

**Comprovante de transferência eletrônica disponível**

Via Internet Banking CAIXA

| | |
|------------------------|--------------------------------|
| Tipo de TED: | TED para terceiros |
| Conta origem: | 0890 / 013 / 00022249-8 |
| Tipo de conta: | 02 - Conta Poupança |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | IRMANDADE MIS HOSP STA CASA MA |
| CPF/CNPJ: | 52.852.100/0001-40 |

| | |
|-----------------------------------|--|
| Banco: | 001 - BANCO DO BRASIL 0000000 - 00000000 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Conta destino: | 3359 / 00000002035-4 |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | DUPATI HOSP COM IMP EXP LTDA |
| CPF/CNPJ: | 04.027.894/0003-26 |
| Valor: | R\$ 1.033,50 |
| Valor da tarifa: | R\$ 10,00 |
| Finalidade: | 10 - Crédito em Conta |
| Identificação da operação: | DUPATRI NF 1132744 |
| Histórico: | CONVENIO 013 2020 01 |

| | |
|---------------------------------|---------------------|
| Data de débito: | 28/10/2020 |
| Data / Hora da operação: | 28/10/2020 10:46:15 |

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 00175222 |
| Chave de segurança: | V8U83KZ8N1FU1R3T |

DEBITO REALIZADO COM SUCESSO. A PREVISAO DO CREDITO NA CONTA DESTINO E DE 60 MINUTOS.

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

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



DUPATRI HOSPITALAR COM.
IMP EXT LTDA

AV. JOSÉ SEVERINO, Nº 3530

CATALÃO - GO

CEP: 75.709-616

TELEFONES
ESTOQUE CATALÃO: (64) 3442-8081
ADM. SANTOS : (13) 3228-8700

DANIEL
DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA

1

Nº 1132744
SERIE 1
FOLHA 1/1



CHAVE DE ACESSO

5220 1004 0278 9400 0326 5500 1001 1327 4410 0040 3518

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 N CONTRIB

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO

152203514767303 22/10/2020 14:32:57

INSCRIÇÃO ESTADUAL
10.444.430-4

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO
809.010.530.117

CNPJ

04.027.894/0003-26

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL
IRM. DE MIS. HOSP. STA. CASA MONTE ALTO (3028)

CNPJ/CPF
52.852.100/0001-40

DATA DA EMISSÃO
22/10/2020

ENDEREÇO
R CARLOS KIELANDER, 396

BAIRRO/DISTRITO
CENTRO

CEP
15910-000

DATA ENTRADA/SAIDA
22/10/2020

MUNICÍPIO
MONTE ALTO

FONE/FAX
1632443246

UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAIDA
14:22

FATURA / DUPLICATA

001 01/11/2020 1.033,50

CÁLCULO DO IMPOSTO

| | | | | |
|-------------------------|-----------------|----------------------------|----------------------------|--------------------------|
| BASE DE CÁLCULO DO ICMS | VALOR DO ICMS | BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST | VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO | VALOR TOTAL DOS PRODUTOS |
| 861,22 | 103,35 | 0,00 | 0,00 | 1.033,50 |
| VALOR DO FRETE | VALOR DO SEGURO | DESCONTO | OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS | VALOR TOTAL DO IPI |
| 0,00 | 0,00 | | 0,00 | 0,00 |
| VALOR TOTAL DA NOTA | | | | 1.033,50 |

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

| | | | | | |
|---|------------------------------------|-------------|---------------------------------|--------------------|----------------------------|
| NOME / RAZÃO SOCIAL VEICULO PROPRIO (90) | FRETE POR CONTA O - DO EMITENTE | CÓDIGO ANTT | PLACA DO VEÍCULO | UF | CNPJ/CPF 04027894000326 |
| ENDEREÇO AVENIDA JOSE SEVERINO, 3530 | MUNICÍPIO CATALAO | UF GO | INSCRIÇÃO ESTADUAL 104444304 | | |
| QUANTIDADE 4 | ESPÉCIE CAIXAS | MARCA | NÚMERO | PESO BRUTO 8,00 | PESO LÍQUIDO 8,00 |

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

| CÓDIGO | DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇOS | NCM/CH | CST | CFOP | UND. | QUANT. | V.UNIT. | V.TOTAL | BC ICMS | V.ICMS | V.IPI | AL ICMS | AL IPI |
|--------|--|----------|-----|------|------|--------|---------|----------|---------|--------|-------|---------|--------|
| 2997 | FITA MICROPORE BRANCA 50X10 (N) - 3M (Lote: 391303, Qtde: 150, Dt Val: 31/08/2022, Data Fab: 01/08/2020) | 30051090 | 020 | 6108 | RL | 150 | 6,8900 | 1.033,50 | 861,22 | 103,35 | | 12,00 | |

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

DIGITADO
N.º 265
23/10/2020
Por: Manoel

RECEBIDO E CONFERIDO
MERCADORIAS
23/10/2020
Beliane

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

RECLAMAÇÕES DE MERCADORIAS COM NO MÁXIMO DE 48 HORAS APÓS A ENTREGA FAVOR REALIZAR A CONFERÊNCIA DO PEDIDO NO ATO
ITEM 1 RED.BASE DE CALCULO CONF. ART. 8º, INC. VIII, ANEXO IX DEC.4.852/97 - RICMS/GO
ITEM 1
ITEM 1 DIFERENCIAL DE ALIQ.CFCONV.93 -EMENDA 87/15
ITEM 1
Emenda Constitucional 87 de 2015:
Valor da partilha para UF de Destino: R\$ 62,01
VALOR APROX. TRIBUTOS, R\$ 183,65, Federal, R\$ 80,30, Estadual, R\$ 103,35
Pedido: 1212257
Representante: REGIAO RIB.PRETO - (DANIEL)
Redespacho...: O EMITENTE (43) - CIF - CNPJ.: - Inscrição Estadual.:ISENTO -
Endereço.:RUA SAO PAULO SANTOS-SP

RESERVADO AO FISCO

RECURSO PUBLICO FEDERAL
COVID 19

Termo de repasse 013/2020-1

Pago com recurso Federal: 1.033,50

Pago com recurso entidade —

Conferido com o documento original