



Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Internet Banking CAIXA

Banco Recebedor:	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:	34191.57007 04001.990797 25626.050006 5 84510000240000
Instituição Emissora - Nome do Banco:	ITAU UNIBANCO S.A.
Código do Banco:	341
Código do ISPB:	60701190
Beneficiário original / Cedente	
Nome Fantasia:	APOIO HOSPITALAR C P M LTDA
Nome/Razão Social:	APOIO HOSPITALAR C P M LTDA
CPF/CNPJ:	08.789.598/0001-51
Pagador Sacado	
Nome/Razão Social:	IRMANDADE DA MIS. DE MONE ALTO
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:	26/11/2020
Data de Efetivação / Agendamento:	09/11/2020
Valor Nominal do Boleto:	2.400,00
Juros (R\$):	0,00
IOF (R\$):	0,00
Multa (R\$):	0,00
Desconto (R\$):	0,00
Abatimento (R\$):	0,00
Valor Calculado (R\$):	2.400,00
Valor Pago (R\$):	2.400,00
Identificação do Pagamento:	APOIO HOSP NF 9813

Data/hora da operação: 09/11/2020 13:59:32

Código da operação: 014204822
Chave de segurança: CXMPZ0P9A0KZR5FX

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

RECIBO DO PAGADOR

Itaú Banco Itaú S.A. **341-7** **34191.57007 04001.990797 25626.050006 5 84510000240000**

Local de pagamento: Em qualquer banco ou correspondente não bancário mesmo após o vencimento.					Vencimento 26/11/2020
Beneficiário APOIO HOSPITALAR C P M LTDA CNPJ/CPF 08789598000151 AV BENEDITO R LISBOA, 1805 , 15085890 - DAS VIVENDAS - S JOSE DO RIO PRETO - SP					Agência/Código Beneficiário 0792 / 56260-5
Data do documento 29/10/2020	Núm. do documento 009813	Espécie Doc. DM	Aceite N	Data Processamento 29/10/2020	Nosso Número 157 / 00040019
Uso do Banco	Carteira 157	Espécie R\$	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento 2.400,00
Instruções de responsabilidade do BENEFICIÁRIO. Qualquer dúvida sobre este boleto contate o BENEFICIÁRIO. APÓS O VENCIMENTO COBRAR JUROS DE..... 10.00% AO MÊS					(-) Descontos/Abatimento
					(+) Juros/Multa
					(=) Valor Cobrado
Pagador - IRMANDADE DA MIS. DE MONE ALTO CNPJ/CPF 52852100000140 RUA CARLOS KIELANDER 396 , 15910000 - CENTRO - MONTE ALTO - SP					
Beneficiário final					CNPJ/CPF

Autenticação mecânica

Itaú Banco Itaú S.A. **341-7** **34191.57007 04001.990797 25626.050006 5 84510000240000**

Local de pagamento: Em qualquer banco ou correspondente não bancário mesmo após o vencimento.					Vencimento 26/11/2020
Beneficiário APOIO HOSPITALAR C P M LTDA CNPJ/CPF 08789598000151 AV BENEDITO R LISBOA, 1805 , 15085890 - DAS VIVENDAS - S JOSE DO RIO PRETO - SP					Agência/Código Beneficiário 0792 / 56260-5
Data do documento 29/10/2020	Núm. do documento 009813	Espécie Doc. DM	Aceite N	Data Processamento 29/10/2020	Nosso Número 157 / 00040019
Uso do Banco	Carteira 157	Espécie R\$	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento 2.400,00
Instruções de responsabilidade do BENEFICIÁRIO. Qualquer dúvida sobre este boleto contate o BENEFICIÁRIO. APÓS O VENCIMENTO COBRAR JUROS DE..... 10.00% AO MÊS					(-) Descontos/Abatimento
					(+) Juros/Multa
					(=) Valor Cobrado
Pagador - IRMANDADE DA MIS. DE MONE ALTO CNPJ/CPF 52852100000140 RUA CARLOS KIELANDER 396 , 15910000 - CENTRO - MONTE ALTO - SP					
Beneficiário final					CNPJ/CPF



