



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:	03399.14327 85000.000134 66213.901011 7 84300000060750
Instituição Emissora - Nome do Banco:	BANCO SANTANDER S.A.
Código do Banco:	033
Código do ISPB:	90400888
Beneficiário original / Cedente	
Nome Fantasia:	NACIONAL COML.HOSPITALAR LTDA
Nome/Razão Social:	NACIONAL COMERCIAL HOSPITALAR S.A
CPF/CNPJ:	52.202.744/0001-92
Pagador Sacado	
Nome/Razão Social:	IRMANDADE DE MIS. DO HOSPITAL STA. CASA
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:	05/11/2020
Data de Efetivação / Agendamento:	28/10/2020
Valor Nominal do Boleto:	607,50
Juros (R\$):	0,00
IOF (R\$):	0,00
Multa (R\$):	0,00
Desconto (R\$):	0,00
Abatimento (R\$):	0,00
Valor Calculado (R\$):	607,50
Valor Pago (R\$):	607,50
Identificação do Pagamento:	NACIONAL NF 750645

Data/hora da operação:	28/10/2020 14:15:50
-------------------------------	---------------------

Código da operação:	002418617
Chave de segurança:	WPZ87ZX0KZQPVEFKY

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

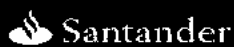
SAC CAIXA: 0800 726 0101
 Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
 Ouvidoria: 0800 725 7474
 Help Desk CAIXA: 0800 726 0104



033-7

Comprovante de Entrega

Beneficiário NACIONAL COMERCIAL HOSPITALAR S.A.	Agência/Cód. Beneficiário 0289/1432850	Nro. Documento 000750645	<input type="checkbox"/> Mudou-se <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Não existe nº indicado <input type="checkbox"/> Recusado <input type="checkbox"/> Não procurado <input type="checkbox"/> Endereço insuficiente <input type="checkbox"/> Desconhecido <input type="checkbox"/> Falecido <input type="checkbox"/> Outros (anotar no verso)
Pagador IRMANDADE DE MIS. DO HOSPITAL STA. CASA DE MONTE ALTO	Vencimento 05/11/2020	Valor do Documento 607,50	
Recebi(emos) o bloquete/título com as características acima.	Data	Assinatura	
	Data	Entregador	



033-7

Recibo do Pagador

Local de Pagamento Pagável em qualquer Banco até o Vencimento.					Vencimento 05/11/2020
Beneficiário/CNPJ/Endereço NACIONAL COMERCIAL HOSPITALAR S.A. - CNPJ: 52.202.744/0001-92 AV DOUTOR CELSO CHARURI 7500 - RIBEIRAO PRETO - SP 14098-515					Agência/Código do Beneficiário 0289/1432850
Data do Documento 22/10/2020	Nro. Documento 000750645	Espécie Doc. DM	Aceite N	Data do Processamento 22/10/2020	Nosso Número 13662139
Uso do Banco	Carteira RCR	Espécie R\$	Quantidade	Valor	Valor do Documento 607,50
Instruções (Todas as informações deste boleto são de exclusiva responsabilidade do beneficiário)					(-)Desconto/Abatimento (-)Outras Deduções (+)Mora/Multa (+)Outros Acréscimos (=)Valor Cobrado
Pagador IRMANDADE DE MIS. DO HOSPITAL STA. CASA DE MONTE ALTO RUA CARLOS KIELANDER, 396 - CENTRO MONTE ALTO - SP - 15910000 CNPJ: 52.852.100/0001-40					

