

Local de Pagamento ATE O VENCIMENTO, PREFERENCIALMENTE ITAU					Vencimento 21/09/2020	
Beneficiário NEUPHARMA DISTRIB. MATERIAL MEDICO HOSPITALAR LTDA AV SANTA INES, 909 - TERREO CNPJ: 21.487.927/0001-78					Agência / Código Beneficiário 6646/10900-6	
					Nosso Número 109/32558275-0	
Data Docto. 23/07/2020	Número Documento 8034/2		Espécie Doc. DM	Acéite N	Data Processamento 23/07/2020	
Uso Banco	Carteira 109	Espécie R\$	Quantidade	Valor da Moeda		
Instruções (Texto de responsabilidade do beneficiário) APÓS VENCIMENTO COBRAR MULTA DE R\$ 132,97					(-) Valor do Documento 3.799,00	
					(-) Desconto/Abatimento	
					(-) Outras Deduções	
					(+/-) Mora/Multa	
					(+/-) Outros Acréscimos	
					(=) Valor Cobrado	
Pagador IRMANDADE DE MISERICORDIA DO HOSPITAL DA SANT RUA CARLOS KIELANDER, 396 - CXPST: 180 15910-000 MONTE ALTO					CNPJ. 52852100000140 I.E. SP	
Sacador/Avalista					Código de Barra Autenticação mecânica	

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

0890 - MONTE ALTO, SP

DATA: 18/08/2020

HORA: 15:22:45

TERMINAL: 1001

NSU: 000757

AUT.: 0074

COMPROVANTE DE PAGAMENTO
BOLETO COM CÓDIGO DE BARRAS

REPRESENTAÇÃO NUMÉRICA DO CÓDIGO DE BARRAS

34191 09321 55877 506647
61070 1000007 83870000379900

INSTITUIÇÃO EMISSORA DE TITULO UNIBANCO S.A.

BENEFICIÁRIO

NOME FANTASIA: NEUPHARMA D M M LTDA

NOME/RAZÃO SOCIAL: NEUPHARMA D M M H LTDA

CPF/CNPJ: 21.487.927/0001-78

PAGADOR

NOME: IRMANDADE DE MISERICORDIA DO H

CPF/CNPJ: 52.852.100/0001-40

PORTADOR

NOME: IRMAND MISER DOSI SANTA CASA MA

CPF/CNPJ: 52.852.100/0001-40

DATA DE VENCIMENTO:

21/09/2020

VALOR NOMINAL:

3.799,00

VALOR TOTAL:

3.799,00

VALOR PAGO:

3.799,00



Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA 0800 726 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800 725 7474

www.caixa.gov.br

RECEBEMOS DE NEUPHARMA DIST MATL MED HOSPITALAR LTDA OS PRODUTOS/SERVIÇOS CONSTANTES NA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO		VALOR NOTA R\$ 7.598,00	NF-e Nº: 000.008.034 SÉRIE: 1
DATA DE RECEBIMENTO: / /	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEDEDOR	DESTINATÁRIO IRMANDADE DE MISERICORDIA DO HOSPITAL DA SANTA CASA DE MONTE	

NEUPHARMA DIST MATL MED HOSPITALAR LTDA  AV SANTA INES, 909 TERREO PQ MANDAQUI SAO PAULO SP TEL/FAX: (11)2061132 CEP: 02415001	DANFE DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA 0 - Entrada 1 - Saída <input checked="" type="checkbox"/> I N° 000.008.034 SÉRIE: I FOLHA: 1 de 1	 CHAVE DE ACESSO 3520 0721 4879 2700 0178 5500 1000 0080 3410 0863 9019	
		Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora	
NATUREZA DA OPERAÇÃO 5102 VENDAS		PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 135200618511841 - 23/07/2020 11:26:41	
INSCRIÇÃO ESTADUAL 144091439111	INSCRIÇÃO ESTADUAL SUB. TRIBUTARIA	CNPJ 21.487.927/0001-78	

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL IRMANDADE DE MISERICORDIA DO HOSPITAL DA SANTA CASA DE MONTE		CNPJ/CPF 52.852.100/0001-40	DATA DA EMISSÃO 23/07/2020 /
ENDEREÇO RUA CARLOS KIELANDER, 396 CXPST: 180		BAIRRO/DISTRITO CENTRO	CEP 15910-000
MUNICÍPIO MONTE ALTO	UF SP	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DE SAÍDA
FONE/FAX (16) 3244-3244			

FATURA

Número	Data Vcto	Valor	Número	Data Vcto	Valor
001	22/08/2020	3.799,00	002	21/09/2020	3.799,00

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DE ICMS 7.598,00		VALOR DO ICMS 303,92	BASE DE CÁLCULO ICMS ST 0,00		VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO 0,00	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 7.598,00
VALOR DO FRETE 0,00	VALOR DO SEGURO 0,00	DESCONTO: 0,00	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS 0,00	VALOR DO IPI 0,00	VALOR APROX. DOS TRIBUTOS 0,00	VALOR TOTAL DA NOTA 7.598,00

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL OUTROS		FRETE POR CONTA 3 - Rem.	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEIC	UF	CNPJ/CPF
ENDEREÇO			MUNICÍPIO		UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO	

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO

COD. PROD.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM SH	CST	CFOP	UNID.	QUANT	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL	B.CAL.C. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTAS		VALOR APROX. DOS TRIBUTOS
												ICMS	IPI	
02	CLORIDRATO DE XMEDETOMIDINA INJET 100 MCG/ML 2ML Lote NN005 200,000 FRASCO Validade: 30/04/2022	30049099	2 00	5102	FRASCO	200,0000	37,99000	7.598,00	7.598,00	303,92	0,00	4,00	0,00	0,00

RECEBIDO E CONFERIDO
MERCADORIAS
24/07/2020
Makluu

RECEBIDO
N.º 285
24/07/2020
Makluu

CONFERIDO

Por: *Vanessa* 28/07

RECURSO PÚBLICO FEDERAL COVID 19

Termo de repasse 006/2020-1

RESERVADO AO FISCAL
Pago com recurso Federal: 7.598,00

Pago com recurso entidade

Conferido com o documento original

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
ENTREGA: IRMANDADE DE MISERICORDIA DO HOSPITAL DA SANTA CASA DE MONTE ENDEREÇO: RUA ANTONIO DA SILVA, 396 PORTÃO 3 - PRONTO ATENDIMENTO - CENTRO - MONTE ALTO/SP - CNPJ: 52.852.100/0001-40 Fone: 1632443244 E-mail: COMPRAS@SANTACASAMONTEALTO.COM.BR
Número do Pedido: 10 106342331/
SANTA CASA MONTE ALTO - COTACAO 2114 MAT E MED