



## 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 MIS HOSP S C MA
<b>Conta de débito:</b>	0890 / 013 / 00022249-8

<b>Representação numérica do código de barras:</b>	00190.00009 01855.332001 00003.439171 6 84200000440000
<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>ZAFALON SOLUCOES HOSPITALARES LTDA</b>
<b>Nome/Razão Social:</b>	<b>ZAFALON SOLUCOES HOSPITALARES LTDA</b>
<b>CPF/CNPJ:</b>	<b>08.091.417/0001-19</b>
<b>Beneficiário Final</b>	
<b>Nome/Razão Social:</b>	ZAFALON SOLUCOES HOSPITALARES LTDA
<b>CPF/CNPJ:</b>	08.091.417/0001-19
<b>Pagador Sacado</b>	
<b>Nome/Razão Social:</b>	IRMANDADE MIS. DO HOSP DA SANTA CASA
<b>CPF/CNPJ:</b>	52.852.100/0001-40
<b>Pagador Final - Correntista</b>	
<b>Nome/Razão Social:</b>	IRMANDADE MIS HOSP STA CASA MA
<b>CPF/CNPJ:</b>	521.000.001-40

<b>Data do Vencimento:</b>	26/10/2020
<b>Data de Efetivação / Agendamento:</b>	20/10/2020
<b>Valor Nominal do Boleto:</b>	4.400,00
<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>	4.400,00
<b>Valor Pago (R\$):</b>	4.400,00
<b>Identificação do Pagamento:</b>	ZAFALON NF 24062

<b>Data/hora da operação:</b>	20/10/2020 15:19:46
-------------------------------	---------------------

<b>Código da operação:</b>	094776455
<b>Chave de segurança:</b>	Y4CP2MXERKSLU585

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

BANCO DO BRASIL		001-9		Recibo do Pagador			
Local de Pagamento PAGAVEL EM QUALQUER BANCO ATE O VENCIMENTO					Vencimento 26/10/2020		
Beneficiário ZAFALON SOLUÇÕES HOSPITALARES					Agência/Código do Beneficiário 2890-8/855332-		
Endereço do Beneficiário RUA GUIDO BORSARO,, 828 - 14090-440 - PARQUE DOS BANDEIRANTES - RIBEIRÃO PRETO - SP					CNPJ do Beneficiário 08.091.417/0001-19		
Data do Documento 24/09/2020	Número do Documento 24062/1	Espécie Doc. DM	Acerte N	Data do Processamento 24/09/2020		Nosso Número 18553320000003439	
Uso do Banco	Carteira 17	Espécie R\$	Quantidade	Valor		(-) Valor do Documento 4.400,00	
Instruções (Instruções de responsabilidade do beneficiário. Qualquer dúvida sobre este boleto, contate o beneficiário.) Multa de 2,00 % após 26/10/2020 Juros/Mora ao dia: R\$ 1,47 após 26/10/2020  JUROS : 1% AO MÊS					(-) Desconto/Abatimento		
					(-) Outras Deduções		
					(+ ) Mora/Multa/Juros		
					(+ ) Outros Acréscimos		
					(-) Valor Cobrado		
Pagador: IRMANDADE MIS. DO HOSP DA SANTA CASA DE MONTE ALTO RUA CARLOS KIELANDER 396 15910-000 CENTRO MONTE ALTO SP					CPF/CNPJ do Pagador 52.852.100/0001-40		
Sacador/ Avalista					Código de Baixa 18553320000003439		
Recebimento através do cheque núm. _____ do banco _____					Autenticação Mecânica		
Es.a quitação só terá validade após o pagamento do cheque pelo banco pagador							

