



## Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Internet Banking CAIXA

<b>Banco Receptor:</b>	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
<b>Pagador Final / Efetivo</b>	
<b>CPF/CNPJ:</b>	52.852.100/0001-40
<b>Nome:</b>	IRMANDADE MISER H S C MA
<b>Conta de débito:</b>	0890 / 013 / 00022250-1

<b>Representação numérica do código de barras:</b>	00190.61605 80418.833606 00003.682119 1 84370000246000
<b>Instituição Emissora - Nome do Banco:</b>	BANCO DO BRASIL S/A
<b>Código do Banco:</b>	001
<b>Beneficiário original / Cedente</b>	
<b>Nome Fantasia:</b>	<b>FRESENIUS KABI BRASIL LTDA.</b>
<b>Nome/Razão Social:</b>	<b>FRESENIUS KABI BRASIL LTDA.</b>
<b>CPF/CNPJ:</b>	<b>49.324.221/0001-04</b>
<b>Beneficiário Final</b>	
<b>Nome/Razão Social:</b>	FRESENIUS KABI BRASIL LTDA.
<b>CPF/CNPJ:</b>	49.324.221/0001-04
<b>Pagador Sacado</b>	
<b>Nome/Razão Social:</b>	IRM. DE MISERIC. DO HOSP. DA STA
<b>CPF/CNPJ:</b>	52.852.100/0001-40
<b>Pagador Final - Correntista</b>	
<b>Nome/Razão Social:</b>	IRMANDADE MISER HOSP STA CASA MA
<b>CPF/CNPJ:</b>	521.000.001-40

<b>Data do Vencimento:</b>	12/11/2020
<b>Data de Efetivação / Agendamento:</b>	26/10/2020
<b>Valor Nominal do Boleto:</b>	2.460,00
<b>Juros (R\$):</b>	0,00
<b>IOF (R\$):</b>	0,00
<b>Multa (R\$):</b>	0,00
<b>Desconto (R\$):</b>	0,00
<b>Abatimento (R\$):</b>	0,00
<b>Valor Calculado (R\$):</b>	2.460,00
<b>Valor Pago (R\$):</b>	2.460,00
<b>Identificação do Pagamento:</b>	FRESENIUS NF 8077

**Data/hora da operação:** 26/10/2020 14:40:14

**Código da operação:** 000730665  
**Chave de segurança:** YA0QY885H23RKX67

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

O pagamento deste boleto também poderá ser efetuado nos terminais de Autoatendimento BB.

Instruções

1. Imprima em uma impressora jato de tinta (ink jet) ou laser em qualidade normal ou alta. Não use
2. Utilize folha A4 (210 x 297 mm) ou Carta (216 x 279 mm) e margens mínimas a esquerda e a direita
3. Corte na linha pontilhada. Não rasure, fure ou dobre a região onde se encontra o código de barras.

Corte na linha pontilhada

<b>BANCO DO BRASIL</b>		001-9	
Beneficiário		Espécie	Quantidade
FRESENIUS KABI BRASIL LTDA.		R\$	
Endereço		Nosso Número	
AV MARG PROJETADA (KM 21 E 22 GALP 1 2 PART 3 SITIO TAMBORE BARUEPI SP - 6460200		6160804188-4	
Nr do documento	Contrato	CPF/CNPJ Beneficiário	Vencimento
0000807701	16988776	49.324.221/0001-04	12/11/2020
(-) Desconto/Abatimento		(-) Outras Deduções	(-) Mora/Multa
		(-) Outros Acrescimos	(=) Valor Cobrado
			2.460,00
Pagador			
IRM. DE MISERIC. DO HOSP. DA STA - 52.852.100/0001-40			
Instruções		Autenticação mecânica	
JRS: V1 p/Dia Atraso - R\$ 1,64 APOS 13.11.2020			
NAO RECEBER APOS 360 DIA(S) DO VENCIMENTO.			
//// ATENCAO //// -> SEGUNDA-VIA			
PROCEDA OS AJUSTES DE VALORES PERTINENTES.			
PROTESTO:19.11.2020.A PARTIR DESSA, CONSULTE BB P/ PGTO			

