

**BANCO DO BRASIL** 001-9 00190.00009 02108.118007 00028.161172 4 83750000630000

BB Cobrança 3.00.00

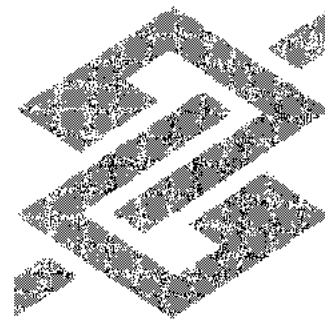
Nome do Beneficiário/CNPJ/CPF <b>CIRURGICA KD LTDA - CNPJ: 09.260.071/0001-06</b>				Agência / Código do Beneficiário <b>03558-0 / 17386-5</b>	
Pagador/CNPJ/CPF <b>IRM. DE MIS. HOSP. STA. CASA DE MONTE ALTO - CNPJ: 52.852.100/0001-40</b>				Nosso-Número <b>21081180000028161</b>	
Data de Vencimento <b>11/09/2020</b>	Nr Documento <b>54553/01</b>	Espécie <b>DM</b>	Moeda <b>R\$</b>	Valor do Documento <b>6.300,00</b>	
Receb(emos) o boleto com essas características.			Assinatura	Data da Entrega	Nome

Local do Pagamento  
**Pagável em qualquer banco até o vencimento. Após, atualize o boleto no site bb.com.br**

**BANCO DO BRASIL** 001-9 00190.00009 02108.118007 00028.161172 4 83750000630000

BB Cobrança 3.00.00

Local do Pagamento <b>Pagável em qualquer banco até o vencimento. Após, atualize o boleto no site bb.com.br</b>					
Nome do Pagador/CPF/CNPJ/Endereço <b>IRM. DE MIS. HOSP. STA. CASA DE MONTE ALTO - CNPJ: 52.852.100/0001-40 RUA CARLOS KIELANDER, 396 - CENTRO 15910-000 - MONTE ALTO - SP</b>					
Sacador / Avalista:					
Nosso-Número <b>2108118000002816</b>	Nr Documento <b>54553/01</b>	Data de Vencimento <b>11/09/2020</b>	Valor do Documento <b>6.300,00</b>	(=) Valor Pago	
Nome do Beneficiário/CPF/CNPJ/Endereço <b>CIRURGICA KD LTDA - CNPJ: 09.260.071/0001-06 AVENIDA DOUTOR ASSIS RIBEIRO, 10098 - SAO PAULO/SP - 03827-000</b>					
Uso do Banco	Carteira <b>17 / 19</b>	Espécie <b>R\$</b>	Quantidade	Valor	
Agência / Código do Beneficiário <b>03558-0 / 17366-5</b>					
Instruções de Responsabilidade do Beneficiário Juros.....: 2,00% ao mês - (R\$ 4,20 ao dia) Multas.....: 2,00% após 1 dia corrido do vencimento PAGUE ESSA FATURA EM BANCO OU INTERNET. DEPOSITOS OU TRANSF. NAO SAO RECONHECIDOS POR NOSSO SISTEMA.					
Data Processamento <b>14/08/2020</b>			Espécie DOC <b>DM</b>		
Data do Documento <b>14/08/2020</b>			Aceita <b>N</b>		
(-) Desconto / Abatimento					
(+) Juros / Multa					
(=) Valor Cobrado					



Este recibo somente terá validade, com a autenticação mecânica ou acompanhado do recibo de pagamento emitido pelo banco.  
Recebimento através do cheque nº do banco.  
Esta quitação só terá validade após o pagamento do cheque acima pelo banco do pagador.

Autenticação Mecânica

CAIXA ECONOMICA FEDERAL  
0090 - MONTE ALTO - SP  
DATA: 09/09/2020  
TERMINAL: 1001 - RUA ALVARO  
Nº: 10016

COMISSÃO DE PAGAMENTO  
BOLETO COBRANÇA EM BANCOS  
REPRESENTAÇÃO BANCÁRIA DE CREDITO DE BARRAS  
BARRAS D'ELI - RUA ALVARO, 10016

INSTITUICAO LIMOSAR SA - BANCO DO BRASIL S/A  
BENEFICIARIO  
NOME FANTASIA - CIRURGICA KD LTDA  
NOME/RAZAO SOCIAL - CIRURGICA KD LTDA  
CPF/CNPJ: 09.260.071/0001-06

PAGADOR  
NOME: IRM DE MIS. HOSP. STA. CASA DE MONTE ALTO  
CPF/CNPJ: 52.852.100/0001-40  
FORTADOR  
NOME: IRMANDADE MONTI HOSP. SANTA CASA DO  
CPF/CNPJ: 52.852.100/0001-40

DATA DE VENCIMENTO: 11/09/2020  
VALOR NOMINAL: 6.300,00  
VALOR TOTAL: 6.300,00  
VALOR PAGO: 6.300,00

Informações: (011) 3333-1000  
1ª FILIAL: 03000 - 030-0101  
Cidade de Barra do Rio Negro - 15.910-000