BANCO DO BRASIL		001-9		00190.00009 01855.332001 00003.439171 6 84200000440000			
Local de Pagamento PAGAVEL EM QUALQUER BANCO ATE O VENCIMENTO					Vencimento 26/10/2020		
Beneficiário ZAFALON SOLUÇÕES HOSPITALARES - CNPJ 08 091 417/0001-19					Agência/Código do Beneficiário 2890-8/855332-		
RUA GUIDO BORSARO,, 828 - 14090-440 - PARQUE DOS BANDEIRANTES - RIBEIRÃO PRETO - SP					Nosso Número 18553320000003439		
Data do Documento 24/09/2020	Número do Documento 24062/1	Espécie Doc. DM	Acerte N	Data do Processamento 24/09/2020		(-) Valor do Documento 4.400,00	
Uso do Banco	Carteira 17	Espécie R\$	Quantidade	Valor		(-) Desconto/Abatimento	
Instruções (Instruções de responsabilidade do beneficiário. Qualquer dúvida sobre este boleto, contate o beneficiário.) Multa de 2,00 % após 26/10/2020 Juros/Mora ao dia: R\$ 1,47 após 26/10/2020  JUROS : 1% AO MÊS					(-) Outras Deduções		
					(+ ) Mora/Multa/Juros		
					(+ ) Outros Acréscimos		
					(-) Valor Cobrado		
					Pagador: IRMANDADE MIS. DO HOSP DA SANTA CASA DE MONTE ALTO RUA CARLOS KIELANDER 396 15910-000 CENTRO MONTE ALTO SP		
Sacador/ Avalista					Código de Baixa 18553320000003439		
Autenticação Mecânica - Ficha de Compensação							





## Comprovante de Pagamento de Boletto

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 MIS HOSP S C MA
<b>Conta de débito:</b>	0890 / 013 / 00022249-8

<b>Representação numérica do código de barras:</b>	00190.00009 01855.332001 00003.441177 3 84480000440000
<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>ZAFALON SOLUCOES HOSPITALARES LTDA</b>
<b>Nome/Razão Social:</b>	<b>ZAFALON SOLUCOES HOSPITALARES LTDA</b>
<b>CPF/CNPJ:</b>	<b>08.091.417/0001-19</b>
<b>Beneficiário Final</b>	
<b>Nome/Razão Social:</b>	ZAFALON SOLUCOES HOSPITALARES LTDA
<b>CPF/CNPJ:</b>	08.091.417/0001-19
<b>Pagador Sacado</b>	
<b>Nome/Razão Social:</b>	IRMANDADE MIS. DO HOSP DA SANTA CASA
<b>CPF/CNPJ:</b>	52.852.100/0001-40
<b>Pagador Final - Correntista</b>	
<b>Nome/Razão Social:</b>	IRMANDADE MIS HOSP STA CASA MA
<b>CPF/CNPJ:</b>	521.000.001-60

<b>Data do Vencimento:</b>	23/11/2020
<b>Data de Efetivação / Agendamento:</b>	20/10/2020
<b>Valor Nominal do Boletto:</b>	4.400,00
<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>	4.400,00
<b>Valor Pago (R\$):</b>	4.400,00
<b>Identificação do Pagamento:</b>	ZAFALON NF 24062

<b>Data/hora da operação:</b>	20/10/2020 15:21:24
-------------------------------	---------------------

<b>Código da operação:</b>	094779583
<b>Chave de segurança:</b>	63PSK2FUFKALSWJN

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

BANCO DO BRASIL		<b>001-9</b>		Recibo do Pagador			
Local de Pagamento <b>PAGAVEL EM QUALQUER BANCO ATE O VENCIMENTO</b>					Vencimento <b>23/11/2020</b>		
Beneficiário <b>ZAFALON SOLUÇÕES HOSPITALARES</b>					Agência/Código do Beneficiário <b>2890-8/855332-</b>		
Endereço do Beneficiário <b>RUA GUIDO BORSARO, 828 - 14090-440 - PARQUE DOS BANDEIRANTES - RIBEIRÃO PRETO - SP</b>					CNPJ do Beneficiário <b>08.091.417/0001-19</b>		
Data do Documento <b>24/09/2020</b>	Número do Documento <b>24062/2</b>	Espécie Doc <b>DM</b>	Aceite <b>N</b>	Data do Processamento <b>24/09/2020</b>		Nosso Número <b>18553320000003441</b>	
Uso do Banco	Carteira <b>17</b>	Espécie <b>R\$</b>	Quantidade	Valor		(-) Valor do Documento <b>4.400,00</b>	
Instruções (Instruções de responsabilidade do beneficiário. Qualquer dúvida sobre este boleto, contate o beneficiário.) <b>Multa de 2,00 % após 23/11/2020</b> <b>Juros/Mora ao dia: R\$ 1,47 após 23/11/2020</b>  <b>JUROS : 1% AO MÊS</b>					(-) Desconto/Abatimento		
					(-) Outras Deduções		
					(+)- Mora/Multa/Juros		
					(+)- Outros Acréscimos		
					(-) Valor Cobrado		
Pagador: <b>IRMANDADE MIS. DO HOSP DA SANTA CASA DE MONTE ALTO</b> <b>RUA CARLOS KIELANDER 396</b> <b>15910-000 CENTRO MONTE ALTO SP</b>					CPF/CNPJ do Pagador <b>52.852.100/0001-40</b>		
Sacador/ Avalista:					Código de Baixa <b>18553320000003441</b>		
Recebimento através do cheque núm. _____ do banco _____					Autenticação Mecânica		
Esta quitação só terá validade após o pagamento do cheque pelo banco pagador.							

