensal 05/21	3.379,73	324,44	0,00	0	15,00	354,80	103,49	
4795	GABRIEL MATEUS VALENZUELA ABARZUA	Mensal 05/21	2.322,85	196,13	0,00	0	7,50	142,80	16,70	
4589	GABRIELA GONÇALVES DOS NASCIMENTC	Mensal 05/21	2.659,31	236,50	0,00	0	7,50	142,80	38,91	
4603	JERONIMO SOUZA DA SILVA	Mensal 05/21	2.577,65	196,13	0,00	0	7,50	142,80	35,81	
4578	JOSE CARLOS LIMA DE JESUS	Mensal 05/21	2.630,70	233,07	0,00	0	7,50	142,80	37,02	
4594	JULIANA ARANTES MANHA	Mensal 05/21	3.379,73	324,44	379,18	2	7,50	142,80	57,91	
4600	LEONETE DA CONCEIÇÃO DE OLIVEIRA A	Mensal 05/21	2.322,85	196,13	0,00	0	7,50	142,80	16,70	
4599	LETICIA LUANA DE SOUZA FREITAS	Mensal 05/21	2.322,85	196,13	0,00	0	7,50	142,80	16,70	
4605	LUIZ ANTONIO DA COSTA	Mensal 05/21	3.425,69	330,87	189,59	1	15,00	354,80	80,98	
4574	LURDIMAR MARIA DO NASCIMENTO	Mensal 05/21	3.977,21	408,08	0,00	0	15,00	354,80	180,57	
4593	MARIA DE LOURDES SILVA	Mensal 05/21	2.567,55	225,49	0,00	0	7,50	142,80	32,85	
4568	MATHEUS DOS SANTOS MACIEL	Mensal 05/21	2.249,32	164,87	0,00	0	7,50	142,80	13,53	
4568	MATHEUS DOS SANTOS MACIEL	Rescisão	1.347,66	104,78	0,00	0	15,00	354,80	130,77	
4597	MAYARA CAROLINA DE SOUZA SILVA	Mensal 05/21	2.322,85	196,13	0,00	0	7,50	142,80	16,70	
4792	MONICA DA SILVA MELO	Mensal 05/21	3.379,73	324,44	189,59	1	15,00	354,80	75,06	
4791	RONE ROBERSON DOS SANTOS BERTI	Mensal 05/21	3.977,21	408,08	0,00	0	15,00	354,80	180,57	
4573	VERIDIANA MARIA SILVA PINTO	Mensal 05/21	5.579,73	632,44	0,00	0	27,50	869,36	491,14	
Total:			68.653,65	5.929,23					2.047,12	
Empregados:	24	Estagiários:	0	Contribuintes:	0	Total:	68.653,65	5.929,23	1.327,13	2.047,12
Total Geral:										
Empregados:	22	Estagiários:	0	Contribuintes:	0	Total:	68.653,65	5.929,23	1.327,13	2.047,12

Resumo Geral IRRF

Cód. de Recolhimento	Periodicidade	Valores Acum. Comp. Ant.	Valor a Recolher	Valor a Compensar	Valor a Pagar	Valor a Acumular
Todos	05/2021	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0473	Mensal 05/2021	0,00	512,76	0,00	512,76	0,00
0561	Mensal 05/2021	0,00	67.760,33	0,00	67.760,33	0,00
0588	Mensal 05/2021	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Totalizador			68.273,09	0,00	68.273,09	0,00

Convênio nº 00066/2021
 Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
 Secretaria de Estado da Saúde - UGE: 090196
 Hospital Complexo Hospitalar do Juquery
 Natureza de Despesa: Custeio

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
03/08/2021 - AUTOATENDIMENTO - 15.28.16
3062703062 SEGUNDA VIA 0036
COMPROVANTE DE PAGAMENTO

MINISTERIO DA PREVIDENCIA E ASSISTENCIA SOCIAL
INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL
GUIA DA PREVIDENCIA SOCIAL - GPS

CLIENTE: ASSOC HOSP B BRASIL
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.518-1
=====

CODIGO DO PAGAMENTO	2305
COMPETENCIA	06/2021
IDENTIFICADOR	45349461000102
DATA DO PAGAMENTO	19/07/2021
VALOR DO INSS	6.655,70
VALOR OUTRAS ENTIDADES	0,00
VALOR ATM/JUROS/MULTA	0,00
VALOR TOTAL	6.655,70

=====

DOCUMENTO: 071902
AUTENTICACAO SISBB: A.B00.F30.ECE.3D7.F15

***** VIA EMPREGADOR *****

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
03/08/2021 - AUTOATENDIMENTO - 15.28.16
3062703062 SEGUNDA VIA 0036
COMPROVANTE DE PAGAMENTO

MINISTERIO DA PREVIDENCIA E ASSISTENCIA SOCIAL
INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL
GUIA DA PREVIDENCIA SOCIAL - GPS

CLIENTE: ASSOC HOSP B BRASIL
=====

CODIGO DO PAGAMENTO	2305
COMPETENCIA	06/2021
IDENTIFICADOR	45349461000102
DATA DO PAGAMENTO	19/07/2021
VALOR DO INSS	6.655,70
VALOR OUTRAS ENTIDADES	0,00
VALOR ATM/JUROS/MULTA	0,00
VALOR TOTAL	6.655,70


=====

DOCUMENTO: 071902
AUTENTICACAO SISBB: A.B00.F30.ECE.3D7.F15

***** VIA CONTRIBUINTE *****


Convênio nº 00066/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE: 090196
Hospital Complexo Hospitalar do Juquery
Natureza de Despesa: Custeio

Juquery INSS

 <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	06/2021	
	5 - IDENTIFICADOR	45.349.461/0001-02	
	6 - VALOR DO INSS	6.655,70	
	7 -		
<p>1 - NOME OU RAZÃO SOCIAL / FONE / ENDEREÇO CNPJ 45.349.461/0001-02 ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303 SALA 03 JARDIM ARIANO LINS SP CEP 16400-400</p>	8 -		
	9 - VALOR OUTRAS ENTIDADES	0,00	
2 - VENCIMENTO (Uso exclusivo INSS)	20/07/2021	10 - ATM/MULTA E JUROS	0,00
<p>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.</p>	11 - TOTAL	6.655,70	
	AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA		

1ª Via - INSS - 2ª Via - CONTRIBUINTE

3

 <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	06/2021	
	5 - IDENTIFICADOR	45.349.461/0001-02	
	6 - VALOR DO INSS	6.655,70	
	7 -		
<p>1 - NOME OU RAZÃO SOCIAL / FONE / ENDEREÇO CNPJ 45.349.461/0001-02 ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303 SALA 03 JARDIM ARIANO LINS SP CEP 16400-400</p>	8 -		
	9 - VALOR OUTRAS ENTIDADES	0,00	
2 - VENCIMENTO (Uso exclusivo INSS)	20/07/2021	10 - ATM/MULTA E JUROS	0,00
<p>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.</p>	11 - TOTAL	6.655,70	
	AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA		

1ª Via - INSS - 2ª Via - CONTRIBUINTE

19/07/21
Juquery

Convênio nº 00066/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE: 090196
Hospital Complexo Hospitalar do Juquery
Natureza de Despesa: Custeio

RELAÇÃO DE BASES DO INSS

Código	Nome do empregado	Base cálculo	Excedente	Ded.sal.mat.13	Deduções	Taxa	Valor
EMPREGADOS							
4585	ADEMIR RUIZ DOS SANTOS	4.712,57	0,00	0,00	0,00	10,84	511,03
4572	BEATRIZ OLIVEIRA ALBUQUERQUE	2.292,77	0,00	0,00	0,00	8,40	192,52
4583	BRUNA MARTINS DA SILVA	1.529,11	0,00	0,00	0,00	7,51	114,81
4588	CLAUDETE GONÇALVES PEREIRA DOS SANTOS	2.751,07	0,00	0,00	0,00	9,00	247,52
4608	DELIANE DE SOUZA SILVA	464,57	0,00	0,00	0,00	7,50	34,83
4590	DUCILEIDE LOPO DA SILVA	2.686,07	0,00	0,00	0,00	8,92	239,72
4581	EDILAINE DA SILVEIRA SILVA MACIEL	2.751,07	0,00	0,00	0,00	9,00	247,52
4606	ELIEZIA PEREIRA RODRIGUES	3.379,73	0,00	0,00	0,00	9,60	324,44
4571	FERNANDA RIOS LEME	1.074,84	0,00	0,00	0,00	7,50	80,61
4795	GABRIEL MATEUS VALENZUELA ABARZUA	2.845,25	0,00	0,00	0,00	8,32	231,82
4589	GABRIELA GONÇALVES DOS NASCIMENTO	2.812,24	0,00	0,00	0,00	9,06	254,86
4603	JERONIMO SOUZA DA SILVA	2.322,85	0,00	0,00	0,00	8,44	196,13
4578	JOSE CARLOS LIMA DE JESUS	2.630,70	0,00	0,00	0,00	8,86	233,07
4594	JULIANA ARANTES MANHA	3.379,73	0,00	0,00	0,00	9,60	324,44
4600	LEONETE DA CONCEIÇÃO DE OLIVEIRA ALVES	2.322,85	0,00	0,00	0,00	8,44	196,13
4599	LETICIA LUANA DE SOUZA FREITAS	2.322,85	0,00	0,00	0,00	8,44	196,13
4605	LUIZ ANTONIO DA COSTA	2.963,29	0,00	0,00	0,00	9,21	272,98
4574	LURDIMAR MARIA DO NASCIMENTO	4.023,17	0,00	0,00	0,00	10,30	414,52
4593	MARIA DE LOURDES SILVA	2.720,48	0,00	0,00	0,00	8,96	243,85
4776	MARILU DO NASCIMENTO ALVES	2.414,61	0,00	0,00	0,00	8,58	207,14
4777	MARIMAR DA SILVA AVELINO	2.322,85	0,00	0,00	0,00	8,44	196,13
4568	MATHEUS DOS SANTOS MACIEL	1.851,49	0,00	0,00	0,00	7,77	142,56
4597	MAYARA CAROLINA DE SOUZA SILVA	2.322,85	0,00	0,00	0,00	8,44	196,13
4792	MONICA DA SILVA MELO	3.379,73	0,00	0,00	0,00	9,60	324,44
5018	PAULO HENRIQUE DOS SANTOS SILVA	1.006,56	0,00	0,00	0,00	7,50	75,49
4791	RONE ROBERSON DOS SANTOS BERTI	3.379,73	0,00	0,00	0,00	9,60	324,44
4573	VERIDIANA MARIA SILVA PINTO	5.579,73	0,00	0,00	0,00	11,33	632,44
Empregados:	27	Total:	72.242,76	0,00	0,00	0,00	6.655,70
Contribuintes:	0	Total:	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Total:	27	Total:	72.242,76	0,00	0,00	0,00	6.655,70

Resumo Geral das bases de INSS

	Base cálculo	Excedente	Segurados	Contribuintes	RAT	Empresa	Deduções	Terceiros	Total
Total	72.242,76	0,00	6.655,70	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	6.655,70

Convênio nº 00066/2021
 Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
 Secretaria de Estado da Saúde - UGE: 090196
 Hospital Complexo Hospitalar do Juquery
 Natureza de Despesa: Custeio

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
03/08/2021 - AUTOATENDIMENTO - 15.28.17
3062703062 SEGUNDA VIA 0045

COMPROVANTE DE PAGAMENTO
COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE DARF/DARF SIMPLES
CLIENTE: ASSOC HOSP B BRASIL
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.518-1

=====

AGENTE ARRECADADOR
CNC 001 - 3062 - AGENCIA EMPRESA SAO CARLOS SP
CODIGO DE BARRAS -----

DATA DO PAGAMENTO	19/07/2021
PERIODO DE APURACAO	30/06/2021
NUMERO DO CPNJ	45.349.461/0001-02
CODIGO DA RECEITA	5952
NUMERO DE REFERENCIA	-----
DATA DO VENCIMENTO	20/07/2021
RECEITA BRUTA ACUMULADA	-----
PERCENTUAL	-----
VALOR DO PRINCIPAL	6.233,21
VALOR DA MULTA	-----
VALOR DOS JUROS	-----
VALOR TOTAL	6.233,21

=====

AUTENTICACAO SISBB: D.368.10F.918.977.810
Modelo Aprovado pela SRF - ADE
Conjunto Corat/Cotec n. 001, DE 2006

=====

DOCUMENTO: 071903

Juquery


PCC

1a. via

 MINISTÉRIO DA FAZENDA SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL Documento de Arrecadação de Receitas Federais DARF	02 PERÍODO DE APURAÇÃO →	30/06/2021
	03 NÚMERO DO CPF OU CNPJ →	45.349.461/0001-02
	04 CÓDIGO DA RECEITA →	5952
	05 NÚMERO DE REFERÊNCIA →	
	06 DATA DE VENCIMENTO →	20/07/2021
01 NOME / RAZÃO SOCIAL ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL Data limite para acolhimento: 20/07/2021 Observações: Sicalc Contribuinte - 6643 - SP SENDA (Versão:5.0.0)	07 VALOR DO PRINCIPAL →	6.233,21
	08 VALOR DA MULTA →	0,00
	09 VALOR DOS JUROS E / OU ENCARGOS DL - 1.025/69 →	0,00
	10 VALOR TOTAL →	6.233,21
	11 AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1a. e 2a. vias)	

13/07/2021 13:23:40

2a. via

 MINISTÉRIO DA FAZENDA SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL Documento de Arrecadação de Receitas Federais DARF	02 PERÍODO DE APURAÇÃO →	30/06/2021
	03 NÚMERO DO CPF OU CNPJ →	45.349.461/0001-02
	04 CÓDIGO DA RECEITA →	5952
	05 NÚMERO DE REFERÊNCIA →	
	06 DATA DE VENCIMENTO →	20/07/2021
01 NOME / RAZÃO SOCIAL ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL Data limite para acolhimento: 20/07/2021 Observações: Sicalc Contribuinte - 6643 - SP SENDA (Versão:5.0.0)	07 VALOR DO PRINCIPAL →	6.233,21
	08 VALOR DA MULTA →	0,00
	09 VALOR DOS JUROS E / OU ENCARGOS DL - 1.025/69 →	0,00
	10 VALOR TOTAL →	6.233,21
	11 AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1a. e 2a. vias)	

13/07/2021 13:23:40

Convênio nº 00066/2021

Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
 Secretaria de Estado da Saúde - UGE: 090196
 Hospital Complexo Hospitalar do Juquery
 Natureza de Despesa: Custeio

19/07/21
Juquery

DATA DO DOCUMENTO		CREDOR	BC	ISS	IRRF	PCC	TOTAL IMP.	TOT. LIQUIDO
24/06/2021	491	Winter - Gestão e Consultoria Médica	R\$ 134.047,50	-	R\$ 2.010,71	R\$ 6.233,21	R\$ 8.243,92	R\$ 125.803,58
			R\$ -	-	R\$ -	-	R\$ -	R\$ -
		TOTAL	R\$ 134.047,50		R\$ 2.010,71	R\$ 6.233,21	R\$ 8.243,92	R\$ 125.803,58

Recolhimento em 20/07/2021

Convênio nº 00066/2021
 Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
 Secretaria de Estado da Saúde - UGE: 090196
 Hospital Complexo Hospitalar do Juquery
 Natureza de Despesa: Custeio

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
03/08/2021 - AUTOATENDIMENTO - 15.28.17
3062703062 SEGUNDA VIA 0039

COMPROVANTE DE PAGAMENTO

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE DARF/DARF SIMPLES

CLIENTE: ASSOC HOSP B BRASIL

AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.518-1

=====

AGENTE ARRECADADOR

CNC 001 - 3062 - AGENCIA EMPRESA SAO CARLOS SP
CODIGO DE BARRAS -----

DATA DO PAGAMENTO	19/07/2021
PERIODO DE APURACAO	30/06/2021
NUMERO DO CPNJ	45.349.461/0001-02
CODIGO DA RECEITA	1708
NUMERO DE REFERENCIA	-----
DATA DO VENCIMENTO	20/07/2021
RECEITA BRUTA ACUMULADA	-----
PERCENTUAL	-----
VALOR DO PRINCIPAL	2.010,71
VALOR DA MULTA	-----
VALOR DOS JUROS	-----
VALOR TOTAL	2.010,71