Sacador/Avalista

Autenticação Mecânica



033-7

03399.14327 85000.000134 66213.901011 7 84300000060750

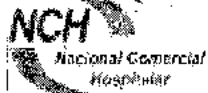
Local de Pagamento Pagável em qualquer Banco até o Vencimento.					Vencimento 05/11/2020
Beneficiário/CNPJ/Endereço NACIONAL COMERCIAL HOSPITALAR S.A. - CNPJ: 52.202.744/0001-92 AV DOUTOR CELSO CHARURI 7500 - RIBEIRAO PRETO - SP 14098-515					Agência/Código do Beneficiário 0289/1432850
Data do Documento 22/10/2020	Nro. Documento 000750645	Espécie Doc. DM	Aceite N	Data do Processamento 22/10/2020	Nosso Número 13662139
Uso do Banco	Carteira RCR	Espécie R\$	Quantidade	Valor	Valor do Documento 607,50
Instruções (Todas as informações deste boleto são de exclusiva responsabilidade do beneficiário)					(-)Desconto/Abatimento (-)Outras Deduções (+)Mora/Multa (+)Outros Acréscimos (=)Valor Cobrado
Pagador IRMANDADE DE MIS. DO HOSPITAL STA. CASA DE MONTE ALTO RUA CARLOS KIELANDER, 396 - CENTRO MONTE ALTO - SP - 15910000 CNPJ: 52.852.100/0001-40					

Sacador/Avalista

Autenticação Mecânica

Ficha de Compensação





NACIONAL COMERCIAL HOSPITALAR S.A.
 AV DOUTOR CELSO CHARURI, 7500
 JARDIM MANOEL PENNA Cep:14098-515
 RIBEIRAO PRETO/SP
 Fone: 1639639090

DOCUMENTO AUXILIAR DA
 NOTA FISCAL ELETRÔNICA
 0-ENTRADA
 1-SAÍDA

N. 000750645
 SÉRIE 1
 FOLHA 01/02

CHAVE DE ACESSO DA NF-E
 3520 1052 2027 4400 0192 5500 1000 7506 4511 0022 3697

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO
 VENDAS DE MERC. ADQUIRIDAS E/OU RECEBIDAS DE TERCEIROS

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
 135200958303702 22/10/2020 18:30:05-03:00

INSCRIÇÃO ESTADUAL
 582156635119

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIB.

CNPJ/CPF
 52.202.744/0001-92

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL IRMANDADE DE MIS. DO HOSPITAL STA. CASA DE MONTE ALTO		CNPJ/CPF 52.852.100/0001-40		DATA DE EMISSÃO 22/10/2020	
ENDEREÇO RUA CARLOS KIELANDER, 396		BAIRRO/DISTRITO CENTRO		CEP 15910-000	
MUNICÍPIO MONTE ALTO		UF SP		INSCRIÇÃO ESTADUAL	
FONE/FAX 1632443244		INSCRIÇÃO ESTADUAL		DATA ENTRADA/SAÍDA 22/10/2020	
FATURA 001		INSCRIÇÃO ESTADUAL		HORA ENTRADA/SAÍDA 18:28:00	
05/11/2020		INSCRIÇÃO ESTADUAL			
607,50		INSCRIÇÃO ESTADUAL			

CALCULO DO IMPOSTO

BASE DE CALCULO DO ICMS 607,50	VALOR DO ICMS 109,35	BASE DE CALCULO DO ICMS SUBSTITUIÇÃO 0,00	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO 0,00	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 607,50
VALOR DO FRETE 0,00	VALOR DO SEGURO 0,00	DESCONTO 0,00	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS 0,00	VALOR DO IPI 0,00
				VALOR TOTAL DA NOTA 607,50

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL NACIONAL COMERCIAL HOSPITALAR S.A		FRETE POR CONTA 0-EMITENTE	CÓDIGO ANTI	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF 52.202.744/0001-92
ENDEREÇO AVENIDA DOUTOR CELSO CHARURI 7500		MUNICÍPIO RIBEIRAO PRETO	UF SP	INSCRIÇÃO ESTADUAL 582156635119		
QUANTIDADE 4	ESPECIE CX	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO 6,930	PESO LÍQUIDO 6,930	