Ficha de Compensação
Autenticação mecânica

DATA DO RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR
---------------------	---

APOIO HOSPITALAR COM. DE PRODUTOS MEDICOS - EIRELI - ME AV. BENEDITO RODRIGUES LISBOA, 1805 - JD. VIVENDAS - SAO JOSE DO RIO PRETO - SP - CEP: 15085-890 Fone: (17)3301-1466 www.apoiohospitalar.com.br apoio.hospitalar@terra.com.br	DANFE Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica 0 - ENTRADA 1 - SAÍDA 1 Nº 000.009.813 Série 001 Folha 1/1	 CHAVE DE ACESSO 3520 1008 7895 9800 0151 5500 1000 0098 1310 0075 0499 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 MERC ADQ TERCEIROS	PROTÓCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 135200984830870 29/10/2020 16:42:53
INSCRIÇÃO ESTADUAL 647501400111	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBSTITUTO TRIBUTÁRIO CNPJ / CPF 08.789.598/0001-51

DESTINATÁRIO / REMETENTE		CNPJ / CPF	DATA DA EMISSÃO
NOME / RAZÃO SOCIAL IRMANDADE DA MISERICORDIA DE MONTE ALTO		52.852.100/0001-40	29/10/2020
ENDEREÇO RUA CARLOS KIELANDER, 396	BAIRRO / DISTRITO CENTRO	CEP 15910-000	DATA DA SAÍDA
MUNICÍPIO MONTE ALTO	UF SP	TELEFONE / FAX (16)3244-3244	HORA DA SAÍDA

DUPLICATAS	
Número	001
Vencimento	26/11/2020
Valor	R\$ 2.400,00

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBST	VALOR DO ICMS SUBST	V. APROX. TRIBUTOS (Fonte: IBPT)	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	402,24 (16,76 %)	2.400,00
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	2.400,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS		FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ / CPF
NOME / RAZÃO SOCIAL RODONAVES TRANSPORTES E ENCOMENDAS LTDA		0 - REMETENTE				
ENDEREÇO R GENERAL AUGUSTO SOARES DOS SANTOS, 550		MUNICÍPIO RIBEIRAO PRETO	UF SP	INSCRIÇÃO ESTADUAL 582249216111		
QUANTIDADE	ESPECIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO	
1	VOLUME					

CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	CSOSN	CFOP	UNID.	QTDE.	VALOR UNITÁRIO	VALOR DESCONTO	VALOR LÍQUIDO	BASE DE CÁLC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALIQ. % ICMS	ALIQ. % IPI
307066	CAPACETE DE OXIGENACAO E ALTA PRESSAO M (INTERFACE DE VNI 7LIVES TAMANHO 2) -	90192010	0102	5102	UN	3	600,000	0,00	1.800,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
307067	CAPACETE DE OXIGENACAO E ALTA PRESSAO G (INTERFACE DE VNI 7LIVES TAMANHO 3) -	90192010	0102	5102	UN	1	600,000	0,00	600,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

RECEBIDO E CONFERIDO
MERCADORIAS
03/11/2020
Maiane

DIGITADO
N.º 390
05/11/2020
Por: Maiane

Maiane

DADOS ADICIONAIS	RECURSO PUBLICO FEDERAL COVID-19
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES PEDIDO: 75049 / CLIENTE: 50088 VLR. APROX. TRIBUTOS - R\$ 114,24 FEDERAL, R\$ 288,00 ESTADUAL, R\$ 0,00 MUNICIPAL - TOTAL R\$ 402,24-FONTE: IBPT/SP-02C353/ PRAZO MAXIMO P/ RECLAMACOES/DEVOLCOES E DE 72 HRS. - ORDEM DE COMPRA N 3236*****CONVENIO 013/2020	RESERVADO AO FISCO
IRMANDADE DE MISERICORDIA DO HOSPITAL DA SANTA CASA DE MONTE ALTO 09/11/2020 CONTABILIDADE	Termo de repasse 03/2020-1 Pago com recurso Federal: 2400,00 Pago com recurso entidade - Conferido com o documento original