



## 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 / 0002249-8

<b>Representação numérica do código de barras:</b>	34191.09008 00098.680671 20106.260001 1 84510000940016
<b>Instituição Emissora - Nome do Banco:</b>	ITAU UNIBANCO S.A.
<b>Código do Banco:</b>	341
<b>Código do ISPB:</b>	60701190
<b>Beneficiário original / Cedente</b>	
<b>Nome Fantasia:</b>	<b>SO REFIL C EMBALAGENS LTDA</b>
<b>Nome/Razão Social:</b>	<b>SO REFIL C EMBALAGENS LTDA</b>
<b>CPF/CNPJ:</b>	<b>14.172.202/0001-25</b>
<b>Pagador Sacado</b>	
<b>Nome/Razão Social:</b>	IRMANDADE DE MISER DO HOSPIT
<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>	26/11/2020
<b>Data de Efetivação / Agendamento:</b>	25/11/2020
<b>Valor Nominal do Boleto:</b>	9.400,16
<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>	9.400,16
<b>Valor Pago (R\$):</b>	9.400,16
<b>Identificação do Pagamento:</b>	SO REFIL NF 4353

<b>Data/hora da operação:</b>	25/11/2020 16:05:57
-------------------------------	---------------------

<b>Código da operação:</b>	030646010
<b>Chave de segurança:</b>	W3HG9TG1V1NHT8NA

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

Itaú Banco Itaú S.A. [341-7]						RECIBO DO PAGADOR	
Local de Pagamento: EM QUALQUER BANCO OU CORRESP. NAO BANCARIO MESMO APOS O VENCIMENTO						Vencimento <b>26/11/2020</b>	
Beneficiário <b>SO REFIL C EMBALAGENS LTDA</b> CNPJ: 14.172.202/0001-25						Agência/Código Beneficiário <b>0672/01062-6</b>	
Endereço Beneficiário Final R CAMINHO QUINZE 201 AGUA CHATA GUARULHOS SP 07261 005							
Data do documento: <b>18/11/20</b>	No. do documento <b>004353</b>	Espécie doc. <b>DMI</b>	Aceite <b>N</b>	Data Processamento <b>18/11/20</b>	Nosso Número <b>109/00000986-8</b>		
Uso do Banco	Carteira <b>109</b>	Espécie <b>R\$</b>	Quantidade	Valor	(-) Valor do Documento <b>9.400,16</b>		
Instruções de responsabilidade do BENEFICIÁRIO. Qualquer dúvida sobre este boleto, contate o BENEFICIÁRIO. APOS O VENCIMENTO COBRAR MORA DE R\$ ..... 9,40 AO DIA						(-) Descontos/Abatimento	
						(+ ) Mora/Multa	
						(-) Valor Cobrado	
Pagador - #IRMANDADE DE MISER. DO HOSPIT R CARLOS KIELANDER 396 15910-000 CENTRO MONTE ALTO SP Beneficiário Final:						CNPJ/CPF 052852100000140	

Autenticação mecânica

Itaú Banco Itaú S.A. [341-7]						34191.09008 00098.680671 20106.260001 1 84510000940016	
Local de Pagamento: EM QUALQUER BANCO OU CORRESP. NAO BANCARIO MESMO APOS O VENCIMENTO						Vencimento <b>26/11/2020</b>	
Beneficiário <b>SO REFIL C EMBALAGENS LTDA</b> CNPJ: 14.172.202/0001-25						Agência/Código Beneficiário <b>0672/01062-6</b>	
Data do documento: <b>18/11/20</b>	No. do documento <b>004353</b>	Espécie doc. <b>DMI</b>	Aceite <b>N</b>	Data Processamento <b>18/11/20</b>	Nosso Número <b>109/00000986-8</b>		
Uso do Banco	Carteira <b>109</b>	Espécie <b>R\$</b>	Quantidade	Valor	(-) Valor do Documento <b>9.400,16</b>		
Instruções de responsabilidade do BENEFICIÁRIO. Qualquer dúvida sobre este boleto, contate o BENEFICIÁRIO. APOS O VENCIMENTO COBRAR MORA DE R\$ ..... 9,40 AO DIA						(-) Descontos/Abatimento	
						(+ ) Mora/Multa	
						(-) Valor Cobrado	
Pagador - #IRMANDADE DE MISER. DO HOSPIT R CARLOS KIELANDER 396 15910-000 CENTRO MONTE ALTO SP Beneficiário Final:						CNPJ/CPF 052852100000140	