=====

AUTENTICACAO SISBB: 1.060.DF1.E09.927.71C
Modelo Aprovado pela SRF - ADE
Conjunto Corat/Cotec n. 001, DE 2006


=====

DOCUMENTO: 071904

Juquery

IP

1a. via

 MINISTÉRIO DA FAZENDA SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL Documento de Arrecadação de Receitas Federais DARF	02 PERÍODO DE APURAÇÃO →	30/06/2021
	03 NÚMERO DO CPF OU CNPJ →	45.349.461/0001-02
	04 CÓDIGO DA RECEITA →	1708
	05 NÚMERO DE REFERÊNCIA →	
	06 DATA DE VENCIMENTO →	20/07/2021
	07 VALOR DO PRINCIPAL →	2.010,71
	08 VALOR DA MULTA →	0,00
	09 VALOR DOS JUROS E / OU ENCARGOS DL - 1.025/69 →	0,00
	10 VALOR TOTAL →	2.010,71
	11 AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1a. e 2a. vias)	
	01 NOME / RAZÃO SOCIAL ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL	

Data limite para acolhimento: 20/07/2021

Observações:

Sicalc Contribuinte - 6643 - SP

SENDA (Versão:5.0.0) 13/07/2021 13:23:36

2a. via

 MINISTÉRIO DA FAZENDA SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL Documento de Arrecadação de Receitas Federais DARF	02 PERÍODO DE APURAÇÃO →	30/06/2021
	03 NÚMERO DO CPF OU CNPJ →	45.349.461/0001-02
	04 CÓDIGO DA RECEITA →	1708
	05 NÚMERO DE REFERÊNCIA →	
	06 DATA DE VENCIMENTO →	20/07/2021
	07 VALOR DO PRINCIPAL →	2.010,71
	08 VALOR DA MULTA →	0,00
	09 VALOR DOS JUROS E / OU ENCARGOS DL - 1.025/69 →	0,00
	10 VALOR TOTAL →	2.010,71
	11 AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1a. e 2a. vias)	
	01 NOME / RAZÃO SOCIAL ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL	

Data limite para acolhimento: 20/07/2021

Observações:

Sicalc Contribuinte - 6643 - SP

SENDA (Versão:5.0.0) 13/07/2021 13:23:36

Convênio nº 00066/2021

Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE: 090196
Hospital Complexo Hospitalar do Juquery
Natureza de Despesa: Custeio

19/07/21
Juquery

DATA DO DOCUMENTO	CREDOR	BC	ISS	IRRF	PCC	TOTAL IMP.	TOT. LIQUIDO
24/06/2021	491 Winter - Gestão e Consultoria Médica	R\$ 134.047,50	R\$ -	R\$ 2.010,71	R\$ 6.233,21	R\$ 8.243,92	R\$ 125.803,58
		R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -
	TOTAL	R\$ 134.047,50		R\$ 2.010,71	R\$ 6.233,21	R\$ 8.243,92	R\$ 125.803,58

Recolhimento em 20/07/2021

Convênio nº 00066/2021
 Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
 Secretaria de Estado da Saúde - UGE: 090196
 Hospital Complexo Hospitalar do Juquery
 Natureza de Despesa: Custeio

Prestação de Contas

Julho
2021
2/2

Juquery- Caieiras
Covid

Convênio nº 00066/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE: 090196
Hospital Complexo Hospitalar do Juquery
Natureza 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

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
03/08/2021 - AUTOATENDIMENTO - 15.28.17
3062703062 SEGUNDA VIA 0028

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL
CLIENTE: ASSOC HOSP B BRASIL

AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.518-1

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA

REMETENTE : ASSOC HOSP B BRASIL

BANCO: 341 - ITAU UNIBANCO S.A.

AGENCIA: 0220-8 - PENAPOLIS SP

CONTA: 5.744-2

FAVORECIDO: DESTRA - APOIO E PREVENCAO EM SEGUR

CPF/CNPJ: 11.814.918/0001-90

VALOR: R\$ 94,00

DEBITO EM: 19/07/2021

=====

DOCUMENTO: 071905

AUTENTICACAO SISBB: 9.D51.261.723.E80.953

Convênio nº 00066/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE: 090196
Hospital Complexo Hospitalar do Juquery
Natureza de Despesa: Custeio



PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS
Secretaria Municipal da Fazenda
Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e

Juquery

Número da Nota 2056
Data de Emissão 05/07/2021
Data e Hora da Competência 05/07/2021 às 17:34:53
Código de Verificação 9861-6376-2605

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	Aliq. Tributo (IBPT)	Total
2	ASO	1,0000	35,00	0,00	35,00
6	EXAMES COMPLEMENTARES	59,0000	1,00	0,00	59,00

Valor Total dos Serviços - R\$94,00

INFORMAÇÕES REFERENTES A DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

REF 06/2021 - UTI CAIERAS
 01 ASO/HEMOGRAMA COMPLETO/HEPATITE ANT HBS/VDRL

TRIBUTOS

PIS (RS)	COFINS (RS)	INSS (RS)	IR (RS)	CSLL (RS)	Outras Retenções (RS)	Outros Tributos (RS)
CIDE (RS)	IOF (RS)	IPI (RS)	ICMS (RS)			

VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 94,00

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. (RS)	Vlr. Total das Deduções (RS)	Vlr. Total Retido (RS)	Vlr. do ISS (RS)
3,0000	94,00	0,00	0,00	2,82

VALOR LÍQUIDO DA NOTA = R\$ 94,00

OUTRAS INFORMAÇÕES (RESERVADO AO FISCO)

NENHUMA INFORMAÇÃO COMPLEMENTAR REGISTRADA

Juquery

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 2056 emitida em 05/07/2021 às 17:34:53 - Cód Verif 9861-6376-2605

Condições de Pagamento: Vencimento: 05/07/2021 Valor Total R\$ 94,00 Valor Líquido R\$ 94,00

Ass: _____ em ____/____/____.

Assinatura do Destinatário/Tomador do(s) Serviço(s) Data da Assinatura

Convênio nº 00066/2021
 Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
 Secretaria de Estado da Saúde - UGE: 090196
 Hospital Complexo Hospitalar do Juquery
 Natureza de Despesa: Custeio

19/07/21
Juquery

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: 01/06/2021 até 30/06/2021 - Emissão: 04/07/2021*

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL - CAIERAS - (AHBB - CAIERAS) (1461) - CNPJ: 00.000.000/0000-00				
<u>Atestados no Período</u>				
* Empregado	Emissão	R\$	Total	
ASO para LUCIANE PELLEGRINI NUNES - 31387342860 (Admissional)	28/06/2021	35,00	35,00	
		Atestados: 1	35,00	
<u>Exames</u>				
* Exame	Data	Empregado	Emp.	Total
Hemograma Completo	28/06/2021	LUCIANE PELLEGRINI NUNES - 31387342860 (Admissional)	(1461)	15,00
VDRL	28/06/2021	LUCIANE PELLEGRINI NUNES - 31387342860 (Admissional)	(1461)	12,00
Hepatite Anti HBs	28/06/2021	LUCIANE PELLEGRINI NUNES - 31387342860 (Admissional)	(1461)	32,00
		Exames: 3	59,00	
			Total => R\$ 94,00	
			Geral do Faturamento	
			94,00	

Convênio nº 00066/2021

Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde

Secretaria de Estado da Saúde - UGE: 090196

Hospital Complexo Hospitalar do Juquery

Natureza de Despesa: Custeio

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
03/08/2021 - AUTOATENDIMENTO - 15.28.17
3062703062 SEGUNDA VIA 0040

COMPROVANTE DE PAGAMENTO

CLIENTE: ASSOC HOSP B BRASIL
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.518-1

=====
Convenio FGTS ARREC GRRF
Codigo de Barras 85800000007-0 54360239202-6
10728200155-0 73853494612-9
Data do pagamento 26/07/2021
Identificador 20015573853494612
Data de vencimento 28/07/2021
Valor Total 754,36

DOCUMENTO: 072601
AUTENTICACAO SISBB: C.B20.E89.181.84E.CB5

Convênio nº 00066/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE: 090196
Hospital Complexo Hospitalar do Juquery
Natureza de Despesa: Custeio



GRRF - Guia de Recolhimento Rescisório do FGTS

Gerada em 19/07/2021 15:30:56

Juquery
Mayara Cardina de Souza Silva

Versão do Aplicativo: 3.3.17 - 24/01/2020

01 - Razão social/Nome ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA		02 - CNPJ/CEI 45.349.461/0001-02	
03 - Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303		04 - Contato/DDD/telefone 16-34125401	05 - CEP 16.400-400
06 - Bairro/distrito JARDIM ARIANO	07 - Município SAO PAULO	08 - UF SP	09 - FPAS 639
		10 - Simples 1	14 - Qtde Trabalhadores 1
11- Identificador 20015573853494612		12- Total a Recolher 754,36	
13- Data de Validade = 28/07/2021			

Atenção: não receber após Validade

Código de Barras

858000000070 543602392026 107282001550 738534946129

Autenticação mecânica

Via Empresa



GRRF - Guia de Recolhimento Rescisório do FGTS

Gerada em 19/07/2021 15:30:56

Versão do Aplicativo: 3.3.17 - 24/01/2020

01 - Razão social/Nome ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA		02 - CNPJ/CEI 45.349.461/0001-02	
03 - Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303		04 - Contato/DDD/telefone 16-34125401	05 - CEP 16.400-400
06 - Bairro/Distrito JARDIM ARIANO	07 - Município SAO PAULO	08 - UF SP	09 - FPAS 639
		10 - Simples 1	14 - Qtde Trabalhadores 1
11- Identificador 20015573853494612		12- Total a Recolher 754,36	
13- Data de Validade = 28/07/2021			

Atenção: não receber após Validade

Código de Barras

858000000070 543602392026 107282001550 738534946129

Autenticação mecânica

Convênio nº 00066/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE: 090196
Hospital Complexo Hospitalar do Juquery
Natureza de Despesa: Custeio



26/07/21
Juquery

Via Banco

03/08/2021 - BANCO DO BRASIL - 15:28:17
306203062 0026

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOC HOSP B BRASIL
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.518-1

=====

BANCO DO BRASIL

00190000090319409800401999466178587000000038487
BENEFICIARIO:
SAO PAULO TRANSPORTE SA
NOME FANTASIA:
SP TRANS - Loja Virtual - Vale Tran
CNPJ: 60.498.417/0001-58
PAGADOR:
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE D
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO 72.602
NOSSO NUMERO 31940980001999466
CONVENIO 03194098
DATA DE VENCIMENTO 02/08/2021
DATA DO PAGAMENTO 26/07/2021
VALOR DO DOCUMENTO 384,87
VALOR COBRADO 384,87

NR.AUTENTICACAO A.1A2.0B4.182.11A.C92

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 00066/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE: 090196
Hospital Complexo Hospitalar do Juquery
Natureza de Despesa: Custeio

NÚMERO DO PEDIDO: 59865469

Informamos que para pagamento de seu boleto bancário com registro, é necessário um período de 24 horas para processamento.

Pedido de Crédito da modalidade Vale-transporte - Loja Virtual da SPTrans

Vantagens:

- a) Rapidez: ao adquirir os créditos eletrônicos pela internet você ganha tempo.
- b) Facilidade: a recarga dos créditos é feita em qualquer máquina de auto-atendimento instaladas nos Terminais de ônibus; Estações do Metrô e do Trem
- c) Comodidade: O pagamento do boleto pode ser feito em qualquer agência bancária; casa lotérica ou pela internet. Pela internet, o PAGAMENTO realizado até às 20 hs., será considerado no dia.

Notas:

1. Efetue o pagamento do boleto bancário no valor exato do seu pedido, incluindo centavos. Isso garantirá a liberação dos créditos em até 2 dias úteis seguintes à data do pagamento;
2. Devido ao fato de não haver compensação bancária, os pagamentos realizados aos sábados, domingos e feriados serão considerados no primeiro dia útil seguinte. Assim, a liberação do pedido poderá ocorrer em até 3 dias úteis seguintes à data do pagamento.
3. Para acompanhar seu pedido, acesse: <https://lv.sbe.sptrans.com.br> colocando o seu usuário e senha.
4. Para cancelamento do Bilhete Único, se estiver na cidade de São Paulo, ligue na central 156, na grande São Paulo, ligue: 0800 011 0156.
5. Os pedidos não pagos serão excluídos automaticamente do sistema no prazo de 60 dias contados da data de sua emissão.

Para mais esclarecimentos, envie e-mail para lojavirtual@sptrans.com.br ou ligue na Central de Atendimento 156, de segunda a sexta-feira, das 8 às 17 hor

CNPJ : 60498417000158

Nº do Documento: 59865469

CEDENTE : SÃO PAULO TRANSPORTE S.A. - Rua Boa Vista,136 CEP:01014-000 CENTRO SP

RECIBO DO SACADO

Nome do Cliente ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA		Data de Vencimento 02/08/2021	Valor Cobrado 384,87
Agência / Código do Cedente 1897/3194098	Noosso Número 0001999466	Autenticação Mecânica	

 **BANCO DO BRASIL**

001

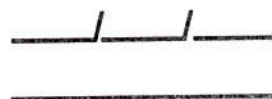
00190.00009 03194.098004 01999.466178 5 87000000038487

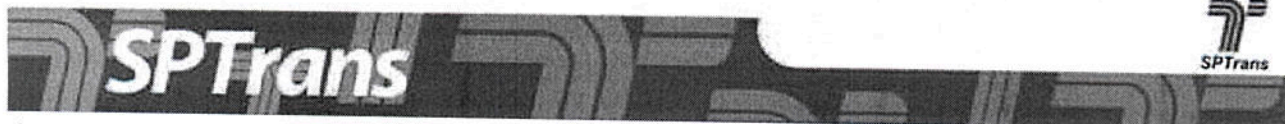
Local de Pagamento Pagavel preferencialmente nas Agencias do Banco do Brasil ou Rede Bancaria Autorizada					Vencimento 02/08/2021
Cedente SÃO PAULO TRANSPORTE S.A. - Rua Boa Vista,136 CEP:01014-000 CENTRO SP					Agência / Código do Cedente 1897/3194098
Data Documento 23/07/2021	Nº do Documento 59865469	Espécie Doc.	Aceite N	Data Processamento 23/07/2021	Noosso Número 0001999466
Uso do Banco	Carteira 17	Espécie R\$	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento 384,87
Instruções (Texto de responsabilidade do cedente) Não receber após o vencimento. NÃO RECEBER PAGAMENTO EM CHEQUES Pagto pela INTERNET, até às 20 hs. NÚMERO DO PEDIDO: 59865469 Unidade Cedente SÃO PAULO TRANSPORTE S.A. - Rua Boa Vista,136 CEP:01014-000 CENTRO SP					(-) Desconto
Convênio nº 00066/2021 Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde Secretaria de Estado da Saúde - UGE: 090196 Hospital Complexo Hospitalar do Juquery Natureza de Despesa: Custeio					(-) Outras Deduções / Abatimento
					(+) Mora / Multa / Juros
					(+) Outros Acréscimos
					(=) Valor Cobrado 384,87
Sacado Sacador / Avalista	ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA AVENIDA GETÚLIO VARGAS 13570-650 - SÃO CARLOS SP				CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02

Código de Baixa

Autenticação Mecânica

FICHA DE COMPENSAÇÃO





Acesso

.: Carrinho de Crédito

Cadastros

Pedidos

Relatórios

Fale Conosco

Sair

Quantidade de pedidos: 2

Descrição	Nome	Cartão	Valor Total(R\$)
Crédito	CLAUDETE GONÇALVES PEREIRA DOS SANTOS	844504297	240,24
Crédito	PAULO HENRIQUE DOS SANTOS SILVA	826327306	135,24

Sub-total:**375,48**

Rede de recarga/Adm.:

9,39

Cobrança bancária:

0,00

Total**384,87**

- Os usuários dos cartões selecionados poderão fazer o recarregamento do cartão assim que for confirmado o pagamento do boleto.
- Para emitir o boleto clique no botão abaixo

Pedido número 59865469, anote este número e acompanhe seu pedido.

Clique [aqui](#) se quiser exportar o seu pedido de crédito (formato CSV).