2ª Via - Via Financeira



**CIRURGICA KD LTDA. /**



PRACA JOSE CARDOSO DE MOURA, 39, A  
- VILA JACULI - SAO PAULO - SP - CEP:  
08060-020  
Fone: (11)2541-1095

**DANFE**  
Documento Auxiliar da  
Nota Fiscal Eletrônica  
0 - ENTRADA  
1 - SAÍDA  
**Nº 000.054.553 /**  
**Série 000**  
**Folha 1/1**



CHAVE DE ACESSO  
**3520 0809 2600 7100 0106 5500 0000 0545 5319 6205 2366**

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e  
[www.nfe.fazenda.gov.br/portal](http://www.nfe.fazenda.gov.br/portal) ou no site da Sefaz autorizadora

NATUREZA DA OPERAÇÃO <b>VENDA MERC ADQ, 3 P/ DENTRO ESTADO</b>		PROTÓCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO <b>135200699431726 14/08/2020 12:09:44</b>
INSCRIÇÃO ESTADUAL <b>149930651111</b>	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBSTITUTO TRIBUTÁRIO	CNPJ / CPF <b>09.260.071/0001-06</b>

DESTINATÁRIO / REMETENTE NOME / RAZÃO SOCIAL <b>IRM. DE MIS. DO HOSP. DA STA. CASA DE MONTE ALTO /</b>		CNPJ / CPF <b>52.852.100/0001-40 /</b>	DATA DA EMISSÃO <b>14/08/2020 /</b>
ENDEREÇO <b>CARLOS KIELANDER, 396</b>		BAIRRO / DISTRITO <b>CENTRO</b>	CEP <b>15910-000</b>
MUNICÍPIO <b>MONTE ALTO</b>	UF <b>SP</b>	TELEFONE / FAX <b>(16)3244-3246</b>	INSCRIÇÃO ESTADUAL

INFORMAÇÕES DO LOCAL DE ENTREGA NOME / RAZÃO SOCIAL <b>IRM. DE MIS. DO HOSP. DA STA. CASA DE MONTE ALTO</b>		CNPJ / CPF <b>52.852.100/0001-40</b>	INSCRIÇÃO ESTADUAL
ENDEREÇO <b>RUA ANTONIO DA SILVA 280 PORTAO 4 // AO LADO DO PRONTO ATENDIMENTO</b>		BAIRRO / DISTRITO <b>CENTRO</b>	CEP <b>15910-000</b>
MUNICÍPIO <b>MONTE ALTO</b>	UF <b>SP</b>	TELEFONE / FAX	

FATURA	ADOS DA FATURA	Número: 000054553 - Valor Original: R\$ 12.600,00 - Valor Desconto: R\$ 0,00 - Valor Líquido: R\$ 12.600,00
--------	----------------	---

DUPLICATAS	
Número 001	Número 002
Vencimento 11/09/2020	Vencimento 18/09/2020
Valor R\$6.300,00	Valor R\$6.300,00

CÁLCULO DO IMPOSTO					
BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBST.	VALOR DO ICMS SUBST.	V.APROX. TRIBUTOS	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	4.593,96 (36,46 %)	12.600,00
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	12.600,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS	
NOME / RAZÃO SOCIAL <b>BR4 TRANSPORTES DE CARGAS EM GERAL EIRELI ME</b>	
FRETE POR CONTA <b>0 - REMETENTE</b>	CÓDIGO ANTT
PLACA DO VEÍCULO	UF
CNPJ / CPF <b>23.246.316/0001-63</b>	INSCRIÇÃO ESTADUAL <b>587220280115</b>
ENDEREÇO <b>AVENIDA 10, 1126 SALA 03 - CENTRO</b>	MUNICÍPIO <b>RIO CLARO</b>
UF <b>SP</b>	
QUANTIDADE <b>15</b>	ESPECIE <b>VOLUME</b>
MARCA	NUMERAÇÃO
PESO BRUTO <b>135,000</b>	PESO LÍQUIDO <b>135,000</b>

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS													
CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	CST	CFOP	UNID.	QTDE.	VALOR UNITÁRIO	VALOR DESCONTO	VALOR LÍQUIDO	BASE DE CALC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALIQ. % ICMS IPI
LNMLHS	LUVA NITRILICA POWDER FREE M. C/ 100 LITE TRIB APROX R\$ 2.325,96 FEDERAL E R\$ 2.268,00 ESTADUAL. FONTE: IBPT 5017EW LOTE: NL96634D QT: 300 VAL: 30/03/25	40151900	240	5102	CX	300	42,0000	0,00	12.600,00	0,00	0,00	0,00	0,00 0,00

IRMANDADE DE N. S. DO ROSARIO HOSPITAL DA SANTA CASA DE MONTE ALTO 19/08/2020 CONTABILIDADE	RECEBIDO E CONFERIDO MERCADORIAS 17/08/2020 [Assinatura]	DIGITADO 11. 12/08/2020 [Assinatura]	RECURSO PÚBLICO FEDERAL COVID 19 Termo de repasse <u>008/2020-1</u> Pago com recurso Federal: <u>12.600,00</u> Pago com recurso entidade _____ Conferido com o documento original
--	---	---	--