



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: | IRMANDADE MISER H S C MA |
| Conta de débito: | 0890 / 013 / 00022250-1 |

| | |
|--|---|
| Representação numérica do código de barras: | 03399.47681 61200.000000 00069.101012 1 84230000121000 |
| Instituição Emissora - Nome do Banco: | BANCO SANTANDER S.A. |
| Código do Banco: | 033 |
| Código do ISPB: | 90400888 |
| Beneficiário original / Cedente | |
| Nome Fantasia: | BIO INFINITY COMERCIO HOSPITALAR E LOCACAO EIRELI |
| Nome/Razão Social: | BIO INFINITY COMERCIO HOSPITALAR E LOCAC |
| CPF/CNPJ: | 03.679.808/0001-35 |
| Pagador Sacado | |
| Nome/Razão Social: | IRMANDADE DE MISERICORDIA DO HOSPITAL DA |
| CPF/CNPJ: | 52.852.100/0001-40 |
| Pagador Final - Correntista | |
| Nome/Razão Social: | IRMANDADE MISER HOSP STA CASA MA |
| CPF/CNPJ: | 521.000.001-40 |

| | |
|--|----------------------|
| Data do Vencimento: | 29/10/2020 |
| Data de Efetivação / Agendamento: | 26/10/2020 |
| Valor Nominal do Boleto: | 1.210,00 |
| Juros (R\$): | 0,00 |
| IOF (R\$): | 0,00 |
| Multa (R\$): | 0,00 |
| Desconto (R\$): | 0,00 |
| Abatimento (R\$): | 0,00 |
| Valor Calculado (R\$): | 1.210,00 |
| Valor Pago (R\$): | 1.210,00 |
| Identificação do Pagamento: | BIO INFINITY NF 9307 |

Data/hora da operação: 26/10/2020 14:38:41

Código da operação: 000727431
Chave de segurança: V419MH61SENR8L2

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

**033-7****RECIBO DO PAGADOR**

| | | | | | |
|---|-------------------------------|----------------------------|----------------------|---------------------------------------|--|
| Local de Pagamento: PAGÁVEL PREFERENCIALMENTE NO BANCO SANTANDER | | | | | Documento: 20/10/2020 |
| Beneficiário: BIO INFINITY COMERCIO HOSPITALAR E LOCAC CNPJ: 03.679.808/0001-35 R BARBARA HELIODORA, 567 - - VILA ROMANA - SAO PAULO - SP - CEP: 05044-040 | | | | | Agência/Código Beneficiário: 4263 / 4788612 |
| Data do documento: 19/10/2020 | No. do documento: 9307 | Espécie doc.: 02 | Aceite: --- | Data Processamento: 19/10/2020 | Nosso Número: 0000000000691 |
| Uso do Banco | Carteira: COB | Espécie Moeda: REAL | Quantidade: - | (x) Valor | Valor do Documento: 1.210,00 |
| Pagador: IRMANDADE DE MISERICORDIA DO HOSPITAL DA 52.852.100/0001-40 R CARLOS KIELANDER 396 CXPST 180 - CENTRO MONTE ALTO/SP - 15910-000 | | | | | |
| Sacador/Avalista: | | | | | |
| Mensagens / Instruções (Texto de Responsabilidade do Beneficiário) | | | | | |

Autenticação Mecânica

Corte na Linha Pontilhada

**033-7****03399.47681 61200.00000 00069.101012 1 84230000121000**

| | | | | | |
|---|-------------------------------|----------------------------|-----------------------|---------------------------------------|--|
| Local de Pagamento: PAGÁVEL PREFERENCIALMENTE NO BANCO SANTANDER | | | | | Documento: 20/10/2020 |
| Beneficiário: BIO INFINITY COMERCIO HOSPITALAR E LOCAC CNPJ: 03.679.808/0001-35 R BARBARA HELIODORA, 567 - - VILA ROMANA - SAO PAULO - SP - CEP: 05044-040 | | | | | Agência/Código Beneficiário: 4263 / 4788612 |
| Data do documento: 19/10/2020 | No. do documento: 9307 | Espécie doc.: 02 | Aceite: -- | Data Processamento: 19/10/2020 | Nosso Número: 0000000000691 |
| Uso do Banco | Carteira: COB | Espécie Moeda: REAL | Quantidade: -- | (x) Valor | Valor do Documento: 1.210,00 |
| Instruções | | | | | (-) Descontos/Abatimento |
| | | | | | (+) Mora/Multa |
| | | | | | (=) Valor Cobrado |
| Pagador: IRMANDADE DE MISERICORDIA DO HOSPITAL DA 52.852.100/0001-40 R CARLOS KIELANDER 396 CXPST 180 - CENTRO MONTE ALTO/SP - 15910-000 | | | | | Ficha de Compensação |
| Sacador/Avalista: | | | | | Código de Baixa |