26/07/21
Juquery

Convênio nº 00066/2021
 Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
 Secretaria de Estado da Saúde - UGE: 090196
 Hospital Complexo Hospitalar do Juquery
 Natureza de Despesa: Custeio

03/08/2021 - BANCO DO BRASIL - 15:28:17
306203062 0027

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOC HOSP B BRASIL
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.518-1

=====

BCO BRADESCO S.A.

23793394236000002471583001848007886970000012960

BENEFICIARIO:

VIACAO CIDADE DE CAIEIRAS LTDA

NOME FANTASIA:

VIACAO CIDADE DE CAIEIRAS LTDA

CNPJ: 71.896.880/0001-74

BENEFICIARIO FINAL:

VIACAO CIDADE DE CAIEIRAS LTDA

CNPJ: 71.896.880/0001-74

PAGADOR:

ASSOCIAC O HOSPITALAR BENEFICE

CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO 72.603

DATA DE VENCIMENTO 30/07/2021

DATA DO PAGAMENTO 26/07/2021

VALOR DO DOCUMENTO 129,60

VALOR COBRADO 129,60

NR.AUTENTICACAO A.413.7C2.05D.630.CCE

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 00066/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE: 090196
Hospital Complexo Hospitalar do Juquery
Natureza de Despesa: Custeio

Recibo do Pagador

Beneficiário VIACAO CIDADE DE CAIEIRAS LIMITADA CNPJ: 71.896.880/0001-74 Rua Anú, 137, Ptal das Laranjeiras, Caieiras - SP. CEP:07700-000			Agência/Código Beneficiário 3394-4/0018480-2	Vencimento 30/07/2021
Pagador ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL			Número do Documento 229525	Nosso Número 26/00000247183-1
Espécie RS	Quantidade	(x) Valor	(=) Valor do Documento 129,60	(-) Desconto
Demonstrativo:			(+) Outros Acréscimos	(=) Valor Cobrado
<p>Sr. Caixa: Favor não receber após o vencimento. Após o vencimento tanto o boleto quanto o pedido estarão cancelados, assim sendo, o boleto poderá ser inutilizado e o pedido deverá ser refeito.</p> <p>Conveniência: R\$ 4,80 Valor Pedido: R\$ 124,80</p>				

Autenticação Mecânica

Corte Aqui



Bradesco | 237-2 | 23793.39423 60000.024715 83001.848007 8 86970000012960

Local de Pagamento Pagável preferencialmente em qualquer agência BRADESCO					Vencimento 30/07/2021
Beneficiário VIACAO CIDADE DE CAIEIRAS LIMITADA CNPJ: 71.896.880/0001-74 Rua Anú, 137, Ptal das Laranjeiras, Caieiras - SP. CEP:07700-000					Agência/Código Beneficiário 3394-4/0018480-2
Data Documento 23/07/2021	Número do Documento 229525	Espécie Doc. RC	Aceite N	Data Processamento 23/07/2021	Nosso Número 26/00000247183-1
Uso do Banco 8650	CIP 000	Carteira 26	Espécie RS	Quantidade	(x) Valor 129,60
Instruções (texto de responsabilidade do beneficiário) Sr. Caixa: Favor não receber após o vencimento. Após o vencimento tanto o boleto quanto o pedido estarão cancelados, assim sendo, o boleto poderá ser inutilizado e o pedido deverá ser refeito.					(-) Desconto
					(+) Mora/Multas
					(+) Outros Acréscimos
					(=) Valor Cobrado
Pagador ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL RUA PADRE TEIXEIRA 2146 CENTRO SÃO CARLOS SP 13560-210 Sacador/Avalista					CNPJ: 45.349.461/0001-02

Ficha de Compensação

Autenticação Mecânica



Corte Aqui

Convênio nº 00066/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE: 090196
Hospital Complexo Hospitalar do Juquery
Natureza de Despesa: Custeio



Número do pedido **229525**
Valor do Pedido **RS 124,80**
Total de registros **1**
Status do pedido **Novo**

Código	CPF	Nome	Valor	Status da recarga
103220	32774069890	JERONIMO SOUZA DA SILVA	R\$ 124,80	Aguardando Recarga

26/07/21
Juquery

Convênio nº 00066/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE. 090196
Hospital Complexo Hospitalar de Juquery
Natureza de Despesa: Custeio

03/08/2021 - BANCO DO BRASIL - 15:28:17
306203062 0029

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOC HOSP B BRASIL
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.518-1

ITAU UNIBANCO S.A.

34191091071009728200709501500004287000000050057

BENEFICIARIO:

AUTOPASS S/A

NOME FANTASIA:

AUTOPASS S/A

CNPJ: 07.140.538/0001-40

BENEFICIARIO FINAL:

AUTOPASS S/A

CNPJ: 07.140.538/0001-40

PAGADOR:

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICE

CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO 72.604
DATA DE VENCIMENTO 02/08/2021
DATA DO PAGAMENTO 26/07/2021
VALOR DO DOCUMENTO 500,57
VALOR COBRADO 500,57

NR.AUTENTICACAO 4.096.DF1.1C1.C08.49D

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.

Recibo do Pagador

Beneficiário AUTO PASS S.A CNPJ: 07.140.538/0001-40 AV. ENGENHEIRO LUIS CARLOS BERRINI, 105 - ITAIM BIBI - SÃO PAULO - SP			Agência/Código Beneficiário 2000/95015-0	Vencimento 02/08/2021
Pagador ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL			Número do Documento 12384650	Nosso Número 109/10100972-8
Espécie RS	Quantidade	(x) Valor	(=) Valor do Documento 500,57	(-) Desconto
Demonstrativo:			(+) Outros Acréscimos	(=) Valor Cobrado
Linha digitável: 34191.09107 10097.282007 09501.500004 2 87000000050057				
O pedido será automaticamente cancelado caso o boleto não seja pago até a data do vencimento.				

Autenticação Mecânica

Corte Aqui

Banco Itaú S.A. | 341-7 | 34191.09107 10097.282007 09501.500004 2 87000000050057

Local de Pagamento Até o vencimento, preferencialmente no Itaú Após o vencimento, somente no Itaú					Vencimento 02/08/2021
Beneficiário AUTO PASS S.A CNPJ: 07.140.538/0001-40 AV. ENGENHEIRO LUIS CARLOS BERRINI, 105 - ITAIM BIBI - SÃO PAULO - SP					Agência/Código Beneficiário 2000.95015-0
Data Documento 23/07/2021	Número do Documento 12384650	Espécie Doc. RC	Aceite N	Data Processamento 23/07/2021	Nosso Número 109/10100972-8
Uso do Banco	Carteira 109	Espécie RS	Quantidade	(x) Valor	(=) Valor do Documento 500,57
Instruções (Todas as informações deste bloquete são de exclusiva responsabilidade do Beneficiário) Sr Caixa, não receber após vencimento. Não receber o pagamento em cheque.					(-) Desconto
					(+) Mora/Multa
					(+) Outros Acréscimos
					(=) Valor Cobrado
Pagador ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL RUA PADRE TEIXEIRA 2146 C CENTRO SÃO CARLOS SP 13560-210 Sacador/Avalista					CNPJ: 45.349.461/0001-02

Ficha de Compensação

Autenticação Mecânica



Corte Aqui



Convênio nº 00066/2021
 Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
 Secretaria de Estado da Saúde - UGE: 090196
 Hospital Complexo Hospitalar do Juquery
 Natureza de Despesa: Custeio



Número do pedido 12384650

Valor do Pedido R\$ 481,32

Status do pedido Novo

Código	CPF	Nome	Cartão	Valor
8727729	45793064818	BEATRIZ OLIVEIRA ALBUQUERQUE	31.04.03876989-8	R\$ 212,52
8727731	41306072867	LETICIA LUANA DE SOUZA FREITAS	31.04.04803372-1	R\$ 268,80

26 | 07 | 21
Juquery

Convênio nº 00066/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE: 090196
Hospital Complexo Hospitalar do Juquery
Natureza de Despesa: Custeio

03/08/2021 - BANCO DO BRASIL - 15:28:17
306203062 0034

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOC HOSP B BRASIL
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.518-1

ITAU UNIBANCO S.A.

34191090080333678014703887600009386970000017000

BENEFICIARIO:

ALCATONER COMERCIO E LTDA

NOME FANTASIA:

ALCATONER COMERCIO E LTDA

CNPJ: 04.549.393/0001-48

BENEFICIARIO FINAL:

ALCATONER COMERCIO E LTDA

CNPJ: 04.549.393/0001-48

PAGADOR:

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICE

CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO 72.605
DATA DE VENCIMENTO 30/07/2021
DATA DO PAGAMENTO 26/07/2021
VALOR DO DOCUMENTO 170,00
VALOR COBRADO 170,00

NR.AUTENTICACAO 3.93C.AFA.A6A.44D.E20

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.

Juquery



ALCATONER COMERCIO DE ELETRÔNICOS LTDA.
RUA PADRE PEDRO ROTA 67 - VILA MACEDÓPOLIS
SAO PAULO - 03.237-060 - SP
(11) 2911-4089 - financeiroalcatoner@gmail.com
CNPJ 04.549.393.0001/48 - Inscr.Estadual 116.185.822.112 - Inscr. Mun

NOTA/FATURA DE LOCAÇÃO N° 00012322

Natureza da Operação: Locação de Bens Móveis

Prestação de Serviço: Locação

Emissão: 20/07/2021

DESTINATÁRIO

Cliente **ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL**

Nome Fantasia

Endereço AV JOSE ARIANO RODRIGUES,303

Bairro JARDIM ARIANO

Cidade LINS

UF SP

Cep 16.400-400

CNPJ 45.349.461/0001-02

Inscr.Estad. ISENT0

Telefone (14) 3532-5198

()

Fax ()

Email contabilidade2@ahbb.org.br

Detalhamento da locação

Unidade

Quant.

Preço Unit.

Subtotal

FATURA REFERENTE A CONTRATO DE LOCAÇÃO PRODUÇÃO DE 751 PÁGINAS
PRODUZIDAS NO PERÍODO DE 15/06/2021 à 15/07/2021

UN

1

R\$ 170,00

R\$ 170,00

Valor do Serviço

R\$ 170,00

Valor Total da Fatura

R\$ 170,00

MAQUINA DO HOSPITAL FRANCO DA ROCHA

Convênio nº 00066/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE: 090196
Hospital Complexo Hospitalar do Juquery
Natureza de Despesa: Custeio

Este documento é baseado na Lei Complementar Federal N° 116/03 e na LC Municipal N° 501/03 que regulamenta a emissão de recibo para cobrança e fatura. OPERAÇÃO NÃO SUJEITA A EMISSÃO DE NOTA FISCAL DE SERVIÇOS, VETADA A COBRANÇA DE ISS. CONFORME LEI COMPLEMENTAR 116 DE 01/07/2003.

Destaque Aqui

Declaro que recebi(emos) da empresa **ALCATONER COMERCIO DE ELETRÔNICOS LTDA.**

NOTA/FATURA DE LOCAÇÃO N° 00012322

Data do Recebimento

Identificação e Assinatura do Recebedor

20 / 07 / 21
Juquery



ALCATONER COMERCIO DE ELETRÔNICOS LTDA.
RUA PADRE PEDRO ROTA 67 - VILA MACEDÓPOLIS
SÃO PAULO - 03.237-060 - SP
(11) 2911-4089 - financeiro@alcatoner@gmail.com
CNPJ 04.549.393.0001/48 - Inscr.Estadual 116.185.822.112

Demonstrativo de Fechamento de Contrato
RECIBO Nº 33375

Pág.1
Emissão: 20/07/2021

Dados do Cliente

Cliente	ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL	Nome Fantasia		CNPJ	45.349.461/0001-02	Inscr.Estad.	ISENTO	
Endereço	AV JOSE ARIANO RODRIGUES,303	SALA 03	Bairro	JARDIM ARIANO	Cidade	LINS	Cep	16.400-400
Telefone	(14) 3532-5198		CEP	(11) 9506 52213	Email	contabilidade2@ahbb.org.br		

Data	Modelo	Cód. Série	Localização/ Dpto.	Cont. Ant.	Cont. Atual	Pág. Teste	Total Pág.	Inf.	Grupo	Franq.	Pág. Exced.	Taxa Fixa	C.Exced.	Valor Exced.	Outros	Desc.	Total à Pagar
20/07/21	BPOTER 8080	3090		301 938	302 869	0	751		1000		0	R\$ 170,00000	0,06	R\$ 0,00000	R\$ 0,00	R\$ 0,0000	R\$ 170,00000

Nº 90179 CONTRATO TIPO: FRANQUIA INDIVIDUAL

Período de Fechamento Contador	Forma Pagamento	Vcto. Fatura	Total de Páginas	Franquia	Pág. Excedentes	Valor Exced.	Taxa Fixa	Adic. Insumos	Adicional	Outros Acrésc.	Total Desconto	Total à Pagar
De 15/06/2021 à 15/07/2021	BOLETO BANCÁRIO	30/07/2021	751	*****	0	R\$ 0,00	R\$ 170,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,0000	R\$ 170,00

Discriminação: MAQUINA DO HOSPITAL FRANCO DA ROCHA

ALCATONER COMERCIO DE ELETRÔNICOS LTDA.

Data: _____
Empresa / Representante Legal
CPF/RG: _____

Convênio nº 00066/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE: 090196
Hospital Complexo Hospitalar do Juquery
Natureza de Despesa: Custeio

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
03/08/2021 - AUTOATENDIMENTO - 15.28.17
3062703062 SEGUNDA VIA 0037

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL
CLIENTE: ASSOC HOSP B BRASIL
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.518-1

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : ASSOC HOSP B BRASIL
BANCO: 237 - BCO BRADESCO S.A.
AGENCIA: 7160-9 - NEXT V
CONTA: 562.868-7

FAVORECIDO: MAYARA CAROLINA DE SOUZA SILVA
CPF/CNPJ: 433.004.518-41
VALOR: R\$ 5.593,02
DEBITO EM: 26/07/2021

=====

DOCUMENTO: 072606
AUTENTICACAO SISBB: 4.C53.394.B63.6CA.5DF

Convênio nº 00066/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE: 090196
Hospital Complexo Hospitalar do Juquery
Natureza de Despesa: Custeio

TERMO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR

01 CNPJ/CEI 45.349.461/0001-02	02 Razão Social/Nome ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL			
03 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) RUA AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303, SALA 03			04 Bairro JARDIM ARIANO	
05 Município SAO PAULO	06 UF SP	07 CEP 16.400-400	08 CNAE 8610-1/02	09 CNPJ/CEI Tomador/Obra

IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR

10 PIS/PASEP 207.85560.13-5	11 Nome MAYARA CAROLINA DE SOUZA SILVA			
12 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) Rua SANTA LUZIA, 46			13 Bairro RESIDENCIAL SAO LUIS	
14 Município FRANCISCO MORATO	15 UF SP	16 CEP 07.996-040	17 CTPS (nº, série, UF) 03490 - 00371 / SP	18 CPF 433.004.518-41
19 Data de Nascimento 11/09/1994	20 Nome da Mãe MARIA HELENA DE SOUZA SILVA			

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. 2.322,85	24 Data de Admissão 02/04/2021	25 Data do Aviso Prévio 19/07/2021	26 Data de Afastamento 19/07/2021	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 021.150.025.863 -	32 CNPJ e Nome da Entidade Sindical Laboral 60.890.928/0001-10 SINDICATO DOS EMPREGADOS EM ESTABELECIMENTOS DE SERVICOS DE SAUDE DE SAO PAULO			

DISCRIMINAÇÃO DAS VERBAS RESCISÓRIAS

VERBAS RESCISÓRIAS

Rubrica	Valor	Rubrica	Valor	Rubrica	Valor
50 Saldo de 19/dias Salário (líquido de 0/faltas e DSR)	R\$ 1.331,80	51 Comissões	R\$ 0,00	52 Gratificação	R\$ 0,00
53 Adic. de Insalubridade 20%	R\$ 139,33	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\$ 774,28	64.1 13º Salário-Exerc. ___ - ___/12 avos	R\$ 0,00
65 Férias Proporc 4/12 avos	R\$ 774,28	66.1 Férias Venc. Per. Aquis. / / a / /	R\$ 0,00	68 Terço Constituc. de Férias	R\$ 322,61
69 - Aviso-Prévio Indenizado 30/dias	R\$ 2.322,85	70 13º Salário (Aviso Prévio Indenizado)	R\$ 193,57	71 Férias (Aviso-Prévio Indenizado)	R\$ 193,57
		99 Ajuste de Saldo Devedor	R\$ 0,00	TOTAL BRUTO	R\$ 6.052,29