BANCO DO BRASIL		<b>001-9</b>		00190.00009 01855.332001 00003.441177 3 84480000440000			
Local de Pagamento <b>PAGAVEL EM QUALQUER BANCO ATE O VENCIMENTO</b>					Vencimento <b>23/11/2020</b>		
Beneficiário <b>ZAFALON SOLUÇÕES HOSPITALARES</b> - CNPJ: <b>08.091.417/0001-19</b>					Agência/Código do Beneficiário <b>2890-8/855332-</b>		
Endereço do Beneficiário <b>RUA GUIDO BORSARO, 828 - 14090-440 - PARQUE DOS BANDEIRANTES - RIBEIRÃO PRETO - SP</b>					Nosso Número <b>18553320000003441</b>		
Data do Documento <b>24/09/2020</b>	Número do Documento <b>24062/2</b>	Espécie Doc <b>DM</b>	Aceite <b>N</b>	Data do Processamento <b>24/09/2020</b>		(-) Valor do Documento <b>4.400,00</b>	
Uso do Banco	Carteira <b>17</b>	Espécie <b>R\$</b>	Quantidade	Valor		(-) Desconto/Abatimento	
Instruções (Instruções de responsabilidade do beneficiário. Qualquer dúvida sobre este boleto, contate o beneficiário.) <b>Multa de 2,00 % após 23/11/2020</b> <b>Juros/Mora ao dia: R\$ 1,47 após 23/11/2020</b>  <b>JUROS : 1% AO MÊS</b>					(-) Outras Deduções		
					(+)- Mora/Multa/Juros		
					(+)- Outros Acréscimos		
					(-) Valor Cobrado		
					Pagador: <b>IRMANDADE MIS. DO HOSP DA SANTA CASA DE MONTE ALTO</b> <b>RUA CARLOS KIELANDER 396</b> <b>15910-000 CENTRO MONTE ALTO SP</b>		
Sacador/ Avalista:					Código de Baixa <b>18553320000003441</b>		



Autenticação Mecânica - Ficha de Compensação



## Comprovante de Pagamento de Boletó

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 MIS HOSP S C MA
<b>Conta de débito:</b>	0890 / 013 / 00022249-8

<b>Representação numérica do código de barras:</b>	00190.00009 01855.332001 00003.443173 1 84780000440000
<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>ZAFALON SOLUCOES HOSPITALARES LTDA</b>
<b>Nome/Razão Social:</b>	<b>ZAFALON SOLUCOES HOSPITALARES LTDA</b>
<b>CPF/CNPJ:</b>	<b>08.091.417/0001-19</b>
<b>Beneficiário Final</b>	
<b>Nome/Razão Social:</b>	ZAFALON SOLUCOES HOSPITALARES LTDA
<b>CPF/CNPJ:</b>	08.091.417/0001-19
<b>Pagador Sacado</b>	
<b>Nome/Razão Social:</b>	IRMANDADE MIS. DO HOSP DA SANTA CASA
<b>CPF/CNPJ:</b>	52.852.100/0001-40
<b>Pagador Final - Correntista</b>	
<b>Nome/Razão Social:</b>	IRMANDADE MIS HOSP STA CASA MA
<b>CPF/CNPJ:</b>	521.000.001-40

