



Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Internet Banking CAIXA

Banco Receptor:	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
Pagador Final / Efetivo	
CPF/CNPJ:	52.852.100/0001-40
Nome:	IRMAND MISER HOSP S C MA
Conta de débito:	0890 / 013 / 00021881-4

Representação numérica do código de barras:	34191.57007 00039.440797 25626.050006 2 83860000780000
Instituição Emissora - Nome do Banco:	ITAU UNIBANCO S.A.
Código do Banco:	341
Código do ISPB:	60701190
Beneficiário original / Cedente	
Nome Fantasia:	APOIO HOSPITALAR C P M LTDA
Nome/Razão Social:	APOIO HOSPITALAR C P M LTDA
CPF/CNPJ:	08.789.598/0001-51
Pagador Sacado	
Nome/Razão Social:	IRMANDADE DA MIS. DE MONE ALTO
CPF/CNPJ:	52.852.100/0001-40
Pagador Final - Correntista	
Nome/Razão Social:	IRMAND MISER HOSP SANTA CASA MA
CPF/CNPJ:	521.000.001-40

Data do Vencimento:	22/09/2020
Data de Efetivação / Agendamento:	11/09/2020
Valor Nominal do Boleto:	7.800,00
Juros (R\$):	0,00
IOF (R\$):	0,00
Multa (R\$):	0,00
Desconto (R\$):	0,00
Abatimento (R\$):	0,00
Valor Calculado (R\$):	7.800,00
Valor Pago (R\$):	7.800,00
Identificação do Pagamento:	HOSP COM NF 9611

Data/hora da operação:	11/09/2020 15:48:46
-------------------------------	---------------------

Código da operação:	055708745
Chave de segurança:	EAJ7Y0Y0JC4K1GHX

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
 Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
 Ouvidoria: 0800 725 7474
 Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

RECIBO DO PAGADOR



Banco Itaú S.A.

341-7

34191.57007 00039.440797 25626.050006 2 83860000780000

Local de pagamento EM QUALQUER BANCO OU CORRESP. NAO BANCARIO MESMO APOS O VENCIMENTO					Vencimento 22/09/2020
Beneficiário APOIO HOSPITALAR C P M LTDA CNPJ/CPF 08.789.598/0001-51					Agência/Código Beneficiário 0792/56260-5
Endereço Beneficiário / Beneficiário final AV BENEDITO R LISBOA, 1805, 15085890 - DAS VIVENDAS - S JOSE DO RIO PRETO - SP					
Data do documento 01/09/2020	Núm. do documento 009611	Espécie Doc. DM	Aceite N	Data Processamento 01/09/2020	Nosso Número 157/00000394
Uso do Banco	Carteira 157	Espécie R\$	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento 7.800,00
Instruções de responsabilidade do BENEFICIÁRIO. Qualquer dúvida sobre este boleto contate o BENEFICIÁRIO. APOS O VENCIMENTO COBRAR JUROS DE 10.00% AO MÊS					(-) Descontos/Abatimento
					(+) Juros/Multa
					(=) Valor Cobrado
Pagador - IRMANDADE DA MIS. DE MONE ALTO CNPJ/CPF 52.852.100/0001-40 RUA CARLOS KIELANDER 396, 15910000 - CENTRO - MONTE ALTO - SP					
Beneficiário Final					CNPJ/CPF

Autenticação mecânica

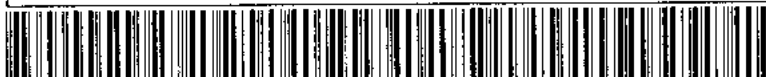


Banco Itaú S.A.

341-7

34191.57007 00039.440797 25626.050006 2 83860000780000

Local de pagamento EM QUALQUER BANCO OU CORRESP. NAO BANCARIO MESMO APOS O VENCIMENTO					Vencimento 22/09/2020
Beneficiário APOIO HOSPITALAR C P M LTDA CNPJ/CPF 08.789.598/0001-51					Agência/Código Beneficiário 0792/56260-5
Endereço Beneficiário / Beneficiário final AV BENEDITO R LISBOA, 1805, 15085890 - DAS VIVENDAS - S JOSE DO RIO PRETO - SP					
Data do documento 01/09/2020	Núm. do documento 009611	Espécie Doc. DM	Aceite N	Data Processamento 01/09/2020	Nosso Número 157/00000394
Uso do Banco	Carteira 157	Espécie R\$	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento 7.800,00
Instruções de responsabilidade do BENEFICIÁRIO. Qualquer dúvida sobre este boleto contate o BENEFICIÁRIO. APOS O VENCIMENTO COBRAR JUROS DE 10.00% AO MÊS					(-) Descontos/Abatimento
					(+) Juros/Multa
					(=) Valor Cobrado
Pagador - IRMANDADE DA MIS. DE MONE ALTO CNPJ/CPF 52.852.100/0001-40 RUA CARLOS KIELANDER 396, 15910000 - CENTRO - MONTE ALTO - SP					
Beneficiário Final					CNPJ/CPF