Corte na linha pontilhada

<b>BANCO DO BRASIL</b>		001-9		00190.61605 80418.833606 00003.682119 1 84370000246000			
Pagável em qualquer banco até o vencimento				12/11/2020			
Beneficiário				Agência/Código Beneficiário			
FRESENIUS KABI BRASIL LTDA.				3360-X / 3682-X			
Data do Documento	Nr. do documento	Espécie doc.	Acerte	Data process.	Nosso número		
13/10/2020	0000807701	DM	N	23/10/2020	6160804188-4		
Carteira	Espécie	Quantidade	x Valor		Valor Documento		
11	R\$				2.460,00		
Instruções				(-) Desconto/Abatimento			
JRS: V1 p/Dia Atraso - R\$ 1,64 APOS 13.11.2020				(-) Outras Deduções			
NAO RECEBER APOS 360 DIA(S) DO VENCIMENTO.				(-) Mora/Multa			
//// ATENCAO //// -> SEGUNDA-VIA				(-) Outros Acrescimos			
PROCEDA OS AJUSTES DE VALORES PERTINENTES.				(-) Valor Cobrado			
PROTESTO:19.11.2020.A PARTIR DESSA, CONSULTE BB P/ PGTO				2.460,00			
Pagador							
IRM. DE MISERIC. DO HOSP. DA STA - 52.852.100/0001-40							
R CARLOS KIELANDER 396, CXPST: 180							
MONTE ALTO - SP - 15910-000							
Sacador/Avalista							

Autenticação mecânica - Ficha de Compensação



Corte na linha pontilhada

Imprimir Gerar PDF Fechar Pagar - gerenciador financeiro Pagar - sua conta

DATA DE RECEBIMENTO

IDENTIFICACAO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

Nº 000008077  
SERIE: 1



**FRESENIUS  
KABI**

**FRESENIUS KABI BRASIL LTDA**  
Avenida Brasil 1255  
Cidade Jardim, Anapolis-GO  
FONE: 6233108200, CFP: 75080-240

**DANFE**  
Documento Auxiliar da  
Nota Fiscal Eletronica

SAIDA: 1  
ENTRADA: 2 **1**

Nº 000008077  
SERIE: 1

PAG. 1 DE 1



CHAVE DE ACESSO

5220.1049.3242.2100.2077.5500.1000.0080.7718.3917.3671

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

NATUREZA DA OPERACAO  
Venda produção estab.destimada a não contribuinte

PROTOCOLO DE AUTORIZACAO DE USO  
152203491309742 13/10/2020 14:32:50

INSCRICAO ESTADUAL  
10.779.033-5

INSCR. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.

CNPJ  
49.324.221/0020-77

DESTINATARIO / REMETENTE

NOME / RAZAO SOCIAL  
IRM. DE MISERIC. DO HOSP. DA STA CASA DE MONTE ALTO

CNPJ / CPF  
52.852.100/0001-40

DATA DA EMISSAO  
13.10.2020

ENDERECO  
R CARLOS KIELANDER 396, CXPST: 180

BAIRRO / DISTRITO  
CENTRO

CEP  
15910-000

DATA DE SAIDA / ENTRADA

MUNICIPIO  
MONTE ALTO

FONE / FAX  
16-3244 3244

UF  
SP

INSCRICAO ESTADUAL  
ISENTO

HORA DE SAIDA

LOCAL DE ENTREGA / RETIRADA

NOME / RAZAO SOCIAL

CNPJ / CPF

INSCRICAO ESTADUAL

ENDERECO

BAIRRO / DISTRITO

CEP

MUNICIPIO

UF

FONE / FAX

FATURA / DUPLICATA

Condição: B004 Pagamentos: 2.460,00 - 12.11.2020 0,00 - 0,00 - 0,00 - 0,00 - 0,00 - 0,00 - 0,00 - 0,00 -