<b>Data do Vencimento:</b>	23/12/2020
<b>Data de Efetivação / Agendamento:</b>	20/10/2020
<b>Valor Nominal do Boletó:</b>	4.400,00
<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>	4.400,00
<b>Valor Pago (R\$):</b>	4.400,00
<b>Identificação do Pagamento:</b>	ZAFALON NF 24062

<b>Data/hora da operação:</b>	20/10/2020 15:21:51
-------------------------------	---------------------

<b>Código da operação:</b>	094780498
<b>Chave de segurança:</b>	UPC1T8QARPS7WYKX

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

BANCO DO BRASIL		001-9		Recibo do Pagador			
Local de Pagamento PAGAVEL EM QUALQUER BANCO ATE O VENCIMENTO					Vencimento 23/12/2020		
Beneficiário: ZAFALON SOLUÇÕES HOSPITALARES					Agência/Cód.go do Beneficiário 2890-8/855332-		
Endereço do Beneficiário RUA GUIDO BORSARO, 828 - 14090-440 - PARQUE DOS BANDEIRANTES - RIBEIRÃO PRETO - SP					CNPJ do Beneficiário 08.091.417/0001-19		
Data do Documento 24/09/2020	Número do Documento 24062/3	Espécie Doc DM	Acéite N	Data do Processamento 24/09/2020	Nosso Número 18553320000003443		
Uso do Banco	Carteira 17	Espécie R\$	Quantidade	Valor	(-) Valor do Documento 4.400,00		
Instruções (Instruções de responsabilidade do beneficiário. Qualquer dúvida sobre este boleto, contate o beneficiário.) Multa de 2,00 % após 23/12/2020 Juros/Mora ao dia: R\$ 1,47 após 23/12/2020  JUROS : 1% AO MÊS					(-) Desconto/Abatimento		
					(-) Outras Deduções		
					(+ ) Mora/Multa/Juros		
					(+ ) Outros Acréscimos		
Pagador: IRMANDADE MIS. DO HOSP DA SANTA CASA DE MONTE ALTO RUA CARLOS KIELANDER 396, 15910-000 CENTRO MONTE ALTO SP					CPF/CNPJ do Pagador 52.852.100/0001-40		
Sacador/ Avalista					Código de Baixa 18553320000003443		
Recebimento através do cheque núm. do banco					Autenticação Mecânica		
Esta quitação só terá validade após o pagamento do cheque pelo banco pagador							

BANCO DO BRASIL		001-9		00190.00009 01855.332001 00003.443173 1 84780000440000			
Local de Pagamento PAGAVEL EM QUALQUER BANCO ATE O VENCIMENTO					Vencimento 23/12/2020		
Beneficiário ZAFALON SOLUÇÕES HOSPITALARES - CNPJ: 08.091.417/0001-19 RUA GUIDO BORSARO, 828 - 14090-440 - PARQUE DOS BANDEIRANTES - RIBEIRÃO PRETO - SP					Agência/Cód.go do Beneficiário 2890-8/855332-		
Data do Documento 24/09/2020	Número do Documento 24062/3	Espécie Doc DM	Acéite N	Data do Processamento 24/09/2020	Nosso Número 18553320000003443		
Uso do Banco	Carteira 17	Espécie R\$	Quantidade	Valor	(-) Valor do Documento 4.400,00		
Instruções (Instruções de responsabilidade do beneficiário. Qualquer dúvida sobre este boleto, contate o beneficiário.) Multa de 2,00 % após 23/12/2020 Juros/Mora ao dia: R\$ 1,47 após 23/12/2020  JUROS : 1% AO MÊS					(-) Desconto/Abatimento		
					(-) Outras Deduções		
					(+ ) Mora/Multa/Juros		
					(+ ) Outros Acréscimos		
Pagador: IRMANDADE MIS. DO HOSP DA SANTA CASA DE MONTE ALTO RUA CARLOS KIELANDER 396, 15910-000 CENTRO MONTE ALTO SP					CPF/CNPJ do Pagador 52.852.100/0001-40		
Sacador/ Avalista					Código de Baixa 18553320000003443		



