



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

Representação numérica do código de barras:	75691.32140 01403.894007 00431.400019 1 84260000081250
Instituição Emissora - Nome do Banco:	BANCO COOPERATIVO DO BRASIL S.A.
Código do Banco:	756
Código do ISPB:	02038232
Beneficiário original / Cedente	
Nome Fantasia:	BMG DISTRIBUIDORA DE PRODUTOS HOSPITALARES LTDA
Nome/Razão Social:	BMG DISTRIBUIDORA DE PRODUTOS HOSPITALARES LTDA
CPF/CNPJ:	17.441.839/0001-68
Pagador Sacado	
Nome/Razão Social:	IRMANDADE DE MIS. DO HOSPITAL DA SANTA C
CPF/CNPJ:	52.852.100/0001-40
Pagador Final - Correntista	
Nome/Razão Social:	IRMANDADE MIS HOSP STA CASA MA
CPF/CNPJ:	521.000.001-40

Data do Vencimento:	01/11/2020
Data de Efetivação / Agendamento:	28/10/2020
Valor Nominal do Boleto:	812,50
Juros (R\$):	0,00
IOF (R\$):	0,00
Multa (R\$):	0,00
Desconto (R\$):	0,00
Abatimento (R\$):	0,00
Valor Calculado (R\$):	812,50
Valor Pago (R\$):	812,50
Identificação do Pagamento:	BMG NF 7965

Data/hora da operação:	28/10/2020 14:10:10
-------------------------------	---------------------

Código da operação:	002412161
Chave de segurança:	GA0KMLYEC257V6U5

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



Beneficiário BMG DISTRIBUIDORA DE PRODUTOS HOSPITALARES LTDA TAMBAÚ 358 VILA ELISA RIBEIRÃO PRETO - SP	17.441.839/0001-68 14075-010	Vencimento 01/11/2020	Valor do Documento 812,50
		(+) Outros acréscimos	(+) Mora / Multa
		(-) Desconto / Abatimento	(-) Outras deduções
Instruções (texto de responsabilidade do beneficiário) A partir 02/11/2020 Juros 0,03%/dia A partir 02/11/2020 multa de 2,00% Não conceder desconto. Protesto no 5º dia após vencimento		Data de Emissão 22/10/2020	(=) Valor cobrado
		Coop Contr/Cód. Beneficiário 3214/4038940	
		Noosso Número 4314-0	

Dados do Pagador

Nome do pagador IRMANDADE DE MIS. DO HOSPITAL DA SANTA C	Número do Documento 7965	
Endereço RUA CARLOS KIELANDER, 396		
Bairro / Distrito CENTRO		
Município MONTE ALTO	UF SP	CEP 15910-000
Mensagem Pagador		

Este recibo somente terá validade com a autenticação mecânica ou acompanhado do recibo de pagamento emitido pelo Banco. Recebimento através do cheque de banco. Esta quitação só terá validade após o pagamento do cheque pelo banco pagador.

Autenticação mecânica - Recibo do pagador



756

75691.32140 01403.894007 00431.400019 1 84260000081250

Local de pagamento PAGAVEL PREFERENCIALMENTE NO SICOOB					Vencimento 01/11/2020
Beneficiário BMG DISTRIBUIDORA DE PRODUTOS HOSPITALARES LTDA 17.441.839/0001-68					Cooperativa contratante/Cód. Beneficiário 3214/4038940
Data do documento 22/10/2020	N. documento 7965	Espécie DM	Acceite N	Data processamento 22/10/2020	Noosso número 4314-0
Uso do Banco	Carteira 1	Espécie R\$	Quantidade 0,00	Valor	Valor documento 812,50
Instruções (texto de responsabilidade do beneficiário) A partir 02/11/2020 Juros 0,03%/dia A partir 02/11/2020 multa de 2,00% Não conceder desconto. Protesto no 5º dia após vencimento					(-) Desconto / Abatimento
EMITIDO PELA COOPERATIVA CONTRATANTE SEM RESPONSABILIDADE DO BANCOOB COOPERATIVA CONTRATANTE 3214 SICOOB COCRED					(-) Outras deduções
Pagador IRMANDADE DE MIS. DO HOSPITAL DA SANTA C RUA CARLOS KIELANDER, 396 CENTRO MONTE ALTO - SP Beneficiário Final					(+) Mora / Multa
52.852.100/0001-40 15910-000					(+) Outros acréscimos
					(=) Valor cobrado