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\$ 115,90	112.2 Prev. Social - 13º Salário	R\$ 72,58
114.1 IRRF	R\$ 150,79	114.2 IRRF sobre 13º Salário	R\$ 0,00	115.1 Outros Descontos (DESC VALE REFEIÇÃO)	R\$ 120,00
				TOTAL DEDUÇÕES	R\$ 459,27
				VALOR LÍQUIDO	R\$ 5.593,02

Convênio nº 00066/2021
 Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
 Secretaria de Estado da Saúde - UGE-090196
 Hospital Complexo Hospitalar do Juqueri
 Natureza de Despesa: Custeio

26/07/21
Juqueri

Juqueri
 28/07

TERMO DE HOMOLOGAÇÃO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

EMPREGADOR				
01 CNPJ/CEI 45.349.461/0001-02		02 Razão Social/Nome ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		
TRABALHADOR				
10 PIS/PASEP 207.85560.13-5		11 Nome MAYARA CAROLINA DE SOUZA SILVA		
17 CTPS (nº, série, UF) 03490 - 00371 / SP		18 CPF 433.004.518-41	19 Data de Nascimento 11/09/1994	20 Nome da Mãe MARIA HELENA DE SOUZA SILVA
CONTRATO				
22 Causa do Afastamento Despedida sem justa causa, pelo empregador				
24 Data de Admissão 02/04/2021	25 Data do Aviso Prévio 19/07/2021	26 Data de Afastamento 19/07/2021	27 Cod. Afastamento SJ2	29 Pensão Alim. (%) FGTS 0,00
30 Categoria do Trabalhador 01 - Empregado				
31 Código Sindical 021.150.025.863 -		32 CNPJ e Nome da Entidade Sindical Laboral 60.890.928/0001-10 SINDICATO DOS EMPREGADOS EM ESTABELECIMENTOS DE SERVICOS DE SAUDE DE SAO PAULO		

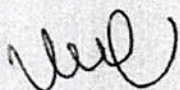
As partes assistidas no presente ato de rescisão contratual foram identificadas como legítimas conforme previsto na Instrução Normativa/SRT nº 15/2010.

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

São Paulo, 02 de agosto de 2021.

ASSOC.HOSP.BENEF.DO BRASIL

150 Assinatura do Empregador ou Preposto
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL



151 Assinatura do Trabalhador

152 Assinatura do Responsável Legal do Trabalhador

153 Carimbo e Assinatura do Assistente

154 Nome do Órgão Homologador

155 Ressalvas

Convênio nº 00066/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE: 090196
Hospital Complexo Hospitalar do Juquery
Natureza de Despesa: Custeio

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).

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
03/08/2021 - AUTOATENDIMENTO - 15.28.17
3062703062 SEGUNDA VIA 0034

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: ASSOC HOSP B BRASIL

AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.518-1

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA

REMETENTE : ASSOC HOSP B BRASIL

BANCO: 104 - CAIXA ECONOMICA FEDERAL

AGENCIA: 2216-0 - SERRA DOS CRISTAIS

CONTA: 819.034.088-1

FAVORECIDO: DORIS NEIDENBACH

CPF/CNPJ: 079.861.838-88

VALOR: R\$

3.076,04

DEBITO EM: 26/07/2021

DOCUMENTO: 072607

AUTENTICACAO SISBB: 9.E90.412.62F.EF0.DD0

Convênio nº 00066/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE: 090196
Hospital Complexo Hospitalar do Juquery
Natureza de Despesa: Custeio

TERMO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR

01 CNPJ/CEI 45.349.461/0001-02	02 Razão Social/Nome ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL			
03 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) RUA AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303, SALA 03			04 Bairro JARDIM ARIANO	
05 Município SAO PAULO	06 UF SP	07 CEP 16.400-400	08 CNAE 8610-1/02	09 CNPJ/CEI Tomador/Obra

IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR

10 PIS/PASEP 122.11568.04-3	11 Nome DORIS NEIDENBACH			
12 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) RUA WILSON GARBELINI, 76 - CASA			13 Bairro	
14 Município FRANCO DA ROCHA	15 UF SP	16 CEP 07.849-070	17 CTPS (nº, série, UF) 95197 - 00123 / SP	18 CPF 079.861.838-88
19 Data de Nascimento 19/07/1965	20 Nome da Mãe IGNEZ MARIANNO DO ROSARIO NEIDENBACH			

DADOS DO CONTRATO

21 Tipo de Contrato 3. Contrato de trabalho por prazo determinado sem cláusula assecuratória de direito recíproco de rescisão antecipada				
22 Causa do Afastamento Rescisão antecipada, pelo empregador, do contrato de trabalho por prazo determinado				
23 Remuneração Mês Ant. 2.002,85	24 Data de Admissão 02/07/2021	25 Data do Aviso Prévio 21/07/2021	26 Data de Afastamento 21/07/2021	27 Cod. Afastamento RA2
28 Pensão Alim. (%) TRCT 0,00	29 Pensão Alim. (%) FGTS 0,00	30 Categoria do Trabalhador 01 - Empregado		
31 Código Sindical 021.150.025.863 -	32 CNPJ e Nome da Entidade Sindical Laboral 60.890.928/0001-10 SINDICATO DOS EMPREGADOS EM ESTABELECIMENTOS DE SERVICOS DE SAUDE DE SAO PAULO			

DISCRIMINAÇÃO DAS VERBAS RESCISÓRIAS

VERBAS RESCISÓRIAS

Rubrica	Valor	Rubrica	Valor	Rubrica	Valor
50 Saldo de 20/dias Salário (líquido de 0/faltas e DSR)	R\$ 1.335,23	51 Comissões	R\$ 0,00	52 Gratificação	R\$ 0,00
53 Adic. de Insalubridade 20%	R\$ 146,67	54 Adic. de Periculosidade %	R\$ 0,00	55 Adic. Noturno 8,00 horas 40,00%	R\$ 29,13
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\$ 926,19
62 Salário-Família	R\$ 0,00	63 13º Salário Proporcional 1/12 avos	R\$ 185,23	64.1 13º Salário-Exerc. ___ - ___/12 avos	R\$ 0,00
65 Férias Proporc 1/12 avos	R\$ 185,23	66.1 Férias Venc. Per. Aquis. // a //	R\$ 0,00	68 Terço Constituc. de Férias	R\$ 61,74
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 (REEMBOLSO VALE REFEIÇÃO)	R\$ 195,00	95.1 Outras Verbas (VALE ALIMENTACAO)	R\$ 145,00		
		99 Ajuste de Saldo Devedor	R\$ 0,00	TOTAL BRUTO	R\$ 3.209,42

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\$ 119,49	112.2 Prev. Social - 13º Salário	R\$ 13,89
114.1 IRRF	R\$ 0,00	114.2 IRRF sobre 13º Salário	R\$ 0,00	Convênio nº 00066/2021	
				Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde Secretaria de Estado da Saúde - UGE: 090196 Hospital Complexo Hospitalar do Juruery Natureza de Despesa: Custeio	
				TOTAL DEDUÇÕES	R\$ 133,38
				VALOR LÍQUIDO	R\$ 3.076,04

26/07/21
Juquery

Juquery
30/07

TERMO DE HOMOLOGAÇÃO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

EMPREGADOR				
01 CNPJ/CEI 45.349.461/0001-02		02 Razão Social/Nome ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		
TRABALHADOR				
10 PIS/PASEP 122.11568.04-3		11 Nome DORIS NEIDENBACH		
17 CTPS (nº, série, UF) 95197 - 00123 / SP		18 CPF 079.861.838-88	19 Data de Nascimento 19/07/1965	20 Nome da Mãe IGNEZ MARIANNO DO ROSARIO NEIDENBACH
CONTRATO				
22 Causa do Afastamento Rescisão antecipada, pelo empregador, do contrato de trabalho por prazo determinado				
24 Data de Admissão 02/07/2021	25 Data do Aviso Prévio 21/07/2021	26 Data de Afastamento 21/07/2021	27 Cod. Afastamento RA2	29 Pensão Alim. (%) FGTS 0,00
30 Categoria do Trabalhador 01 - Empregado				
31 Código Sindical 021.150.025.863 -		32 CNPJ e Nome da Entidade Sindical Laboral 60.890.928/0001-10 SINDICATO DOS EMPREGADOS EM ESTABELECIMENTOS DE SERVICOS DE SAUDE DE SAO PAULO		

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.

_____ / _____ de _____ de _____.

150 Assinatura do Empregador ou Preposto
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

x *Doris Neidenbach*

151 Assinatura do Trabalhador

152 Assinatura do Responsável Legal do Trabalhador

153 Carimbo e Assinatura do Assistente

154 Nome do Órgão Homologador

155 Ressalvas

Convênio nº 00066/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE: 090196
Hospital Complexo Hospitalar do Juquery
Natureza de Despesa: Custeio

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).

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
03/08/2021 - AUTOATENDIMENTO - 15.28.17
3062703062 SEGUNDA VIA 0031

COMPROVANTE DE PAGAMENTO

CLIENTE: ASSOC HOSP B BRASIL
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.518-1

=====
Convenio FGTS ARREC GRRF
Codigo de Barras 85840000001-9 89980239202-4
10730203162-0 65453494612-4
Data do pagamento 26/07/2021
Identificador 20316265453494612
Data de vencimento 30/07/2021
Valor Total 189,98

DOCUMENTO: 072608
AUTENTICACAO SISBB: 5.E37.310.572.8B2.707

Convênio nº 00066/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE: 090196
Hospital Complexo Hospitalar do Juquery
Natureza de Despesa: Custeio



GRRF - Guia de Recolhimento Rescisório do FGTS

Gerada em 22/07/2021 17:26:35 *Donis Heidenbach*

Juquery

Versão do Aplicativo: 3.3.17 - 24/01/2020

01 - Razão social/Nome ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA		02 - CNPJ/CEI 45.349.461/0001-02	
03 - Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303		04 - Contato/DDD/telefone 16-34125401	05 - CEP 16.400-400
06 - Bairro/distrito JARDIM ARIANO	07 - Município SAO PAULO	08 - UF SP	09 - FPAS 639
		10 - Simples 1	14 - Qtde Trabalhadores 1
11- Identificador 20316265453494612		12- Total a Recolher 189,98	
13- Data de Validade = 30/07/2021			

Atenção: não receber após Validade

Código de Barras

858400000019 899802392024 107302031620 654534946124

Autenticação mecânica

Via Empresa



GRRF - Guia de Recolhimento Rescisório do FGTS

Gerada em 22/07/2021 17:26:35

Versão do Aplicativo: 3.3.17 - 24/01/2020

01 - Razão social/Nome ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA		02 - CNPJ/CEI 45.349.461/0001-02	
03 - Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303		04 - Contato/DDD/telefone 16-34125401	05 - CEP 16.400-400
06 - Bairro/Distrito JARDIM ARIANO	07 - Município SAO PAULO	08 - UF SP	09 - FPAS 639
		10 - Simples 1	14 - Qtde Trabalhadores 1
11- Identificador 20316265453494612		12- Total a Recolher 189,98	
13- Data de Validade = 30/07/2021			

Atenção: não receber após Validade

Código de Barras

858400000019 899802392024 107302031620 654534946124

Autenticação mecânica



26/07/21
Juquery

Via Banco

Convênio nº 00066/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE: 090196
Hospital Complexo Hospitalar do Juquery
Natureza de Despesa: Custeio

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
03/08/2021 - AUTOATENDIMENTO - 15.28.17
3062703062 SEGUNDA VIA 0023

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: ASSOC HOSP B BRASIL

AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.518-1

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA

REMETENTE : ASSOC HOSP B BRASIL

BANCO: 341 - ITAU UNIBANCO S.A.

AGENCIA: 0912-1 - PLATAFORMA CORP S PAULO

CONTA: 5.686-8

FAVORECIDO: TICKET SERVICOS SA

CPF/CNPJ: 47.866.934/0001-74

VALOR: R\$

5.247,19

DEBITO EM: 29/07/2021

=====



DOCUMENTO: 072901

AUTENTICACAO SISBB: A.C3C.331.BAB.F86.9DE

Convênio nº 00066/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE: 090196
Hospital Complexo Hospitalar do Juquery
Natureza de Despesa: Custeio

Juquery

V.R

 PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFS-e RPS Nº 178254 Série D4, emitido em 01/06/2021 20210616u47866934000174	Número da Nota 30280214			
	Data e Hora de Emissão 01/06/2021 12:34:29 Código de Verificação XGED-VBXJ			
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 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\$5.010,00 DESCONTOS CONCEDIDOS -R\$115,23 VALOR DA CORRETAGEM OU COMISSAO: ZERO Pedido Web: 950951 Ped GP: 33893255 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: 05/07/2021 VALOR TOTAL: R\$4.894,77				
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 178254 Série D4, emitido em 01/06/2021;				

Convênio nº 00066/2021

Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde

Secretaria de Estado da Saúde - UGE: 090196

RPS nº 30280214 Complexo Hospitalar do Juquery

Natureza de Despesa: Custeio



NOTA DE DEBITO

Número
178254-ND

Data de Emissão
01/06/2021

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\$5.010,00
DESCONTOS CONCEDIDOS -R\$115,23
Pedido Web: 950951 Ped GP: 33893255 Contrato: 2004030057121 IE:ISENTO IM:

VALOR TOTAL: R\$ 4.894,77

DESCRIÇÃO:

DISPONIBILIZACAO DE BENEFICIOS / CUPONS

NOTA DE DEBITO Nº

178254-ND

VALOR DE NOTA DE DEBITO

R\$ 4.894,77

FORMA DE PAGAMENTO

05/07/2021

OUTRAS INFORMAÇÕES

Este(a) NOTA DE DEBITO é relativa a RPS 178254 de 01/06/2021.