Pedido:6845523 Cliente:0055111766 Filial:0020 Area:TP31 Forn:89621447 Parc:55111766 DocRef:5501940030 Dep:W030

CALCULO DO IMPOSTO

BASE DE CALCULO DE ICMS	2.049,92	VALOR DO ICMS	245,99	BASE DE CALCULO DE ICMS SUBST.	VALOR DO ICMS SUBSTITUICAO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS	2.460,00
-------------------------	----------	---------------	--------	--------------------------------	----------------------------	--------------------------	----------

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSORIAS	VALOR DO IPI	VALOR DA NOTA	2.460,00
----------------	-----------------	----------	----------------------------	--------------	---------------	----------

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZAO SOCIAL  
UNIDOCKS ASSESSORIA E LOGISTICA DE

FRETE POR CONTA  
0 = EMITENTE

CODIGO ANT

PLACA DO VEICULO

UF

CNPJ / CPF  
00.233.065/0046-89

ENDERECO  
ROD BR-153 GALPAO 8 MOD S/N, KM 5.5

MUNICIPIO  
GOIANIA

UF  
GO

INSCRICAO ESTADUAL  
107412519

QUANTIDADE  
00002

ESPECIE  
CAIXA

MARCA

NUMERACAO

PESO BRUTO  
16,200 KG

PESO LIQUIDO  
15,600 KG

DADOS DO PRODUTO / SERVICO

CODIGO PROD / SERVICO	DESCRICAO DO PRODUTO / SERVICO	NCM / SH	CST	CFOP	UNID	QTDE	VLR. UNIT	VLR. TOTAL	BC ICMS	VLR. ICMS	VLR. IPI	ALIQ ICMS	ALIQ IPI
002240	NOVAMICIN (CLOR VANC) 500 MG P O SOL INJ	30042071	020	6107	CX	12,00	205,000000	2.460,00	2.049,92	245,99	0,00	12	0,0
<p>L:78PG2719 Q: 12,00CX V:14.07.2022 MS:1140200290054 Total de tributos = 688,79 Total lista Positiva = 2.460,00</p>													
<p><b>RECEBIDO E CONFERIDO</b> 16/10/2020 S. Roll</p>													
<p><b>DIGITADO</b> Nº 150 19/10/2020 Por: Imacore</p>													

DADOS ADICIONAIS

INFORMACOES COMPLEMENTARES

Total de tributos = 688,79  
Valores totais do ICMS Interestadual: DIFAL da UF destino R\$ 147,60 + FCP R\$ 0,00 ; DIFAL da UF Origem R\$ 0,00  
As mercadorias sairao ou serao retiradas do Deposito Fechado situado na Rodovia BR 153, Jardim Guanabara - Goiania - GO - Insc. Estadual 107.797.909 - CNPJ 49.324.221/0019-33  
Base de Calculo Reduzida, conf. Art. 8º, VIII do Anexo IX. RCTE - GO e Art. 43-A, CTE - GO  
IPI com Alíquota Zero conforme Decreto 7.212 de 15/06/2010-RIPL  
Inscrição Sufrágio n.  
Pedido portal Bionexo 114962083.1  
Forma de pagamento somente através de boleto bancário.

IRMANDADE DE MISERICORDIA DO  
HOSPITAL DA SANTA CASA DE MONTE ALTO

23/10

CONTABILIDADE

Conteudo de Importação Inferior ou igual a 40% (quarenta por cento) Credito Presumido-Lei 10.147 de 2000. Produto de uso restrito hospitalar/Autoriz. funcionamento MS nº 1.01402.4

RESERVADO AO FISCO

**RECURSO PUBLICO FEDERAL  
COVID 19**

Termo de repassa 01/2/2020-1

Pago com recurso Federal: 2.460,00

Pago com recurso entidade —

Conferido com o documento original