Ficha de Compensação  
Autenticação Mecânica

**Só Refil**

**SÓ REFIL COMERCIO DE EMB  
ALAGENS EIRELI**  
RUA ENTA, 173  
ALTO DA MOOCA Cep:03195-010  
SAO PAULO/SP  
Fone: 551120204533

DOCUMENTO AUXILIAR DA  
NOTA FISCAL ELETRONICA  
0-ENTRADA  
1-SAIDA

Nº 000004353  
SÉRIE 1  
FOLHA 01/01



**CHAVE DE ACESSO DA NF-E**  
3520 1114 1722 0200 0125 5500 1000 0043 5311 0026 5576

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO  
VDA MERC ADQ 3ºS  
PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO  
135201006554207 05/11/2020 08:44 21-03:00

INSCRIÇÃO ESTADUAL  
146412739117  
INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIB.  
CNPJ/CPF  
14.172.202/0001-25

DESTINATARIO/REMETENTE  
NOME/RAZÃO SOCIAL  
HORMANDA DE MISER. DO HOSPITAL DA SANTA CASA DE MONTE ALTO  
CNPJ/CPF  
52.852.100/0001-40

ENDEREÇO  
R CARLOS KIELANDER, 396, CXPST 180  
BAIRRO/DISTRITO  
CENTRO  
UF  
SP  
INSCRIÇÃO ESTADUAL  
15910-000

MUNICÍPIO  
MONTE ALTO  
FONE/FAX  
1632443244  
DATA DE EMISSÃO  
05/11/2020  
DATA ENTRADA/SAÍDA

FATURA  
001  
26/11/2020  
9.400,16  
HORA ENTRADA/SAÍDA

CALCULO DO IMPOSTO  
BASE DE CALCULO DO ICMS  
VALOR DO ICMS  
0,00  
BASE DE CALCULO DO ICMS SUBSTITUIÇÃO  
VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO  
0,00  
VALOR TOTAL DOS PRODUTOS  
9.400,16

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  
9.400,16

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS  
RAZÃO SOCIAL  
TRANS WELLS EXPRESSO RODOVIARIO LTDA.  
FRETE POR CONTA  
0-REMETENTE  
CÓDIGO ANTT  
PLACA DO VEÍCULO  
UF  
CNPJ/CPF  
60.157.377/0001-80

ENDEREÇO  
RUA ELI 13  
MUNICÍPIO  
SAO PAULO  
UF  
SP  
INSCRIÇÃO ESTADUAL  
112237410117

QUANTIDADE  
1  
ESPECIE  
ENG. MADEI  
MARCA  
NUMERAÇÃO  
PESO BRUTO  
80,800  
PESO LÍQUIDO  
56,400

DADOS DO PRODUTO/SERVICO		NCM/SH	CSOS	CFOP	UN	QUANT.	V.UNITARIO	V.TOTAL	B.ICMS	V.ICMS	V.IPI	A.ICMS	A.IPI
COD. PROD	DESCRIÇÃO DO PROD/SERV.												
21203CAP	CARRO TRANSP.FECH 2PORTAS ACO INOX	94032000	0102	5102	PC	1,00	9.400,160	9.400,16	0,00	0,00	0,00	0,00%	0,00%
22	304 CAPACIDADE 22 BANDEIAS												

VOL. 1  
115 69 94

HORMANDA DE MISERICORDIA DO  
HOSPITAL DA SANTA CASA DE MONTE ALTO  
*Da 16/11*

CONFERIDO POR  
EDSON:

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

DADOS ADICIONAIS  
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES  
Documento emitido por ME ou EPP optante pelo Simples Nacional. Não gera direito a crédito fiscal de IPI.  
Protocolo: 135201006554207  
Cub. 134,00H. HORARIO DE ENTREGA DE SEG. A SEX DAS 8:00 AS 16:45H. CARRO NUMERO 2526  
ORDEM DE COMPRA N 518 CONTATO COM A TRANSPORTADORA: Fone: 1126320322E mail. danfe@transwells.com.br 18952475PO Cliente 0528

RESERVADO AO FISCO

**RECURSO PUBLICO FEDERAL COVID 19**

Termo de repasse 03/2020-1

Pago com recurso Federal: 9400,16

Pago com recurso entidade -

Conferido com o documento original

*Denise Nutrição*  
*recebido 09/11/2020.*