Autenticação mecânica - Ficha de compensação

**BMG DISTRIBUIDORA DE PRODUTOS HOSPITALAR
LTDA-EPP**

RUA TAMBAU, 358
VILA ELISA - RIBEIRAO PRETO - SP
CEP: 14075-010 Fone: (16)3877-4913

DANFE
Documento Auxiliar da
NOTA FISCAL ELETRÔNICA
0 - ENTRADA
1 - SAÍDA **1**
Nº 000.007.965
SÉRIE: 1
FOLHA: 1/1

CHAVE DE ACESSO
3520 1017 4418 3900 0168 5500 1000 0079 6510 0138 0883
Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e
www.nfe.fazenda.gov.br/portal
ou no site da Sefaz Autorizadora

NATUREZA DA OPERAÇÃO: **VENDA** PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO: **135200957132002 22/10/2020 14:44:33**

INSCRIÇÃO ESTADUAL: **582.946.900.111** INSC. EST. DO SUBST. TRIBUTÁRIO: **17.441.839/0001-68**

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL: **IRMANDADE DE MISER DO HOSPITAL DA SANTA CASA DE MONTE ALTO** CNPJ/CPF/AE/RECEBIMENTO: **52.852.100/0001-40** DATA DE EMISSÃO: **22/10/2020**

ENDEREÇO: **R CARLOS KIELANDER, 396** BAIRRO/DISTRITO: **CENTRO** CEP: **15910-000** DATA DE SAÍDA/ENTRADA:

MUNICÍPIO: **MONTE ALTO** FONE/FAX: **(16)3244-3244** UF: **SP** INSCRIÇÃO ESTADUAL: **582.249.216.111** HORA DE SAÍDA:

FATURA/DUPPLICATA

001 01/11/20 R\$ 812,50

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR APROXIMADO DOS TRIBUTOS	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	32,50	812,50
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	812,50

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL: **RODONAVES TRANSP. E ENCOMENDAS LTDA** FRETE POR CONTA: **0-Rem (CIF)** DÍGITO ANTT: **0** PLACA DO VEÍCULO: **0** UF: **SP** CNPJ/CPF: **44.914.992/0001-38**

ENDEREÇO: **RUA GENERAL AUGUSTO SOARES DOS SANTOS ,550** MUNICÍPIO: **RIBEIRAO PRETO** UF: **SP** INSCRIÇÃO ESTADUAL: **582.249.216.111**

QUANTIDADE: **5** ESPÉCIE: **VOL** MARCA: **0** NUMERAÇÃO: **0** PESO BRUTO: **30,000** PESO LÍQUIDO: **30,000**

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO

CODIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM/SH	CSOSN	CFOP	UNID.	QUANT.	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL	BC ICMS	VALOR ICMS	ALIQ. ICMS	VALR APROX. TRIBUTOS
DV9997 (2.)	AL.GODAO HIDROFILO EM BOLA 100GR NATHY.	52030000	0102	5102	PCT	250	3,25	812,50	0,00	0,00	0	32,50

IRMANDADE DE MISERICORDIA DO
HOSPITAL DA SANTA CASA DE MONTE ALTO
Ca 27/10
CONTABILIDADE

RECEBIDO E CONFERIDO
MERCADORIAS
26/10/2020
Marione

DIGITADO
N.º *286*
26/10/2020
Por: *Marione*

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:
2-... - DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL
NÃO GERA DIREITO A CREDITO FISCAL DE ICMS, DE ISS E DE IPI - PEDIDO Nº
120263006.1 / ENTREGAR: RUA ANTONIO DA SILVA, AL Nº 280 PORTAO 4, CEP:
15910000, MONTE ALTO-SP /// EMPRESA ENQUADRADA NO REGIME ESPECIAL CF
ARTIGO 482 INC 3 DO RICMS, APROVADO PELO DECRETO 45.490 DE 30/11/2000

RECURSO PUBLICO FEDERAL

RESERVADO AO FISCO: **COVID 19**

Termo de repasse: *013/2020-1*

Pago com recurso Federal: *812,50*

Pago com recurso entidade: *-*

Conferido com o documento original