Ficha de Compensação

Autenticação mecânica

DATA DO RECLIBIMENTO: IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

APOIO HOSPITALAR COM. DE PRODUTOS MEDICOS - EIRELI - ME

AV BENEDITO RODRIGUES LISBOA, 1805
 - JD. VIVENDAS - SAO JOSE DO RIO
 PREITO - SP - CEP 15085-890
 Fone: (17)3301-1466
 www.apoiohospitalar.com.br
 apoio.hospitalar@terra.com.br

DANFE
 Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA
 1 - SAÍDA
 Nº 000.009.611
 Série 001
 Folha 1/1



CHAVE DE ACESSO
3520 0908 7895 9800 0151 5500 1000 0096 1110 0074 8120

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

INSCRIÇÃO ESTADUAL: AVENIDA MERCADO FERREIROS
 INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBSTITUTO DO EMITENTE: CNPJ/CPF
 047501400111 135200764365962 01/09/2020 14:05:28
 08 789 598/0001-51

DESTINATÁRIO/REMETENTE
 Nome Razão Social: IRMANDADE DA MISERICORDIA DE MONTE ALTO
 Nome Fantasia: RUA CARLOS KILLANDER, 396
 Município: MONTE ALTO
 UF: SP
 CEP: 1163244-3244
 CNPJ/CPF: 52.852.100/0001-40
 DATA DE EMISSÃO: 01/09/2020
 DATA DE SAÍDA: DATA DE SAÍDA
 HORA DE SAÍDA: HORA DE SAÍDA

DUPLICATAS
 Número: 001
 Vencimento: 22/09/2020
 Valor: R\$ 7.800,00

CÁLCULO DO IMPOSTO

VALOR DA NOTA FISCAL (R\$)	VALOR ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS (R\$)	VALOR DO ICMS (R\$)	VALOR APROX. TRIBUTADO (R\$) (10%)	VALOR TOTAL DOS PAGAMENTOS (R\$)
0,00	0,00	0,00	0,00	1.307,28 (16,76%)	7.800,00
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	7.800,00

TRANSPORTADOR/VOL: MESES TRANSPORTADOS
 RODOVIARIAS TRANSPORTES E LOGÍSTICA COMENDAS LTDA
 R. GENERAL ALBERTO SOARES DOS SANTOS, 550
 RIBEIRÃO PREITO
 CNPJ/CPF: 58.224.921/0001-11

DADOS DOS PRODUTOS - SERVIÇOS

QUANTIDADE	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	UNIDADE	VALOR UNITÁRIO	VALOR DESCONTO	VALOR DEBÍTO	BASE DE CÁLCULO ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPTU	ALÍQ. ICMS (%)	ALÍQ. IPTU (%)
1	COMPACTO DE XEROX SAO J. ALTA PRESSAO M (INDICIAÇÃO DE ANILINHAS LAMINADO)	UN	7.800,00	0,00	7.800,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
1	COMPACTO DE XEROX SAO J. ALTA PRESSAO G. (INDICIAÇÃO DE ANILINHAS LAMINADO)	UN	7.800,00	0,00	7.800,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
1	COMPACTO DE XEROX SAO J. ALTA PRESSAO GG (INDICIAÇÃO DE ANILINHAS LAMINADO)	UN	7.800,00	0,00	7.800,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

RECEBIDO E CONFERIDO
 MERCADORIAS
 02/09/2020
 DIGITADO
 04/09/2020

DADOS ADICIONAIS
 INSCRIÇÃO ESTADUAL DO EMITENTE: 047501400111
 INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBSTITUTO DO EMITENTE: 135200764365962
 VALOR APROX. TRIBUTADO: R\$ 1.307,28 (16,76%)
 VALOR TOTAL DOS PAGAMENTOS: R\$ 7.800,00

CONFERIDO
 Por: *Janaína* 09/09

RECURSO PUBLICO FEDERAL COVID-19
 Termo de repasse: 006/2020-1
 Pago com recurso Federal: 7.800,00
 Pago com recurso entidade: _____
 Conferido com o documento original