Autenticação Mecânica



DATA DE RECEBIMENTO

IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

Bio Infinity Tecnologia Hospitalar Eireli - ME
 Rua Bairi, 217 - Alto da Lapa - CEP:05059-000
 - Sao Paulo - SP
 TEL: (11)3647-9575

DANFE
 DOCUMENTO AUXILIAR DA
 NOTA FISCAL ELETRÔNICA
 0 - ENTRADA
 1 - SAÍDA
 Nº 000009307 fl. 1 / 2
 SÉRIE 001



CHAVE DE ACESSO
 3520 1023 5864 1360 0103 5500 1000 0093 0713 8982 9738

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

NATUREZA DE OPERAÇÃO
 Venda de mercadoria adquirida ou recebida de terceiros

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
 135200941362935

INSCRIÇÃO ESTADUAL
 140203604118

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIB

CNPJ / CPF
 23.586.413/0001-03

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
 19/10/2020

ENDEREÇO
 R CARLOS KIELANDER, 396 CXPST: 180;

BARRIO / DISTRITO
 CENTRO

CEP
 15910-000

DATA SAÍDA / ENTRADA
 19/10/2020

MUNICÍPIO
 MONTE ALTO

FONE / FAX
 (16)3244-3244

UF
 SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA

| Nº DUPLICATA | VENC. | VALOR | Nº DUPLICATA | VENC. | VALOR | Nº DUPLICATA | VENC. | VALOR | Nº DUPLICATA | VENC. | VALOR |
|--------------|------------|----------|--------------|-------|-------|--------------|-------|-------|--------------|-------|-------|
| 001 | 29/10/2020 | 1.210,00 | | | | | | | | | |

| CÁLCULO DO IMPOSTO | | BASE DE CÁLCULO DO ICMS | | BASE CÁLC. ICMS SUBST. | | VALOR DO ICMS SUBST. | | VALOR TOTAL DOS PRODUTOS | |
|--------------------|-----------------|-------------------------|---------------------|------------------------|---------------------|----------------------|--|--------------------------|--|
| 1.210,00 | | 217,80 | | 0,00 | | 0,00 | | 1.210,00 | |
| VALOR DO FRETE | VALOR DO SEGURO | DESCONTO | OUTRAS DESP. ACESS. | VALOR DO IPI | VALOR TOTAL DA NOTA | | | | |
| 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 1.210,00 | | | | |

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL
 0 - REMETENTE

ENDEREÇO
 MUNICÍPIO

QUANTIDADE
 1

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇOS

| CÓDIGO DO PROD. / SERV. | DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO | NCM / SH | CST | CPOP | UNID. | QUANT. | VALOR UNITÁRIO | VALOR DESCONTO | VALOR LÍQUIDO | BASE CÁLC. ICMS | VALOR I.C.M.S. | VALOR I.P.T. | ALÍQUOTAS ICMS | IPI |
|-------------------------|---|----------|-----|------|-------|--------|----------------|----------------|---------------|-----------------|----------------|--------------|----------------|------|
| Bio-403 | REANIMADOR MANUAL SILICONE ADULTO - PROTEC - BIO-403 Total aproximado de tributos federais, estaduais e municipais: R\$67,86 | 90192010 | 000 | 5102 | un | 5,00 | 180,00 | 0,00 | 900,00 | 900,00 | 162,00 | 0,00 | 18,00 | 0,00 |
| Bio-501 | CABO DE ECG 5 VIAS UNIVERSAL - BIO-501 Total aproximado de tributos federais, estaduais e municipais: R\$23,37 | 90189099 | 000 | 5102 | un | 2,00 | 155,00 | 0,00 | 310,00 | 310,00 | 55,80 | 0,00 | 18,00 | 0,00 |

RECEBIDO E CONFERIDO
 MERCADORIAS
 20/10/2020
 Maurer

DIGITADO
 N.º 191
 20/10/2020
 Maurer

IRMANDADE DE MISERICORDIA DO
 HOSPITAL DA SANTA CASA DE MONTE ALTO
 26/10
 CONTABILIDADE

RECURSO PUBLICO FEDERAL
 COVID 19
 Termo de repasse 012/2020-1
 Pago com recurso Federal: 1.210,00
 Pago com recurso entidade
 Conferido com o documento original

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
 Trib aprox R\$: 63,08 Fed, 145,20 Est
 Fonte: IBPT 02C353
 Informacoes adicionais de interesse do Fisco: Optante pelo Simples Nacional- Nota Fiscal emitida por empresa ME ou EPP nao gera credito fiscal IPI- CPP de 2,99 , ICMS de 2,56 e COFINS 1,04.
 Total aproximado de tributos federais, estaduais e municipais: R\$ 91,23. O/C: 2237 "Convenio: 012/2020-1." Banco: Itau / Ag: 0191 / CC: 41518-1