Autenticação Mecânica - Ficha de Compensação



**ZAFALON SOLUÇÕES HOSPITALARES / RIBERTEC HOSPITALAR**  
 RUA GUIDO BORSARO, 828 - PQ. DOS BANDEIRANTES  
 CEP: 14090-440 - TEL. (16) 3234.7010  
 RIBEIRÃO PRETO/SP

**DANFE**  
 DOCUMENTO AUXILIAR DE NOTA FISCAL ELETRÔNICA



0 - ENTRADA  
 1 - SAÍDA **1**  
 Nº 24.062  
 SÉRIE 1  
 Folha 1 de 1

CHAVE DE ACESSO  
**3520 0908 0914 1700 0119 5500 1000 0240 6210 0034 2541**  
 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**  
 INSCRIÇÃO ESTADUAL: **582709323112** INSC. ESTADUAL SUBST. TRIBUTARIO: **08.091.417/0001-19**  
 PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO: **135200848719053 24/09/20 08:41**

DESTINATÁRIO/REMETENTE: **IRMANDADE DE MISERICORDIA DO HOSP DA SANTA CASA DE MONTE ALTO**  
 ENDEREÇO: **Rua Carlos Kielander 396**  
 MUNICÍPIO: **Monte Alto** FONE/FAX: **(16) 3244-3244**  
 CNPJ: **52.852.100/0001-40** BAIRO/DISTRITO: **Centro** CEP: **15910000**  
 U.F.: **SP** INSCRIÇÃO ESTADUAL: **ISENTO**  
 DATA DA EMISSÃO: **24/09/2020**  
 DATA DA SAÍDA/ENTRADA: **24/09/2020**  
 HORA DA SAÍDA: **08:35**

NÚMERO	VENCIMENTO	VALOR	NÚMERO	VENCIMENTO	VALOR	NÚMERO	VENCIMENTO	VALOR	NÚMERO	VENCIMENTO	VALOR	NÚMERO	VENCIMENTO	VALOR
24062/1	26/10/20	4.400,00	24062/3	23/12/20	4.400,00									
24062/2	23/11/20	4.400,00												

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	VALOR ICMS DESONERADO	BASE DE CÁLCULO ICMS ST	VALOR DO ICMS ST	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
13.200,00	2.376,00	0,00	0,00	0,00	13.200,00
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	13.200,00

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS  
 NOME/RAZÃO SOCIAL: **IRMANDADE DE MISERICORDIA DO HOSP DA SANTA CASA DE MONTE ALTO**  
 ENDEREÇO: **MUNICÍPIO**  
 QUANTIDADE: **1,00** ESPECIE: **9-SEM FRETE** MARCA: **9-SEM FRETE** NÚMERO: **9-SEM FRETE** PESO BRUTO: **0,06** PESO LÍQUIDO: **0,06**

CODIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS	NCM/SH	CST/CSOSN	CFOP	UNID	QTD	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL	BASE ICMS	VALOR		ALÍQUOTAS	
										ICMS	IPI	ICMS	IPI
1044386	MASCARA PERFORMAX FE/SE GR C/ COT. STD EXALT RESPIRONICS Lote: 10J81156219 x6	9019 20 90	200	5.102	Pç	6,00	2.200,00	13.200,00	13.200,00	2.376,00	0,00	18,00%	0,00%

IRMANDADE DE MISERICORDIA DO HOSP DA SANTA CASA DE MONTE ALTO  
 29/09/2020  
 CONTABILIDADE

RECEBIDO E CONFERIDO  
 MERCADORIAS  
 29/09/2020  
 Genilberto

RECEBIDO  
 29/09/2020  
 Genilberto

*Handwritten signature*

**RECURSO PUBLICO FEDERAL COVID 19**  
 Termo de repasse **013/2020-1**  
 RESERVADO AO FISCO  
 Pago com recurso Federal: **13.200,00**  
 Pago com recurso entidade: **-**  
 Conferido com o documento original

DADOS ADICIONAIS  
 INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES  
 Tipo de Cobrança: BOLI. Valor aproximado dos tributos R\$5596,87 (42,40%) Fonte: IBPT Representante: NATALIA SAYURI HAYASHI - Pedido 17941 - OC 1553