Convênio nº 00066/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE: 090196
Hospital Complexo Hospitalar do Juquery
Natureza de Despesa: Custeio

RELATÓRIO DE DETALHES DO PEDIDO

Número do Pedido Enviado: 950951

Realizado em: 27/05/2021

Valor (R\$): 5.010,00

Método Pagamento: Faturamento

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

Solicitante: ANA CLAUDIA DA SILVA

Ticket Restaurante Eletrônico

Unidade de Entrega: AHBB SEDE

Valor dos Benefícios (R\$): 5.010,00

Data de Crédito:

Quantidade de Beneficiários: 26

Data de Entrega: 01/06/2021

CPF	MATRÍCULA	BENEFICIÁRIO	DEPARTAMENTO	DIAS ÚTEIS	VALOR DIA	VALOR MÊS	VALOR DO BENEFÍCIO
101.255.608-50	10125560850	ADEMIR RUIZ DOS SANTOS	AHBB JUQUERY				R\$ 195,00
457.930.648-18	45793064818	BEATRIZ O ALBUQUERQUE	AHBB JUQUERY				R\$ 195,00
348.000.928-09	34800092809	BRUNA MARTINS DA SILVA	AHBB JUQUERY				R\$ 195,00
165.839.718-52	16583971852	CLAUDETE G P DOS	AHBB JUQUERY				R\$ 195,00
176.973.338-80	17697333880	DELIANE DE SOUZA SILVA	AHBB JUQUERY				R\$ 195,00
277.542.658-18	27754265818	DUCILEIDE LOPO DA SILVA	AHBB JUQUERY				R\$ 195,00
157.030.728-83	15703072883	EDILAINE S S MAC	AHBB JUQUERY				R\$ 195,00
394.192.428-11	39419242811	ELIEZIA P RODRIGUES	AHBB JUQUERY				R\$ 195,00
308.779.328-08	30877932808	FERNANDA RIOS LEME	AHBB JUQUERY				R\$ 195,00
460.398.778-12	46039877812	GABRIEL M V ABAR	AHBB JUQUERY				R\$ 195,00
490.743.838-90	49074383890	GABRIELA G NASCIME	AHBB JUQUERY				R\$ 195,00
327.740.698-90	32774069890	JERONIMO SOUZA DA SILVA	AHBB JUQUERY				R\$ 195,00
145.079.588-90	14507958890	JOSE CARLOS LIMA JESUS	AHBB JUQUERY				R\$ 195,00
299.093.458-89	29909345889	JULIANA ARANTES MANHA	AHBB JUQUERY				R\$ 105,00
201.045.418-90	20104541890	LEONETE CONCEICAO OLIVEI	AHBB JUQUERY				R\$ 195,00
413.060.728-67	41306072867	LETICIA L S FREITAS	AHBB JUQUERY				R\$ 195,00
113.591.288-24	11359128824	LUIZ ANTONIO DA COSTA	AHBB JUQUERY				R\$ 195,00
157.042.758-50	15704275850	LURDIMAR MNASCIMENTO	AHBB JUQUERY				R\$ 195,00

Unidade de Entrega: AHBB SEDE

Valor dos Benefícios (R\$): 5.010,00

Data de Crédito:
Quantidade de Beneficiários: 26

Data de Entrega: 01/06/2021

CPF	MATRÍCULA	BENEFICIÁRIO	DEPARTAMENTO	DIAS ÚTEIS	VALOR DIA	VALOR MÊS	VALOR DO BENEFÍCIO
662.479.854-87	66247985487	MARIA DE LOURDES SILVA	AHBB JUQUERY				R\$ 150,00
113.660.028-06	11366002806	MARILU NASCIMENTO ALVES	AHBB JUQUERY				R\$ 150,00
461.093.518-06	46109351806	MARIMAR DA SILVA AVELINO	AHBB JUQUERY				R\$ 195,00
473.327.148-41	47332714841	MATHEUS SANTOS MACIEL	AHBB JUQUERY				R\$ 195,00
433.004.518-41	43300451841	MAYARA C S SILVA	AHBB JUQUERY				R\$ 195,00
337.609.738-09	33760973809	MONICA DA SILVA MELO	AHBB JUQUERY				R\$ 195,00
296.104.968-73	29610496873	RONER S BERTI	AHBB JUQUERY				R\$ 195,00
222.738.618-50	22273861850	VERIDIANA M S PINTO	AHBB JUQUERY				R\$ 315,00

Contrato: 2004030057121

UNIDADE DE ENTREGA	DEPARTAMENTO	DATA DE CRÉDITO	DATA DE ENTREGA	QUANTIDADE BENEFICIÁRIOS	VALOR DO BENEFÍCIO
AHBB SEDE	AHBB JUQUERY		01/06/2021	26	R\$ 5.010,00
			TOTAL BENEFÍCIOS	26	R\$ 5.010,00
RESUMO DO PRODUTO					SUB TOTAL
Total de Benefícios					R\$ 5.010,00
TOTAL					R\$ 5.010,00

Convênio nº 00066/2021
 Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
 Secretaria de Estado da Saúde - UGE: 090196
 Hospital Complexo Hospitalar do Juquery
 Natureza 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 10038.312939 81658.220009 2 86720000489477**

Beneficiário 47.866.934/0001-74 TICKET SERVICOS S/A		Agência/Código do Beneficiário 2938/16582-2	Espécie R\$	Quantidade	Nosso número 109/04100383-1
Número do documento 1.MB-178254		CPF/CNPJ 47.866.934/0001-74	Vencimento 05/07/2021		Valor Documento 4.894,77
(-) 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 10038.312939 81658.220009 2 86720000489477**

Local de Pagamento PAGÁVEL EM QUALQUER AGÊNCIA ATÉ O VENCIMENTO					Vencimento 05/07/2021
Beneficiário 47.866.934/0001-74 TICKET SERVICOS S/A					Agência/Código do Beneficiário 2938/16582-2
Data do Documento 01/06/2021	No documento 1.MB-178254	Espécie Doc DS	Aceite NAO	Data do Processamento 01/06/2021	Nosso Número 109/04100383-1
Uso do Banco	Carteira	Espécie R\$	Quantidade	Valor Documento	(=) Valor do Documento 4.894,77

Instruções (Todas as informações deste bloqueto são de exclusiva responsabilidade do cedente)

COBRAR 10% DE MULTA APOS O VENCIMENTO
COBRAR MORA DIARIA DE: R\$2,45
***** VALOR DE MORA DIARIA EXPRESSO EM REAIS *****
TITULO SUJEITO A PROTESTO APOS O VENCIMENTO

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**



5.247,19

Corte na linha pontilhada

Convênio nº 00066/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE: 090196
Hospital Complexo Hospitalar do Juquery
Natureza de Despesa: Custeio

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
03/08/2021 - AUTOATENDIMENTO - 15.28.17
3062703062 SEGUNDA VIA 0032

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL
CLIENTE: ASSOC HOSP B BRASIL

AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.518-1

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA

REMETENTE : ASSOC HOSP B BRASIL

BANCO: 341 - ITAU UNIBANCO S.A.

AGENCIA: 0912-1 - PLATAFORMA CORP S PAULO

CONTA: 5.686-8

FAVORECIDO: TICKET SERVICOS SA

CPF/CNPJ: 47.866.934/0001-74

VALOR: R\$

3.968,69

DEBITO EM: 29/07/2021

=====

DOCUMENTO: 072902

AUTENTICACAO SISBB: 3.271.62C.66F.1AF.EAF

Convênio nº 00066/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE: 090196
Hospital Complexo Hospitalar do Juquery
Natureza de Despesa: Custeio

Juquery

V.A


PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA
NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFS-e

RPS Nº 178276 Série D4, emitido em 01/06/2021

20210616u47868934000174

Número da Nota

30280255

Data e Hora de Emissão

01/06/2021 12:35:15

Código de Verificação

EJPQ-XI3H

PRESTADOR DE SERVIÇOS


CPF/CNPJ: 47.866.934/0001-74

Inscrição Municipal: 5.987.120-2

Nome/Razão Social: TICKET SERVICOS S.A

Endereço: AV DOUTORA RUTH CARDOSO 7815 - PINHEIROS - CEP: 05425-070

Município: São Paulo

UF: SP

TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome/Razão Social: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02

Inscrição Municipal: ----

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

Município: Lins

UF: SP

E-mail: wgalenti@ahbb.org.br

INTERMEDIÁRIO DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ: ----

Nome/Razão Social: ----

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

TA DISPONIBILIZACAO DE BENEFICIO QTD 1 R\$3.770,00

DESCONTOS CONCEDIDOS -R\$67,86

VALOR DA CORRETAGEM OU COMISSAO: ZERO

Pedido Web: 950902 Ped GP: 33893196 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: 05/07/2021

VALOR TOTAL: R\$3.702,14

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 178276 Série D4, emitido em 01/06/2021;

Convênio nº 00066/2021
 Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
 Secretaria de Estado da Saúde - UGE: 090196
 Hospital Complexo Hospitalar do Juquery
 Natureza de Despesa: Custeio



NOTA DE DEBITO

Número
178276-ND

Data de Emissão
01/06/2021

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\$3.770,00
DESCONTOS CONCEDIDOS -R\$67,86
Pedido Web: 950902 Ped GP: 33893196 Contrato: 2004030048091 IE:ISENTO IM:

VALOR TOTAL: R\$ 3.702,14

DESCRIÇÃO:

DISPONIBILIZACAO DE BENEFICIOS / CUPONS

NOTA DE DEBITO Nº	VALOR DE NOTA DE DEBITO	FORMA DE PAGAMENTO
178276-ND	R\$ 3.702,14	05/07/2021

OUTRAS INFORMAÇÕES

Este(a) NOTA DE DEBITO é relativa a RPS 178276 de 01/06/2021.

Convênio nº 00066/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE: 090198
Hospital Complexo Hospitalar do Juquery
Natureza de Despesa: Custeio

RELATÓRIO DE DETALHES DO PEDIDO

Número do Pedido Enviado: 950902

Realizado em: 27/05/2021

Valor (R\$): 3.770,00

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\$): 3.770,00

Data de Crédito:

Quantidade de Beneficiários: 26

Data de Entrega: 01/06/2021

CPF	MATRÍCULA	BENEFICIÁRIO	DEPARTAMENTO	VALOR DO BENEFÍCIO
101.255.608-50	10125560850	ADEMIR RUIZ DOS SANTOS	AHBB JUQUERY	R\$ 145,00
457.930.648-18	45793064818	BEATRIZ O ALBUQUERQUE	AHBB JUQUERY	R\$ 145,00
348.000.928-09	34800092809	BRUNA MARTINS DA SILVA	AHBB JUQUERY	R\$ 145,00
165.839.718-52	16583971852	CLAUDETE G PDOS	AHBB JUQUERY	R\$ 145,00
176.973.338-80	17697333880	DELIANE DE SOUZA SILVA	AHBB JUQUERY	R\$ 145,00
277.542.658-18	27754265818	DUCILEIDE LOPO DA SILVA	AHBB JUQUERY	R\$ 145,00
157.030.728-83	15703072883	EDILAINES S MAC	AHBB JUQUERY	R\$ 145,00
394.192.428-11	39419242811	ELIEZIA P RODRIGUES	AHBB JUQUERY	R\$ 145,00
308.779.328-08	30877932808	FERNANDA RIOS LEME	AHBB JUQUERY	R\$ 145,00
460.398.778-12	46039877812	GABRIEL MV ABAR	AHBB JUQUERY	R\$ 145,00
490.743.838-90	49074383890	GABRIELA G NASCIME	AHBB JUQUERY	R\$ 145,00
327.740.698-90	32774069890	JERONIMO SOUZA DA SILVA	AHBB JUQUERY	R\$ 145,00
145.079.588-90	14507958890	JOSE CARLOS LIMA JESUS	AHBB JUQUERY	R\$ 145,00
299.093.458-89	29909345889	JULIANA ARANTES MANHA	AHBB JUQUERY	R\$ 145,00
201.045.418-90	20104541890	LEONETE CONCEICAO OLIVEI	AHBB JUQUERY	R\$ 145,00
413.060.728-67	41306072867	LETICIA L S FREITAS	AHBB JUQUERY	R\$ 145,00
113.591.288-24	11359128824	LUIZ ANTONIO DA COSTA	AHBB JUQUERY	R\$ 145,00
157.042.758-50	15704275850	LURDIMAR M NASCIMENTO	AHBB JUQUERY	R\$ 145,00

Convênio nº 00066/2021

Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde

Secretaria de Estado da Saúde - UGE: 090196

Hospital Complexo Hospitalar do Juquery

Natureza de Despesa: Custeio

Unidade de Entrega: AHBB SEDE

Valor dos Benefícios (R\$): 3.770,00

Data de Crédito:
Quantidade de Beneficiários: 26

Data de Entrega: 01/06/2021

CPF	MATRÍCULA	BENEFICIÁRIO	DEPARTAMENTO	VALOR DO BENEFÍCIO
662.479.854-87	66247985487	MARIA DE LOURDES SILVA	AHBB JUQUERY	R\$ 145,00
113.660.028-06	11366002806	MARILU NASCIMENTO ALVES	AHBB JUQUERY	R\$ 145,00
461.093.518-06	46109351806	MARIMAR DA SILVA AVELINO	AHBB JUQUERY	R\$ 145,00
473.327.148-41	47332714841	MATHEUS SANTOS MACIEL	AHBB JUQUERY	R\$ 145,00
433.004.518-41	43300451841	MAYARA C S SILVA	AHBB JUQUERY	R\$ 145,00
337.609.738-09	33760973809	MONICA DA SILVA MELO	AHBB JUQUERY	R\$ 145,00
296.104.968-73	29610496873	RONER S BERTI	AHBB JUQUERY	R\$ 145,00
222.738.618-50	22273861850	VERIDIANA M S PINTO	AHBB JUQUERY	R\$ 145,00

Contrato: 2004030048091

UNIDADE DE ENTREGA	DEPARTAMENTO	DATA DE CRÉDITO	DATA DE ENTREGA	QUANTIDADE BENEFICIÁRIOS	VALOR DO BENEFÍCIO
AHBB SEDE	AHBB JUQUERY		01/06/2021	26	R\$ 3.770,00
				TOTAL BENEFÍCIOS	R\$ 3.770,00
RESUMO DO PRODUTO					SUB TOTAL
Total de Benefícios					R\$ 3.770,00
TOTAL					R\$ 3.770,00

Convênio nº 00066/2021
 Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
 Secretaria de Estado da Saúde - UGE: 090196
 Hospital Complexo Hospitalar do Juquery
 Natureza 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 10040.372939 81658.220009 1 86720000370214**

Beneficiário 47.866.934/0001-74 TICKET SERVICOS S/A	Agência/Código do Beneficiário 2938/16582-2	Espécie R\$	Quantidade	Nosso número 109/04100403-7
Número do documento 1.MB-178276	CPF/CNPJ 47.866.934/0001-74	Vencimento 05/07/2021	Valor Documento 3.702,14	
(-) 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)
 Obrigado por escolher a Edenred

Autenticação Mecânica

Corte na linha pontilhada

Itaú Banco Itaú S.A. | **341-7** | **34191.09040 10040.372939 81658.220009 1 86720000370214**

Local de Pagamento PAGÁVEL EM QUALQUER AGÊNCIA ATÉ O VENCIMENTO	Vencimento 05/07/2021
Beneficiário 47.866.934/0001-74 TICKET SERVICOS S/A	Agência/Código do Beneficiário 2938/16582-2
Data do Documento 01/06/2021	No documento 1.MB-178276
Espécie Doc DS	Aceite NAO
Data do Processamento 01/06/2021	Nosso Número 109/04100403-7
Uso do Banco	Carteira
Espécie R\$	Quantidade
Valor Documento	(=) Valor do Documento 3.702,14

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

COBRAR 10% DE MULTA APOS O VENCIMENTO
COBRAR MORA DIARIA DE: R\$1,85
***** VALOR DE MORA DIARIA EXPRESSO EM REAIS *****
TITULO SUJEITO A PROTESTO APOS O VENCIMENTO

COBRANCA ESCRITURAL SEM EMISSAO DE DUPLICATA
NAO RECEBER APOS 30 DIAS DO VENCIMENTO

(-) Desconto/Abatimento
(-) Outras Deduções
(+) Mora/Multa
(+) Outros acréscimos
(=) Valor Cobrado

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
 Autenticação Mecânica - **Ficha de Compensação**



3.968,69

Corte na linha pontilhada

Convênio nº 00066/2021
 Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
 Secretaria de Estado da Saúde - UGE: 090196
 Hospital Complexo Hospitalar do Juquery
 Natureza de Despesa: Custeio

30/07/2021 - BANCO DO BRASIL - 16:49:32
306203062 SEGUNDA VIA 0017
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: ASSOC HOSP B BRASIL
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.518-1

=====

DATA DA TRANSFERENCIA	30/07/2021
NR. DOCUMENTO	553.062.007.004.231
VALOR TOTAL	245.869,71

***** TRANSFERIDO PARA:

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

NR. DOCUMENTO 553.062.000.036.518
=====

NR.AUTENTICACAO	5.B55.942.5F3.200.B33
-----------------	-----------------------

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

Convênio nº 00066/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE: 090196
Hospital Complexo Hospitalar do Juquery
Natureza de Despesa: Custeio

REGISTRO DE PONTO MANUAL

Empregador: **AHBB HOSPITAL JUQUERY**

Colaborador: *Beatriz Albuquerque*

Função: *Assistente Administrativa*

Local de Trabalho : ENFERMARIA

Mês : JUNHO Ano: 2021

Dias/Mês	Ent.	Intervalo		Saída	Horas Extras		Assinatura/Observação		
		Saída	Ret.		Início	Fim			
21/05									
22/05									
23/05	07:00	13:00	14:00	19:00				<i>Beatriz</i>	
24/05									
25/05	19:00	21:00	22:00	07:00				<i>Beatriz</i>	
26/05									
27/05	07:00	12:00	13:00	19:00				<i>Beatriz</i>	
28/05									
29/05	07:00	13:00	14:00	19:10				<i>Beatriz</i>	
30/05	07:00	12:00	13:00	19:10				<i>Beatriz</i>	
31/05									
01/06									
02/06									
03/06									
04/06	07:00	12:00	13:00	16:48				<i>Beatriz</i>	
05/06									
06/06									
07/06									
08/06									
09/06									
10/06									
11/06									
12/06									
13/06									
14/06									
15/06	07:00	13:00	14:00	16:48				<i>Beatriz</i>	
16/06	07:00	12:00	13:00	16:49				<i>Beatriz</i>	
17/06	07:00	13:00	14:00	16:50				<i>Beatriz</i>	
18/06	07:00	12:00	13:00	16:48				<i>Beatriz</i>	
19/06									
20/06									

