



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: | IRMAND MISER HOSP S C MA |
| Conta de débito: | 0890 / 013 / 00021884-9 |

| | |
|--|---|
| Representação numérica do código de barras: | 00190.61563 95074.833591 00002.034312 1 83890000042870 |
| Instituição Emissora - Nome do Banco: | BANCO DO BRASIL S/A |
| Código do Banco: | 001 |
| Beneficiário original / Cedente | |
| Nome Fantasia: | DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IMPORTACAO E EXPO |
| Nome/Razão Social: | DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IMPORTACAO E EXPORTACA |
| CPF/CNPJ: | 04.027.894/0001-64 |
| Beneficiário Final | |
| Nome/Razão Social: | DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IMPORTACAO E EXPORTACA |
| CPF/CNPJ: | 04.027.894/0001-64 |
| Pagador Sacado | |
| Nome/Razão Social: | IRM.DE MIS.HOSP.STA.CASA MONTE ALTO |
| CPF/CNPJ: | 52.852.100/0001-40 |
| Pagador Final - Correntista | |
| Nome/Razão Social: | IRMAND MISER HOSP SANTA CASA MA |
| CPF/CNPJ: | 521.000.001-40 |

| | |
|--|--------------------|
| Data do Vencimento: | 25/09/2020 |
| Data de Efetivação / Agendamento: | 11/09/2020 |
| Valor Nominal do Boleto: | 428,70 |
| Juros (R\$): | 0,00 |
| IOF (R\$): | 0,00 |
| Multa (R\$): | 0,00 |
| Desconto (R\$): | 0,00 |
| Abatimento (R\$): | 0,00 |
| Valor Calculado (R\$): | 428,70 |
| Valor Pago (R\$): | 428,70 |
| Identificação do Pagamento: | DUPATRI NF 1119277 |

| | |
|-------------------------------|---------------------|
| Data/hora da operação: | 11/09/2020 15:53:20 |
|-------------------------------|---------------------|

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 055715797 |
| Chave de segurança: | E9Y3PSZMECAP4Z9X |

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



001-9

00190.61563 95074.833591 00002.034312 1 83890000042870

Nome do Pagador/CPF/CNPJ/Endereço

IRM.DE MIS.HOSP.STA.CASA MONTE ALTO CPF/CNPJ: 52.852.100/0001-40

Sacador/Avalista

| | | | | |
|------------------------------|---------------------------|----------------------------------|----------------------------------|------------------------------|
| Nosso Número 06156950748- | Nr.Documento 21119277U | Data de Vencimento 25/09/2020 | Valor do Documento R\$ 428,70 | (=) Valor Pago R\$ 428,70 |
|------------------------------|---------------------------|----------------------------------|----------------------------------|------------------------------|

Nome do Beneficiário/CPF/CNPJ/Endereço

DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IMPORTACAO E CPF/CNPJ: 04.027.894/0001-64
RUA SAO PAULO 31 VILA BELMIRO SANTOS SP-11.075-330Agência/Código do Beneficiário
3359/00002034

Autenticação Mecânica

Boleto de Pagamento



001-9

00190.61563 95074.833591 00002.034312 1 83890000042870

| | |
|--|--------------------------|
| Local de pagamento PAGAR PREFERENCIALMENTE NOS CANAIS DE AUTOATENDIMENTO DO BANCO DO BRASIL | Vencimento 25/09/2020 |
|--|--------------------------|

Nome do Beneficiário/CPF/CNPJ/Endereço

DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IMPORTACAO E CPF/CNPJ: 04.027.894/0001-64
RUA SAO PAULO 31 VILA BELMIRO SANTOS SP-11.075-330Agência/Código do Cedente
3359/00002034

| | | | | | |
|---------------------------------|----------------------------------|-------------------|-------------|-------------------------------------|-----------------------------|
| Data do Documento 26/08/2020 | Número do Documento 21119277U | Espécie Doc DM | Acelte N | Data do Processamento 03/09/2020 | Nosso Número 06156950748 |
|---------------------------------|----------------------------------|-------------------|-------------|-------------------------------------|-----------------------------|

| | | | | | |
|--------------|-----------------|-----------------|------------|-------------|----------------------------------|
| Uso do Banco | Carteira 031 | Espécie REAL | Quantidade | Valor Moeda | Valor do Documento R\$ 428,70 |
|--------------|-----------------|-----------------|------------|-------------|----------------------------------|