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇO

COD. PROD	DESCRIÇÃO DO PROD./SERV.	NCM/SH	EST	CFOP	UN	QUANT.	VUNITARIO	VTOTAL	BC.ICMS	VICMS	VIPI	A.ICMS	A.IPI
0003270	CATETER P OXIG. TIPO OCULOS CRISTAL AD 10201201 EAN: 7890001052985 Reg. Anvisa: 8016 3570002 - Lote: 56796 Marca: MEDSON DA Validade: 30/10/24	90183929	000	5102	UN	300,00	0,640100	192,03	192,03	34,57	0,00	18,00%	0,00%
0004305	SONDA FOLEY LATEX SILIC 2 VB 05 15 ML N. 16 EAN: 7898157725098 Reg. Anvisa: 1036 9460176 - Lote: 08520031 Marca: SOL IDOR Validade: 30/03/25	90183921	700	5102	UN	100,00	3,065000	306,50	50	55,17	0,00	18,00%	0,00%
0004306	SONDA FOLEY LATEX SILIC 2 VB 05 15 ML N. 18 EAN: 7890001574302 Reg. Anvisa: 1036 9460176 - Lote: 08620051 Marca: SOL IDOR Validade: 30/05/25	90183921	700	5102	UN	30,00	2,092700	62,78	62,78	11,30	0,00	18,00%	0,00%
0004307	SONDA FOLEY LATEX SILIC 2 VB 05 15 ML N. 20 EAN: 7898157728556 Reg. Anvisa: 1036 9460176 - Lote: 08720051 Marca: SOL IDOR Validade: 30/05/25	90183921	700	5102	UN	20,00	2,309600	46,19	46,19	8,31	0,00	18,00%	0,00%

CALCULO DO ISSQN

INSCRIÇÃO MUNICIPAL	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	BASE DE CÁLCULO DO ISSQN	VALOR DO ISSQN
	259		

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
 Pedido Interno: 061299
 Protocolo: 135200958303702
 ID 120263006 - Nro. Pedido Interno: 061299 - Nro. Pedido Cliente: 120263006 - Emissão de
 Pagamento: BOLETO End. Entrega: RUA CARLOS KIELANDER, 396 Bairro: CENTRO Município: MONTE ALTO CEP: 15910000

RECEBIDO E CONFERIDO
 MERCADORIAS
 23/10/2020
 [Assinatura]

RESERVADO AO FISCAL
RECURSO PÚBLICO FEDERAL COVID 19
 Termo de repasse 013/2020-1
 Pago com recurso Federal: 607,50
 Pago com recurso entidade
 Conferido com o documento original



Identificação do emitente
NACIONAL COMERCIAL HOSPITAL S.A.
 AV DOUTOR CELSO CHARURI, 7500
 JARDIM MANOEL PENNA Cep:14098-515
 RIBEIRAO PRETO/SP
 Fone: 1639639090

DANFE
 DOCUMENTO AUXILIAR DA
 NOTA FISCAL ELETRÔNICA
 0-ENTRADA 1
 1-SAIDA
 N. 000750645
 SÉRIE 1
 FOLHA 02/02



CHAVE DE ACESSO DA NF-E
3520 1052 2027 4400 0192 5500 1000 7506 4511 0022 3697

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO
 VENDAS DE MERC. ADQUIRIDAS E/OU RECEBIDAS DE TERCEIROS

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
 135200958303702 22/10/2020 18:30:05-03:00

INSCRIÇÃO ESTADUAL
 582156635119

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIB.

CNPJ/CPF
 52.202.744/0001-92

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇO

COD. PROD	DESCRIÇÃO DO PROD./SERV. IDOR Validade: 30/05/25	NCM/SII	CST	CFOP	UN	QUANT.	V.UNITARIO	VTOTAL	BC.ICMS	V.ICMS	V.IPI	A.ICMS	A.IPI
<div data-bbox="146 760 677 1102" data-label="Text" style="border: 2px solid black; padding: 10px; margin: 10px;"> <p align="center">RECURSO PUBLICO FEDERAL COVID 19</p> <p>Termo de repasse <u>013/2020-1</u></p> <p>Pago com recurso Federal: <u>607,50</u></p> <p>Pago com recurso entidade <u>—</u></p> <p align="center">Conferido com o documento original</p> </div>													