Chefia Imediata
Carimbo e Assinatura

AHBB REDE SANTA CASA	Formulário			ENFERMARIA
	Registro de Ponto Manual			
	código: FORM.RH06/02	Versão:1	Página 1de1	

REGISTRO DE PONTO MANUAL

Empregador: **AHBB HOSPITAL JUQUERY**

Colaborador: *Ademir Ruy dos Santos*

Função: *Enfermeiro*

Local de Trabalho : **ENFERMARIA**

Mês : **JUNHO** Ano: **2021**

Dias/Mês	Ent.	Intervalo		Saída	Horas Extras		Assinatura/Observação		
		Saída	Ret.		Início	Fim			
21/05									
22/05	18:40	21:00	22:00	07:10					
23/05									
24/05	18:40	21:00	22:00	07:10					
25/05									
26/05	18:50	21:00	22:00	07:20					
27/05									
28/05	18:40	21:00	22:00	07:20					
29/05									
30/05	18:30	21:00	22:00	07:10					
31/05									
01/06	18:30	21:00	22:00	07:00					
02/06									
03/06	18:40	21:00	22:00	07:05					
04/06									
05/06	18:50	21:00	22:00	07:05					
06/06									
07/06	18:50	21:00	22:00	07:00					
08/06									
09/06	18:40	21:00	22:00	07:05					
10/06									
11/06	18:40	21:00	22:00	07:00					
12/06									
13/06	18:40	21:00	22:00	07:00					
14/06									
15/06									
16/06									
17/06	18:40	21:00	22:00	07:00					
18/06									
19/06									
20/06									

Chefia Imediata
Carimbo e Assinatura

Convênio nº 00066/2021
 Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
 Secretaria de Estado da Saúde - UGE: 090196
 Hospital Complexo Hospitalar do Juquery
 Natureza de Despesa: Custeio

AHBB REDE SANTA CASA	Formulário			ENFERMARIA
	Registro de Ponto Manual			
	código: FORM.RH06/02	Versão:1	Página 1de1	

REGISTRO DE PONTO MANUAL

Empregador: **AHBB HOSPITAL JUQUERY**
 Colaborador: **CLAUDETE GONCALVES PEREIRA DOS SANTOS**
 Função: **TECNICA ENFERMAGEM**
 Local de Trabalho: **ENFERMARIA**
 Mês: **JUNHO** Ano: **2021**

Dias/Mês	Ent.	Intervalo		Sáida	Horas Extras		Assinatura/Observação	
		Saída	Ret.		Início	Fim		
21/05								
22/05		19:00	21:00	22:00	07:00			<i>[Signature]</i>
23/05								
24/05		19:00	21:00	22:00	07:00			<i>[Signature]</i>
25/05								
26/05		19:00	20:00	21:00	07:00			<i>[Signature]</i>
27/05								
28/05		19:00	21:00	22:00	07:00			<i>[Signature]</i>
29/05								
30/05		19:00	20:00	21:00	07:00			<i>[Signature]</i>
31/05								
01/06		19:00	20:30	21:30	07:00			<i>[Signature]</i>
02/06								
03/06		19:00	20:00	20:30	07:00			<i>[Signature]</i>
04/06								
05/06		<i>[Signature]</i>		FOLGA				
06/06								
07/06		19:00	21:00	21:30	07:00			<i>[Signature]</i>
08/06								
09/06		19:00	20:00	20:30	07:00			<i>[Signature]</i>
10/06								
11/06		19:00	21:00	22:00	07:00			<i>[Signature]</i>
12/06								
13/06		19:00	20:30	21:30	07:00			<i>[Signature]</i>
14/06								
15/06		19:00	21:00	21:30	07:00			<i>[Signature]</i>
16/06								
17/06		19:00	20:30	21:30	07:00			<i>[Signature]</i>
18/06								
19/06		19:00	20:00	21:00	07:00			<i>[Signature]</i>
20/06								

Chefia Imediata
Carimbo e Assinatura

Convênio nº 00066/2021
 Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
 Secretaria de Estado da Saúde - UGE: 090196
 Hospital Complexo Hospitalar do Juquery
 Natureza de Despesa: Custeio

AHBB REDE SANTA CASA	Formulário			ENFERMARIA
	Registro de Ponto Manual			
	código: FORM.RH06/02	Versão:1	Página 1de1	

REGISTRO DE PONTO MANUAL

Empregador: **AHBB HOSPITAL JUQUERY**
 Colaborador: *maria de laurdes silva*
 Função: *EC: Ent.*
 Local de Trabalho : **ENFERMARIA** Mês : **JUNHO** Ano: **2021**

Dias/Mês	Ent.	Intervalo		Saída	Horas Extras		Assinatura/Observação	
		Saída	Ret.		Início	Fim		
21/05								
22/05	18:50	20:00	21:00	07:00			<i>[Signature]</i>	
23/05								
24/05	18:55	20:00	21:00	07:00			<i>[Signature]</i>	
25/05								
26/05	19:00	20:00	21:00	07:00			<i>[Signature]</i>	
27/05								
28/05	18:50	20:00	21:00	07:00			<i>[Signature]</i>	
29/05								
30/05	<i>falga</i>	<i>falga</i>	<i>falga</i>	<i>falga</i>			<i>[Signature]</i>	
31/05								
01/06	18:55	20:00	21:00	07:00			<i>[Signature]</i>	
02/06								
03/06	18:50	20:00	21:00	07:00			<i>[Signature]</i>	
04/06								
05/06	18:55	20:00	21:00	07:00			<i>[Signature]</i>	
06/06								
07/06	18:50	20:00	21:00	07:00			<i>[Signature]</i>	
08/06								
09/06	18:50	20:00	21:00	07:00			<i>[Signature]</i>	
10/06								
11/06	18:50	20:00	21:00	07:00			<i>[Signature]</i>	
12/06								
13/06	<i>falga</i>	<i>falga</i>	<i>falga</i>	<i>falga</i>			<i>[Signature]</i>	
14/06								
15/06	18:50	20:00	21:00	07:00			<i>[Signature]</i>	
16/06								
17/06	18:50	20:00	21:00	07:00			<i>[Signature]</i>	
18/06								
19/06	18:50	20:00	21:00	07:00			<i>[Signature]</i>	
20/06								

 Chefia Imediata
 Carimbo e Assinatura

Convênio nº 00066/2021
 Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
 Secretaria de Estado da Saúde - UGE: 090196
 Hospital Complexo Hospitalar do Juquery
 Natureza de Despesa: Custeio

REGISTRO DE PONTO MANUAL

Empregador: **AHBB HOSPITAL JUQUERY**
 Colaborador: *Judima Maria do Nascimento*
 Função: *Enfermeira*
 Local de Trabalho: **ENFERMARIA** Mês: **JUNHO** Ano: **2021**

Dias/Mês	Ent.	Intervalo		Saída	Horas Extras		Assinatura/Observação	
		Saída	Ret.		Início	Fim		
21/05	18:50	20:00	21:00	07:00				
22/05								
23/05	Folga	Folga	Folga	Folga				
24/05								
25/05	18:50	20:00	21:00	07:00				
26/05								
27/05	18:50	20:00	21:00	07:00				
28/05								
29/05	18:50	20:00	21:00	07:00				
30/05								
31/05	18:50	20:00	21:00	07:00				
01/06								
02/06	18:50	20:00	21:00	07:00				
03/06								
04/06	18:50	20:00	21:00	07:00				
05/06								
06/06	18:50	20:00	21:00	07:00				
07/06								
08/06	Folga	Folga						
09/06								
10/06	18:50	20:00	21:00	07:00				
11/06								
12/06	18:50	20:00	21:00	07:00				
13/06								
14/06	18:50	20:00	21:00	07:00				
15/06								
16/06	18:50	20:00	21:00	07:00				
17/06								
18/06	18:50	20:00	21:00	07:00				
19/06								
20/06	18:50	20:00	21:00	07:00				

 Chefia Imediata
 Carimbo e Assinatura

AHBB REDE SANTA CASA	Formulário			ENFERMARIA
	Registro de Ponto Manual			
	código: FORM.RH06/02	Versão:1	Página 1de1	

REGISTRO DE PONTO MANUAL

Empregador: **AHBB HOSPITAL JUQUERY**

Colaborador: *Bruna Martins da Silva*

Função: *Enfermeira*

Local de Trabalho: **ENFERMARIA**

Mês: **JUNHO** Ano: **2021**

Dias/Mês	Ent.	Intervalo		Sáida	Horas Extras		Assinatura/Observação	
		Saída	Ret.		Início	Fim		
21/05	19:00	20:00	21:00	07:00			<i>Bruna Martins da Silva</i>	
22/05								
23/05	19:00	20:00	21:00	07:00			<i>Bruna Martins da Silva</i>	
24/05								
25/05	FOLGA							
26/05								
27/05	19:00	20:00	21:00	07:00			<i>Bruna Martins da Silva</i>	
28/05								
29/05	19:00	20:00	21:00	07:00			<i>Bruna Martins da Silva</i>	
30/05								
31/05	19:00	20:00	21:00	07:00			<i>Bruna Martins da Silva</i>	
01/06								
02/06	FOLGA							
03/06								
04/06	19:00	20:00	21:00	07:00			<i>Bruna Martins da Silva</i>	
05/06								
06/06	19:00	20:00	21:00	07:00			<i>Bruna Martins da Silva</i>	
07/06								
08/06								
09/06								
10/06								
11/06								
12/06								
13/06								
14/06								
15/06								
16/06								
17/06								
18/06								
19/06								
20/06								

 Chefia Imediata
 Carimbo e Assinatura

Convênio nº 00066/2021
 Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
 Secretaria de Estado da Saúde - UGE: 090196
 Hospital Complexo Hospitalar do Juquery
 Natureza de Despesa: Custeio

AHBB REDE SANTA CASA	Formulário			ENFERMARIA
	Registro de Ponto Manual			
	código: FORM.RH06/02	Versão:1	Página 1de1	

REGISTRO DE PONTO MANUAL

Empregador: **AHBB HOSPITAL JUQUERY**
 Colaborador: *Maíra de Nascimento Alves*
 Função: *Téc. Enfermagem*
 Local de Trabalho: **ENFERMARIA**

Mês: **JUNHO** Ano: **2021**

Dias/Mês	Ent.	Intervalo		Sáida	Horas Extras		Assinatura/Observação	
		Saída	Ret.		Início	Fim		
21/05	07:00	12:00	13:00	19:00			<i>[Assinatura]</i>	
22/05								
23/05	07:00	12:00	13:00	19:00			<i>[Assinatura]</i>	
24/05								
25/05	07:00	12:00	13:00	19:00			<i>[Assinatura]</i>	
26/05								
27/05	07:00	12:00	13:00	19:00			<i>[Assinatura]</i>	
28/05								
29/05	<i>folga</i>							
30/05								
31/05	07:00	12:00	13:00	19:00			<i>[Assinatura]</i>	
01/06								
02/06	07:00	12:00	13:00	19:00			<i>[Assinatura]</i>	
03/06								
04/06	07:00	13:00	14:00	19:00			<i>[Assinatura]</i>	
05/06								
06/06	07:00	13:00	14:00	19:00			<i>[Assinatura]</i>	
07/06								
08/06	07:00	13:00	14:00	19:00			<i>[Assinatura]</i>	
09/06								
10/06	<i>folga</i>							
11/06								
12/06	06:50	12:00	13:00	19:00			<i>[Assinatura]</i>	
13/06								
14/06	06:50	12:00	13:00	19:00			<i>[Assinatura]</i>	
15/06								
16/06	18:50	20:00	21:00	07:00			<i>[Assinatura]</i>	
17/06								
18/06	18:50	20:00	21:00	07:00			<i>[Assinatura]</i>	
19/06	18:50	20:00	21:00	07:00			<i>[Assinatura]</i>	
20/06								

 Chefia Imediata
 Carimbo e Assinatura

Convênio nº 00066/2021
 Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
 Secretaria de Estado da Saúde - UGE: 090196
 Hospital Complexo Hospitalar do Juquery
 Natureza de Despesa: Custeio

AHBB	REDE SANTA CASA	Formulário			ENFERMARIA
		Registro de Ponto Manual			
		código: FORM.RH06/02	Versão:1	Página 1de1	

REGISTRO DE PONTO MANUAL

Empregador: **AHBB HOSPITAL JUQUERY**
 Colaborador: **EDILAINÉ DA S. SILVA MACIEL**
 Função: **TE**
 Local de Trabalho: **ENFERMARIA**
 Mês: **JUNHO** Ano: **2021**

Dias/Mês	Ent.	Intervalo		Sáida	Horas Extras		Assinatura/Observação	
		Saída	Ret.		Início	Fim		
21/05	19:00	21:00	22:00					
22/05								
23/05	19:00	21:00	22:00					
24/05								
25/05	19:00	21:00	22:00					
26/05								
27/05	19:00	21:00	22:00					
28/05								
29/05	19:00	21:00	22:00					
30/05								
31/05	19:00	21:00	22:00					
01/06								
02/06	19:00	21:00	22:00					
03/06								
04/06	19:00	21:00	22:00					
05/06								
06/06	FOLGA	-	-	-	-	-		
07/06								
08/06	19:00	21:00	22:00					
09/06								
10/06	19:00	21:00	22:00	-				
11/06								
12/06	19:00	21:00	22:00					
13/06								
14/06	19:00	21:00	22:00					
15/06								
16/06	19:00	21:00	22:00					
17/06								
18/06	FOLGA	-	-	-	-	-		
19/06								
20/06	19:00	21:00	22:00					

Chefia Imediata
Carimbo e Assinatura

Convênio nº 00066/2021
 Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
 Secretaria de Estado da Saúde - UGE: 090196
 Hospital Complexo Hospitalar do Juquery
 Natureza de Despesa: Custeio

AHBB REDE SANTA CASA	Formulário			ENFERMARIA
	Registro de Ponto Manual			
	código: FORM.RH06/02	Versão:1	Página 1de1	

REGISTRO DE PONTO MANUAL

Empregador: **AHBB HOSPITAL JUQUERY**
 Colaborador: *Gabriela Gonçalves do Nascimento*
 Função: *Téc. de enfermagem*
 Local de Trabalho: **ENFERMARIA**
 Mês: **JUNHO** Ano: **2021**

Dias/Mês	Ent.	Intervalo		Saída	Horas Extras		Assinatura/Observação
		Saída	Ret.		Início	Fim	
21/05							
22/05	18:50	20:00	23:00	07:00			<i>Gabriela G. do Nascimento</i>
23/05	18:50	20:30	23:30	07:00			<i>Gabriela G. do Nascimento</i>
24/05							
25/05	18:50	20:00	23:00	07:00			<i>Gabriela G. do Nascimento</i>
26/05							
27/05	19:00	20:00	23:00	07:00			<i>Gabriela G. do Nascimento</i>
28/05	18:50	20:30	23:30	07:00			<i>Gabriela G. do Nascimento</i>
29/05							
30/05	18:50	20:30	23:30	07:00			<i>Gabriela G. do Nascimento</i>
31/05							
01/06	18:45	20:30	23:30	07:00			<i>Gabriela G. do Nascimento</i>
02/06	18:50	20:00	23:00	07:00			<i>Gabriela G. do Nascimento</i>
03/06	18:45	20:00	23:00	07:00			<i>Gabriela G. do Nascimento</i>
04/06							
05/06	18:45	20:00	23:00	07:00			<i>Gabriela G. do Nascimento</i>
06/06	18:50	20:30	23:30	07:00			<i>Gabriela G. do Nascimento</i>
07/06							
08/06							
09/06							
10/06							
11/06							
12/06	18:45	20:30	23:30	07:00			<i>Gabriela G. do Nascimento</i>
13/06							
14/06	18:50	20:00	23:00	07:00			<i>Gabriela G. do Nascimento</i>
15/06							
16/06	18:50	20:00	23:00	07:00			<i>Gabriela G. do Nascimento</i>
17/06							
18/06	18:45	20:00	23:00	07:00			<i>Gabriela G. do Nascimento</i>
19/06							
20/06	18:50	20:30	23:30	07:00			<i>Gabriela G. do Nascimento</i>