Instruções

JRS: VI p/Dia Atraso R\$ 0,14 A PARTIR DO VENCIMENTO

(-) Desconto/Abatimento

(+) Juros/Multa

(-) Valor Cobrado

R\$ 428,70

Nome do Pagador/CPF/CNPJ/Endereço

IRM.DE MIS.HOSP.STA.CASA MONTE ALTO / 52.852.100/0001-40

Sacador/Avalista

Autenticação Mecânica





DUPATRI HOSPITALAR COM IMP EXT LTDA

AV. JOSÉ SEVERINO, Nº 3530

CATALÃO GO

CEP 75.709-616

TELEFONES

ESTOQUE CATALÃO: (84) 3442-8081
ADM. SANTOS : (13) 3228-8700

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA



0-ENTRADA 1
1-SAIDA 1

CHAVE DE ACESSO

5220 0804 0278 9400 0326 5500 1001 1192 7710 0070 2161

Nº 1119277
SERIE 1
FOLHA 1/1

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

152203369344339 26/08/2020 20:01:46

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
26/08/2020

ENDEREÇO
R CARLOS KIELANDER, 396

BAIRRO/DISTRITO
CENTRO

CEP
15910-000

DATA EMITIDA/SAÍDA
26/08/2020

MUNICÍPIO
MONTE ALTO

FONE/FAX
1632443246

UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA
19:56

FATURA / DUPLICATA

001 25/09/2020 428,70

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 |
| 428,00 | 17,40 | 0,00 | 0,00 | 428,70 |
| 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 |
| | | | | 428,70 |

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

| | | | | | |
|---|------------------------------------|-------------|---------------------------------|------------|----------------------------|
| NOME / RAZÃO SOCIAL VEICULO PROPRIO (90) | FRETE POR CONTA 0 - DO EMITENTE | CÓDIGO ANTT | PLACA DO VEÍCULO | UF | CNPJ/CPF 04027894000326 |
| ENDEREÇO AVENIDA JOSE SEVERINO, 3530 | MUNICÍPIO CATALAO | UF GO | INSCRIÇÃO ESTADUAL 104444304 | | |
| QUANTIDADE | ESPÉCIE | MARCA | NÚMERO | PESO BRUTO | PESO LÍQUIDO |
| 2 | CAIXAS | | | 3,00 | 3,00 |

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 | AI ICMS | A-IPI |
|--------|--|----------|-----|------|-----|--------|---------|---------|---------|--------|-------|---------|-------|
| 35624 | AEROLIN SPRAY 200 DOSES - GLAXO OL (Lote: K67R, Qtde: 3, Dt Val: 31/01/2022, Data Fab: 01/01/2020) | 30049039 | 200 | 6108 | FR | 3 | 18,0000 | 54,00 | 54,00 | 2,16 | | 4,00 | |
| 50083 | FITA MICROPOROSA BRANCA 50X10 (I) - 3M (Lote: 377704, Qtde: 50, Dt Val: 31/07/2022, Data Fab: 01/07/2020) | 30051090 | 200 | 6108 | FL | 50 | 7,4100 | 370,50 | 370,50 | 14,82 | | 4,00 | |
| 33050 | ENALAPRIL 10MG C/30CP GEN - NEOQUIMICA (Lote: B20B1027, Qtde: 2, Dt Val: 31/05/2022, Data Fab: 01/05/2020) | 30049067 | 020 | 6108 | CX | 2 | 2,1000 | 4,20 | 3,50 | 0,42 | | 12,00 | |

RECEBIDO E CONFERIDO
27/08/2020
MERCADORIAS

DIGITADO
262
27/08/2020

IRMANHA DE MISERICORDIA DO HOSPITAL DA SANTA CASA DE MONTE ALTO
CONTABILIDADE

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

RECLAMAÇÕES DE MERCADORIAS COM NO MAXIMO DE 48 HORAS APOS A ENTREGA FAVOR REALIZAR A CONFERENCIA DO PEDIDO NO ATO

ITEM 3 RED.BASE DE CALCULO CONF. ART. 8º, INC. VIII, ANEXO IX DEC.4.852/97 - RICMS/GO

ITEM 1 e 2 Resolucao Senado Federal n 13/2012 e Convenio ICMS 38/2013

ITEM 2

ITENS 1,3 ALIQUOTA ZERO PIS/COFINS,CF,ART.2 DA LRT 10.147/00

ITEM 1 e 2 DIFERENCIAL DE ALIQ.CPCONV.93 -EMENDA 87/15

ITEM 3 ALIQ.12% CF LBI GNERICOSSP 16005/2015

ITEM 1

ITEM 1

Emenda Constitucional 87 de 2015:

Valor da partilha para UF de Destino: R\$ 59,43

VALOR APROX. TRIBUTOS, R\$ 50,30, Federal, R\$ 32,90, Estadual, R\$ 17,40

Pedido: 197557

Representante: REGIAO RTR. 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 008/2020-1

Pago com recurso Federal: 428,70

Pago com recurso entidade

Conferido com o documento original