 Chefia Imediata
 Carimbo e Assinatura

Convênio nº 00066/2021
 Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
 Secretaria de Estado da Saúde - UGE: 090196
 Hospital Complexo Hospitalar do Juquery
 Natureza de Despesa: Custeio

AHBB REDE SANTA CASA	Formulário			ENFERMARIA
	Registro de Ponto Manual			
	código: FORM.RH06/02	Versão:1	Página 1de1	

REGISTRO DE PONTO MANUAL

Empregador: **AHBB HOSPITAL JUQUERY**
 Colaborador: *Jose Carlos da Silva de Jesus*
 Função: *Rec. Enfermagem*
 Local de Trabalho: **ENFERMARIA** Mês: **JUNHO** Ano: **2021**

Dias/Mês	Ent.	Intervalo		Sáida	Horas Extras		Assinatura/Observação	
		Saída	Ret.		Início	Fim		
21/05	18:45	21:00	22:00	07:05			<i>[Signature]</i>	
22/05								
23/05	FOLGA		22:00					
24/05								
25/05	18:45	21:00	22:00	07:05			<i>[Signature]</i>	
26/05								
27/05	18:50	21:00	22:00	07:05			<i>[Signature]</i>	
28/05								
29/05	18:45	21:00	22:00	07:05			<i>[Signature]</i>	
30/05								
31/05	18:50	21:00	22:00	07:05			<i>[Signature]</i>	
01/06								
02/06	18:45	21:00	22:00	07:05			<i>[Signature]</i>	
03/06								
04/06	18:50	21:00	22:00	07:05			<i>[Signature]</i>	
05/06								
06/06	18:50	21:00	22:00	07:05			<i>[Signature]</i>	
07/06								
08/06	18:45	21:00	22:00	07:05			<i>[Signature]</i>	
09/06								
10/06	18:50	21:00	22:00	07:05			<i>[Signature]</i>	
11/06								
12/06	FOLGA							
13/06								
14/06	18:50	21:00	22:00	07:05			<i>[Signature]</i>	
15/06								
16/06	18:45	21:00	22:00	07:05			<i>[Signature]</i>	
17/06								
18/06	18:50	21:00	22:00	07:05			<i>[Signature]</i>	
19/06								
20/06	18:45	21:00	22:00	07:05			<i>[Signature]</i>	

 Chefia Imediata
 Carimbo e Assinatura

Convênio nº 00066/2021
 Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
 Secretaria de Estado da Saúde - UGE: 090196
 Hospital Complexo Hospitalar do Juquery
 Natureza de Despesa: Custeio

AHBB	REDE SANTA CASA	Formulário			ENFERMARIA
		Registro de Ponto Manual			
		código: FORM.RH06/02	Versão:1	Página 1de1	

REGISTRO DE PONTO MANUAL

Empregador: **AHBB HOSPITAL JUQUERY**

Colaborador: *mônica da Silva Melo*

Função: *Enfermeira*

Local de Trabalho : ENFERMARIA

Mês : JUNHO Ano: 2021

Dias/Mês	Ent.	Intervalo		Sáida	Horas Extras		Assinatura/Observação
		Saída	Ret.		Início	Fim	
21/05							
22/05							
23/05							
24/05	7:00	12:00	13:00	19:00			<i>[Assinatura]</i>
25/05	7:00	12:00	13:00	19:00			<i>[Assinatura]</i>
26/05	7:00	13:00	14:00	19:00			<i>[Assinatura]</i>
27/05							
28/05							
29/05							
30/05							
31/05							
01/06	7:00	13:00	14:00	19:00			<i>[Assinatura]</i>
02/06							
03/06	7:00	13:00	14:00	19:00			<i>[Assinatura]</i>
04/06	7:00	13:00	14:00	19:00			<i>[Assinatura]</i>
05/06	7:00	13:00	14:00	19:00			<i>[Assinatura]</i>
06/06							
07/06							
08/06	7:00	13:00	14:00	19:00			<i>[Assinatura]</i>
09/06	7:00	13:00	14:00	19:00			<i>[Assinatura]</i>
10/06							
11/06							
12/06							
13/06							
14/06							
15/06							
16/06	7:00	12:00	13:00	19:00			<i>[Assinatura]</i>
17/06							
18/06	7:00	12:00	13:00	19:00			<i>[Assinatura]</i>
19/06							
20/06	7:00	13:00	14:00	19:00			<i>[Assinatura]</i>

 Chefia Imediata
 Carimbo e Assinatura

AHBB REDE SANTA CASA	Formulário			ENFERMARIA
	Registro de Ponto Manual			
	código: FORM.RH06/02	Versão:1	Página 1de1	

REGISTRO DE PONTO MANUAL

Empregador: **AHBB HOSPITAL JUQUERY**
 Colaborador: *mauricio do Sivo acilma*
 Função: *tec de enfermagem*
 Local de Trabalho: **ENFERMARIA**

Mês: JUNHO Ano: 2021

Dias/Mês	Ent.	Intervalo		Sáida	Horas Extras		Assinatura/Observação	
		Saída	Ret.		Início	Fim		
21/05	<i>folga</i>		<i>folga</i>				<i>may</i>	
22/05								
23/05	<i>07:00</i>	<i>12:00</i>	<i>13:00</i>	<i>19:00</i>			<i>may</i>	
24/05								
25/05	<i>07:00</i>	<i>12:00</i>	<i>13:00</i>	<i>19:00</i>			<i>may</i>	
26/05								
27/05	<i>07:00</i>	<i>13:00</i>	<i>14:00</i>	<i>19:00</i>			<i>may</i>	
28/05								
29/05	<i>07:00</i>	<i>13:00</i>	<i>14:00</i>	<i>19:00</i>			<i>may</i>	
30/05								
31/05	<i>07:00</i>	<i>13:00</i>	<i>14:00</i>	<i>19:00</i>			<i>may</i>	
01/06								
02/06	<i>07:00</i>	<i>13:00</i>	<i>14:00</i>	<i>19:00</i>			<i>may</i>	
03/06								
04/06	<i>07:00</i>	<i>12:00</i>	<i>13:00</i>	<i>19:00</i>			<i>may</i>	
05/06								
06/06	<i>folga</i>		<i>folga</i>				<i>may</i>	
07/06								
08/06	<i>07:00</i>	<i>12:00</i>	<i>13:00</i>	<i>19:00</i>			<i>may</i>	
09/06								
10/06	<i>07:00</i>	<i>11:30</i>	<i>12:30</i>	<i>19:00</i>			<i>may</i>	
11/06								
12/06	<i>07:00</i>	<i>12:00</i>	<i>13:00</i>	<i>19:00</i>			<i>may</i>	
13/06								
14/06	<i>07:00</i>	<i>13:00</i>	<i>14:00</i>	<i>19:00</i>			<i>may</i>	
15/06								
16/06	<i>07:00</i>	<i>13:00</i>	<i>14:00</i>	<i>19:00</i>			<i>may</i>	
17/06								
18/06	<i>folga</i>		<i>folga</i>				<i>may</i>	
19/06								
20/06	<i>07:00</i>	<i>12:00</i>	<i>13:00</i>	<i>19:00</i>			<i>may</i>	

 Chefia Imediata
 Carimbo e Assinatura

AHBB REDE SANTA CASA	Formulário			ENFERMARIA
	Registro de Ponto Manual			
	código: FORM.RH06/02	Versão:1	Página 1de1	

REGISTRO DE PONTO MANUAL

Empregador: **AHBB HOSPITAL JUQUERY**
 Colaborador: *Fernanda Souza de Almeida*
 Função: *Técnica de Enfermagem*
 Local de Trabalho: **ENFERMARIA**
 Mês: **JUNHO** Ano: **2021**

Dias/Mês	Ent.	Intervalo		Sáida	Horas Extras		Assinatura/Observação	
		Saída	Ret.		Início	Fim		
21/05	07:00	13:00	14:00	19:00			<i>De</i>	
22/05								
23/05	<i>Folga</i>		<i>Folga</i>				<i>De</i>	
24/05								
25/05								
26/05								
27/05								
28/05								
29/05								
30/05								
31/05								
01/06								
02/06								
03/06								
04/06								
05/06								
06/06								
07/06								
08/06								
09/06								
10/06								
11/06								
12/06								
13/06								
14/06								
15/06								
16/06								
17/06								
18/06								
19/06								
20/06								

 Chefia Imediata
 Carimbo e Assinatura

AHBB	REDE SANTA CASA	Formulário			ENFERMARIA
		Registro de Ponto Manual			
		código: FORM.RH06/02	Versão:1	Página 1de1	

REGISTRO DE PONTO MANUAL

Empregador: AHBB HOSPITAL JUQUERY
 Colaborador: Leiliana Luana de Souza Freitas
 Função: Técnica Enfermagem
 Local de Trabalho: ENFERMARIA
 Mês: JUNHO Ano: 2021

Dias/Mês	Ent.	Intervalo		Saída	Horas Extras		Assinatura/Observação
		Saída	Ret.		Início	Fim	
21/05							
22/05	07:00	13:00	14:05	18:00			<i>[Signature]</i>
23/05							
24/05							
25/05							
26/05							
27/05							
28/05							
29/05	07:00	12:00	13:00	18:00			<i>[Signature]</i>
30/05							
31/05							
01/06	07:00	12:00	13:00	18:00			<i>[Signature]</i>
02/06							
03/06							
04/06							
05/06	07:00	12:00	13:00	19:00			<i>[Signature]</i>
06/06	07:00	12:00	13:00	15:00			<i>[Signature]</i>
07/06							
08/06							
09/06	07:00	12:00	13:00	19:00			<i>[Signature]</i>
10/06	06:45	12:30	13:30	19:00			<i>[Signature]</i>
11/06	06:50	12:00	13:00	18:00			<i>[Signature]</i>
12/06	07:00	12:00	13:00	19:00			<i>[Signature]</i>
13/06							
14/06	07:00	12:00	13:00	18:00			<i>[Signature]</i>
15/06							
16/06	07:00	12:00	13:00	19:00			<i>[Signature]</i>
17/06							
18/06	06:50	12:00	13:00	15:00			<i>[Signature]</i>
19/06							
20/06							<i>[Signature]</i>

 Chefia Imediata
 Carimbo e Assinatura

AHBB REDE SANTA CASA	Formulário			ENFERMARIA
	Registro de Ponto Manual			
	código: FORM.RH06/02	Versão:1	Página 1de1	

REGISTRO DE PONTO MANUAL

Empregador: **AHBB HOSPITAL JUQUERY**

Colaborador: *Galizia Perena Rodriguez*

Função: *Enfermeira*

Local de Trabalho : **ENFERMARIA**

Mês : JUNHO Ano: 2021

Dias/Mês	Ent.	Intervalo		Sáida	Horas Extras		Assinatura/Observação
		Saída	Ret.		Início	Fim	
21/05	07:00	12:00	13:00	19:00			<i>Galizia</i>
22/05							<i>Galizia</i>
23/05	07:00	12:00	13:00	19:00			<i>Galizia</i>
24/05							
25/05	<i>folga</i>						
26/05							<i>Galizia</i>
27/05	07:00	12:00	13:00	19:00			<i>Galizia</i>
28/05							<i>Galizia</i>
29/05	07:00	12:00	13:00	19:00			<i>Galizia</i>
30/05							<i>Galizia</i>
31/05	07:00	12:00	13:00	19:00			<i>Galizia</i>
01/06							<i>Galizia</i>
02/06	07:00	12:00	13:00	19:00			<i>Galizia</i>
03/06							<i>Galizia</i>
04/06	07:00	12:00	13:00	19:00			<i>Galizia</i>
05/06							<i>Galizia</i>
06/06	07:00	12:00	13:00	19:00			<i>Galizia</i>
07/06							
08/06	<i>folga</i>						
09/06							<i>Galizia</i>
10/06	07:00	12:00	13:00	19:00			<i>Galizia</i>
11/06							<i>Galizia</i>
12/06	07:00	12:00	13:00	19:00			<i>Galizia</i>
13/06							<i>Galizia</i>
14/06	07:00	12:00	13:00	19:00			<i>Galizia</i>
15/06							<i>Galizia</i>
16/06	07:00	12:00	13:00	19:00			<i>Galizia</i>
17/06							
18/06	<i>folga</i>						
19/06							<i>Galizia</i>
20/06	07:00	12:00	13:00	19:00			<i>Galizia</i>

Chefia Imediata
Carimbo e Assinatura

Convênio nº 00066/2021
 Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
 Secretaria de Estado da Saúde - UGE: 090196
 Hospital Complexo Hospitalar do Juquery
 Natureza de Despesa: Custeio

AHBB REDE SANTA CASA	Formulário			ENFERMARIA
	Registro de Ponto Manual			
	código: FORM.RH06/02	Versão:1	Página 1de1	

REGISTRO DE PONTO MANUAL

Empregador: **AHBB HOSPITAL JUQUERY**

Colaborador: *Edmar motus de oliveira da zca*

Função: *Téc Enfermeiro*

Local de Trabalho: **ENFERMARIA**

Mês: **JUNHO** Ano: **2021**

Dias/Mês	Ent.	Intervalo		Sáida	Horas Extras		Assinatura/Observação	
		Saída	Ret.		Início	Fim		
21/05	06:50	12:00	13:00	19:00			<i>Edmar</i>	
22/05								
23/05	06:50	12:00	13:00	19:00			<i>Edmar</i>	
24/05								
25/05	06:50	12:00	13:00	19:00			<i>Edmar</i>	
26/05								
27/05	06:50	12:00	13:00	19:00			<i>Edmar</i>	
28/05								
29/05	06:50	12:00	13:00	19:00			<i>Edmar</i>	
30/05								
31/05	06:50	12:00	13:00	19:00			<i>Edmar</i>	
01/06								
02/06	06:50	12:00	13:00	19:00			<i>Edmar</i>	
03/06								
04/06	06:50	14:00	15:00	19:00			<i>Edmar</i>	
05/06								
06/06	06:50	14:00	15:00	19:00			<i>Edmar</i>	
07/06								
08/06	06:50	13:00	14:00	19:00			<i>Edmar</i>	
09/06								
10/06	06:50	12:00	13:00	19:00			<i>Edmar</i>	
11/06								
12/06	<i>folga!</i>						<i>Edmar</i>	
13/06								
14/06	06:30	13:00	14:00	19:00			<i>Edmar</i>	
15/06								
16/06	06:50	13:00	14:00	19:00			<i>Edmar</i>	
17/06								
18/06								
19/06								
20/06								

Chéfa Imediata
Carimbo e Assinatura

Convênio nº 00066/2021
Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde - UGE: 090196
Hospital Complexo Hospitalar do Juquery
Natureza de Despesa: Custeio

AHBB REDE SANTA CASA	Formulário			ENFERMARIA
	Registro de Ponto Manual			
	código: FORM.RH06/02	Versão:1	Página 1de1	

REGISTRO DE PONTO MANUAL

Empregador: **AHBB HOSPITAL JUQUERY**
 Colaborador: *Paulo Henrique dos Santos Silva*
 Função: *Téc. enfermagem*
 Local de Trabalho: **ENFERMARIA**

Mês: JUNHO Ano: 2021

Dias/Mês	Ent.	Intervalo		Saída	Horas Extras		Assinatura/Observação
		Saída	Ret.		Início	Fim	
21/05							
22/05							
23/05							
24/05							
25/05							
26/05							
27/05							
28/05							
29/05							
30/05							
31/05							
01/06							
02/06							
03/06							
04/06							
05/06							
06/06							
07/06							
08/06							
09/06							
10/06							
11/06							
12/06							
13/06							
14/06							
15/06							
16/06							
17/06							
18/06		07:00	12:00	13:00	19:00		<i>[Assinatura]</i>
19/06		07:00	12:00	13:00	19:00		
20/06							

 Chefia Imediata
 Carimbo e Assinatura

Convênio nº 00066/2021
 Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
 Secretaria de Estado da Saúde - UGE: 090196
 Hospital Complexo Hospitalar do Juquery
 Natureza de Despesa: Custeio

AHBB	REDE SANTA CASA	Formulário			ENFERMARIA
		Registro de Ponto Manual			
		código: FORM.RH06/02	Versão:1	Página 1de1	

REGISTRO DE PONTO MANUAL

Empregador: AHBB HOSPITAL JUQUERY
 Colaborador: Mariana Carolina de Souza Silva
 Função: Técnica de Enfermagem
 Local de Trabalho: ENFERMARIA

Mês: JUNHO Ano: 2021

Dias/Mês	Ent.	Intervalo		Saída	Horas Extras		Assinatura/Observação
		Saída	Ret.		Início	Fim	
21/05							
22/05	07:00	13:05	14:05	19:00			me
23/05							
24/05	07:00	12:00	13:00	19:00			me
25/05							
26/05	06:55	13:10	14:10	19:00			me
27/05							
28/05	06:50	12:30	13:30	19:00			me
29/05							
30/05	06:55	12:00	13:00	19:00			me
31/05							
01/06	falta						
02/06							
03/06	06:45	12:10	13:00	19:00			me
04/06							
05/06	07:00	13:00	14:00	19:00			me
06/06							
07/06	07:00	13:00	14:00	19:00			me
08/06							
09/06	06:45	12:30	13:30	19:00			me
10/06							
11/06	falta						
12/06							
13/06	07:00	13:00	14:00	19:00			me
14/06							
15/06	06:45	14:00	15:00	19:00			me
16/06							
17/06	06:50	14:30	15:30	19:00			me
18/06							
19/06	07:00	13:00	14:00	19:00			me
20/06							

 Chefia Imediata
 Carimbo e Assinatura

Convênio nº 00066/2021
 Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
 Secretaria de Estado da Saúde - UGE: 090196
 Hospital Complexo Hospitalar do Juquery
 Natureza de Despesa: Custeio

AHBB REDE SANTA CASA	Formulário			ENFERMARIA
	Registro de Ponto Manual			
	código: FORM.RH06/02	Versão:1	Página 1de1	

REGISTRO DE PONTO MANUAL

Empregador: **AHBB HOSPITAL JUQUERY**
 Colaborador: *Jerônimo Souza da Silva*
 Função: *Técnico de Enfermagem*
 Local de Trabalho: **ENFERMARIA**
 Mês: **JUNHO** Ano: **2021**

Dias/Mês	Ent.	Intervalo		Sáida	Horas Extras		Assinatura/Observação
		Saída	Ret.		Início	Fim	
21/05							
22/05	FOLGA						
23/05							
24/05	7:00	13:00	14:00	19:00			<i>fero</i>
25/05							
26/05	7:00	14:00	15:00	19:00			<i>fero</i>
27/05							
28/05	7:00	14:00	15:00	19:00			<i>fero</i>
29/05							
30/05	7:00	13:00	14:00	19:00			<i>fero</i>
31/05							
01/06	7:00	13:00	14:00	19:00			<i>fero</i>
02/06							
03/06	7:00	13:00	14:00	19:00			<i>fero</i>
04/06							
05/06	FOLGA						
06/06							
07/06	7:00	13:00	14:00	19:00			<i>fero</i>
08/06							
09/06	7:00	11:00	12:00	19:00			<i>fero</i>
10/06							
11/06	7:00	12:00	13:00	19:00			<i>fero</i>
12/06							
13/06	7:00	12:00	13:00	19:00			<i>fero</i>
14/06							
15/06	7:00	12:00	13:00	19:00			<i>fero</i>
16/06							
17/06	7:00	13:00	14:00	19:00			<i>fero</i>
18/06							
19/06	7:00	13:00	14:00	19:00			<i>fero</i>
20/06							

 Chefia Imediata
 Carimbo e Assinatura

Convênio nº 00066/2021
 Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
 Secretaria de Estado da Saúde - UGE: 090196
 Hospital Complexo Hospitalar do Juquery
 Natureza de Despesa: Custeio

AHBB REDE SANTA CASA	Formulário			ENFERMARIA
	Registro de Ponto Manual			
	código: FORM.RH06/02	Versão:1	Página 1de1	

REGISTRO DE PONTO MANUAL

Empregador: **AHBB HOSPITAL JUQUERY**

Colaborador: *Juliana Arantes Manka*

Função: *Enfermeira*

Local de Trabalho : **ENFERMARIA**

Mês : **JUNHO** Ano: **2021**

Dias/Mês	Ent.	Intervalo		Saída	Horas Extras		Assinatura/Observação		
		Saída	Ret.		Início	Fim			
21/05									
22/05	07:00	13:00	14:00	19:00			<i>Juliana</i>		
23/05									
24/05	07:00	12:00	13:00	19:00			<i>Juliana</i>		
25/05									
26/05	07:00	12:00	13:00	19:00			<i>Juliana</i>		
27/05									
28/05	07:00	13:30	14:30	19:00			<i>Juliana</i>		
29/05									
30/05	07:00	12:00	13:00	19:00			<i>Juliana</i>		
31/05									
01/06	07:00	12:00	13:00	19:00			<i>Juliana</i>		
02/06									
03/06	07:00	12:00	13:00	19:00			<i>Juliana</i>		
04/06									
05/06	<i>Folga</i>								
06/06									
07/06	07:00	12:00	13:00	19:00			<i>Juliana</i>		
08/06									
09/06	07:00	12:00	13:00	19:00			<i>Juliana</i>		
10/06									
11/06	07:00	12:00	13:00	19:00			<i>Juliana</i>		
12/06									
13/06	07:00	12:00	13:00	19:00			<i>Juliana</i>		
14/06									
15/06	07:00	12:00	13:00	19:00			<i>Juliana</i>		
16/06									
17/06	07:00	12:00	13:00	19:00			<i>Juliana</i>		
18/06									
19/06	07:00	12:00	13:00	19:00			<i>Juliana</i>		
20/06									

Chefia Imediata
Carimbo e Assinatura

Convênio nº 00066/2021
 Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
 Secretaria de Estado da Saúde - UGE: 090196
 Hospital Complexo Hospitalar do Juquery
 Natureza de Despesa: Custeio

AHBB REDE SANTA CASA	Formulário			ENFERMARIA
	Registro de Ponto Manual			
	código: FORM.RH06/02	Versão:1	Página 1de1	

REGISTRO DE PONTO MANUAL

Empregador: **AHBB HOSPITAL JUQUERY**
 Colaborador: Leonete Conceição de Oliveira Avelar
 Função: Técnicas de Enfermagem
 Local de Trabalho: **ENFERMARIA** Mês: **JUNHO** Ano: **2021**

Dias/Mês	Ent.	Intervalo		Saída	Horas Extras		Assinatura/Observação	
		Saída	Ret.		Início	Fim		
21/05								
22/05	07:00	13:00	14:00	19:00				
23/05								
24/05	07:00	13:00	14:00	19:00				
25/05								
26/05	07:00	13:00	14:00	19:00				
27/05								
28/05	07:00	13:00	14:00	19:00				
29/05								
30/05	07:00	13:00	14:00	19:00				
31/05								
01/06	07:00	13:00	14:00	19:00				
02/06								
03/06	07:00	12:00	13:00	19:00				
04/06								
05/06	07:00	13:00	14:00	19:00				
06/06								
07/06	07:00	13:00	14:00	19:00				
08/06								
09/06	<u>folga</u>							
10/06								
11/06	07:00	13:00	14:00	19:00				
12/06								
13/06	07:00	13:00	14:00	19:00				
14/06								
15/06	07:00	13:00	14:00	19:00				
16/06								
17/06	07:00	13:00	14:00	19:00				
18/06								
19/06	07:00	14:00	15:00	19:00				
20/06								

 Chefia Imediata
 Carimbo e Assinatura

Convênio nº 00066/2021
 Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
 Secretária de Estado da Saúde - UGE: 090196
 Hospital Complexo Hospitalar do Juquery
 Natureza de Despesa: Custeio

REGISTRO DE PONTO MANUAL

Empregador: **AHBB HOSPITAL JUQUERY**
 Colaborador: *Luiz Antonio da Costa*
 Função: *Enfermeiro*
 Local de Trabalho: **ENFERMARIA** Mês: **JUNHO** Ano: **2021**

Dias/Mês	Ent.	Intervalo		Sáida	Horas Extras		Assinatura/Observação		
		Saída	Ret.		Início	Fim			
21/05									
22/05	19:00	21:00	22:00	07:00					<i>[Signature]</i>
23/05	19:00	21:00	22:00	07:00					<i>[Signature]</i>
24/05	19:00	21:00	22:00	07:00					<i>[Signature]</i>
25/05									
26/05									
27/05	19:00	21:00	22:00	07:00					<i>[Signature]</i>
28/05									
29/05	19:00	21:00	22:00	07:00					<i>[Signature]</i>
30/05									
31/05									
01/06	19:00	21:00	22:00	07:00					<i>[Signature]</i>
02/06									
03/06	Falga			Falga					
04/06									
05/06	Falga			Falga					
06/06									
07/06	19:00	21:00	22:00	07:00					<i>[Signature]</i>
08/06	19:00	21:00	22:00	07:00					<i>[Signature]</i>
09/06									
10/06	19:00	21:00	22:00	07:00					<i>[Signature]</i>
11/06									
12/06	19:00	21:00	22:00	07:00					<i>[Signature]</i>
13/06									
14/06									
15/06	19:00	21:00	22:00	07:00					<i>[Signature]</i>
16/06									
17/06	19:00	21:00	22:00	07:00					<i>[Signature]</i>
18/06									
19/06	19:00	21:00	22:00	07:00					<i>[Signature]</i>
20/06									

 Chefia Imediata
 Carimbo e Assinatura

AHBB REDE SANTA CASA	Formulário			ENFERMARIA
	Registro de Ponto Manual			
	código: FORM.RH06/02	Versão:1	Página 1de1	

REGISTRO DE PONTO MANUAL

Empregador: AHBB HOSPITAL JUQUERY
 Colaborador: *Divaleide Lopes da Silva*
 Função: *Técnica de enfermagem*
 Local de Trabalho: ENFERMARIA

Mês: JUNHO Ano: 2021

Dias/Mês	Ent.	Intervalo		Sáida	Horas Extras		Assinatura/Observação	
		Saída	Ret.		Início	Fim		
21/05								
22/05	Folga							
23/05								
24/05	19:00	20:00	21:00	07:00			<i>Silva</i>	
25/05								
26/05	19:00	20:00	21:00	07:00			<i>Silva</i>	
27/05								
28/05	19:00	21:30	22:30	07:00			<i>Silva</i>	
29/05								
30/05	19:00	20:30	21:30	07:00			<i>Silva</i>	
31/05								
01/06	19:00	20:00	21:00	07:00			<i>Silva</i>	
02/06								
03/06	Folga							
04/06								
05/06	19:00	20:00	21:00	07:00			<i>Silva</i>	
06/06								
07/06	19:00	20:30	21:30	07:00			<i>Silva</i>	
08/06								
09/06	19:00	21:00	22:00	07:00			<i>Silva</i>	
10/06								
11/06	19:00	20:00	21:00	07:00			<i>Silva</i>	
12/06								
13/06	19:00	20:00	21:00	07:00			<i>Silva</i>	
14/06								
15/06	19:00	20:00	21:00	07:00			<i>Silva</i>	
16/06								
17/06	19:00	20:00	21:00	07:00			<i>Silva</i>	
18/06								
19/06	Folga							
20/06								

 Chefia Imediata
 Carimbo e Assinatura

Convênio nº 00066/2021
 Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
 Secretaria de Estado da Saúde - UGE: 090196
 Hospital Complexo Hospitalar do Juquery
 Natureza de Despesa: Custeio

AHBB REDE SANTA CASA	Formulário			ENFERMARIA
	Registro de Ponto Manual			
	código: FORM.RH06/02	Versão:1	Página 1de1	

REGISTRO DE PONTO MANUAL

Empregador: **AHBB HOSPITAL JUQUERY**

Colaborador: *Vendiana Maria Silva Pinto*

Função :

Local de Trabalho : **ENFERMARIA**

Mês : **JUNHO** Ano: **2021**

Dias/Mês	Ent.	Intervalo		Saída	Horas Extras		Assinatura/Observação
		Saída	Ret.		Início	Fim	
21/05	08:00	12:00	13:00	17:00			<i>[Assinatura]</i>
22/05							
23/05							
24/05	08:00	12:00	13:00	17:00			<i>[Assinatura]</i>
25/05	08:00	12:00	13:00	17:00			<i>[Assinatura]</i>
26/05	08:00	12:00	13:00	17:00			<i>[Assinatura]</i>
27/05	08:00	12:00	13:00	17:00			<i>[Assinatura]</i>
28/05	08:00	12:00	13:00	17:00			<i>[Assinatura]</i>
29/05							
30/05							
31/05	08:00	12:00	13:00	17:00			<i>[Assinatura]</i>
01/06	08:00	12:00	13:00	17:00			<i>[Assinatura]</i>
02/06	08:00	12:00	13:00	17:00			<i>[Assinatura]</i>
03/06	08:00	12:00	13:00	17:00			<i>[Assinatura]</i>
04/06	08:00	12:00	13:00	17:00			<i>[Assinatura]</i>
05/06							
06/06							
07/06	08:00	12:00	13:00	17:00			<i>[Assinatura]</i>
08/06	08:00	12:00	13:00	17:00			<i>[Assinatura]</i>
09/06	08:00	12:00	13:00	17:00			<i>[Assinatura]</i>
10/06	08:00	12:00	13:00	17:00			<i>[Assinatura]</i>
11/06	08:00	12:00	13:00	17:00			<i>[Assinatura]</i>
12/06							
13/06							
14/06	08:00	12:00	13:00	17:00			<i>[Assinatura]</i>
15/06	08:00	12:00	13:00	17:00			<i>[Assinatura]</i>
16/06	08:00	12:00	13:00	17:00			<i>[Assinatura]</i>
17/06	08:00	12:00	13:00	17:00			<i>[Assinatura]</i>
18/06	08:00	12:00	13:00	17:00			<i>[Assinatura]</i>
19/06							
20/06							

ASSOC.HOSP.BENEF.DO BRASIL

Carimbo e Assinatura

Convênio nº 00066/2021
 Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
 Secretaria de Estado da Saúde - UGE: 090196
 Hospital Complexo Hospitalar do Juquery
 Natureza de Despesa: Custeio

	126
2	

niva	otor	Papel
OSCO		

Bol. 1968-69
 Cof. de Ases. Soc. Econ. y Edu. 1968-69

32200
 ente

assinatur
 1 Art. 10

10
 25 de Agosto de 1968
 1 de Septiembre de 1968
 Dispos.

2008-1968

<p>De</p>		Fe	Arma
<p>Titulo</p>	<p>Priva</p>	<p>Motor</p>	<p>Panel</p>
<p>2</p>	<p>OSCO</p>	<p>3</p>	
<p>322⁰⁰ ente</p>	<p>assinatura Art. 11</p>	<p>10 100 de 1 de Dispositiva</p>	

CONTRATO DE GESTÃO- n° 66/2021 - JUQUERY

Entidade:	Associação Hospitalar Beneficente do Brasil- AHBB	CNPJ: 45.349.461/0001-02
Endereço:	Av Jose Ariano Rodrigues, 303, Jardim Ariano	Cidade: Lins
Convênio n°	66/2021	
Anexo 9	Demonstrativo de Valores Repassados	Ano: 2021

MÊS	VALOR PLANO DE TRABALHO	VALORES REPASSADOS	%	DIFERENÇA
Maio	R\$ 483.136,54	R\$ 483.137,00	100%	R\$ -
Junho	R\$ 483.136,54	R\$ 483.136,54	100%	R\$ -
Julho	R\$ 483.136,54	R\$ 287.115,75	59%	-R\$ 196.020,79
Total/ Execução	R\$ 1.449.409,62	R\$ 1.253.389,29	100%	-R\$ 196.020,79

Lins, 10/08/2021	Diretor Administrativo	Diretora Controladoria	Gerência Técnica
-------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------

Convênio nº 00066/2021
 Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde
 Secretaria de Estado da Saúde - UGE: 090196
 Hospital Complexo Hospitalar do Juquery
 Natureza de Despesa: Custeio