



Comprovante de Pagamento de Boletto

Via Internet Banking CAIXA

Banco Receptor:	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:	03399.14327 85000.000134 54668.601013 1 83910000114000
Instituição Emissora - Nome do Banco:	BANCO SANTANDER S.A.
Código do Banco:	033
Código do ISPB:	90400888
Beneficiário original / Cedente	
Nome Fantasia:	NACIONAL COML.HOSPITALAR LTDA
Nome/Razão Social:	NACIONAL COMERCIAL HOSPITALAR S.A
CPF/CNPJ:	52.202.744/0001-92
Beneficiário Final	
Nome/Razão Social:	NACIONAL COMERCIAL HOSPITALAR S.A
CPF/CNPJ:	52.202.744/0001-92
Pagador Sacado	
Nome/Razão Social:	IRMANDADE DE MIS. DO HOSPITAL STA. CASA
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:	27/09/2020
Data de Efetivação / Agendamento:	11/09/2020
Valor Nominal do Boletto:	1.140,00
Juros (R\$):	0,00
IOF (R\$):	0,00
Multa (R\$):	0,00
Desconto (R\$):	0,00
Abatimento (R\$):	0,00
Valor Calculado (R\$):	1.140,00
Valor Pago (R\$):	1.140,00
Identificação do Pagamento:	NACIONAL NF 736773

Data/hora da operação:	11/09/2020 15:54:25
-------------------------------	---------------------

Código da operação:	055717485
Chave de segurança:	KCEYS40APWRKMC9Z

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



033-7

Comprovante de Entrega

Beneficiário NACIONAL COMERCIAL HOSPITALAR S.A.	Agência/Cód. Beneficiário 0289/1432850	Nro. Documento 000736773	<input type="checkbox"/> Mudou-se <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Não existe nº indicado <input type="checkbox"/> Recusado <input type="checkbox"/> Não procurado <input type="checkbox"/> Endereço insuficiente <input type="checkbox"/> Desconhecido <input type="checkbox"/> Falecido <input type="checkbox"/> Outros (anotar no verso)
Pagador IRMANDADE DE MIS. DO HOSPITAL STA. CASA DE MONTE ALTO	Vencimento 27/09/2020	Valor do Documento 1.140,00	
Recebi(emos) o boleto/título com as características acima.	Data	Assinatura	
	Data	Entregador	



033-7

Recibo do Pagador

Local de Pagamento Pagável em qualquer Banco até o Vencimento.					Vencimento 27/09/2020
Beneficiário/CNPJ/Endereço NACIONAL COMERCIAL HOSPITALAR S.A. - CNPJ: 52.202.744/0001-92 AV DOUTOR CELSO CHARURI 7500 - RIBEIRAO PRETO - SP 14098-515					Agência/Código do Beneficiário 0289/1432850
Data do Documento 28/08/2020	Nro. Documento 000736773	Espécie Doc DM	Aceite N	Data do Processamento 28/08/2020	Nosso Número 13546686
Uso do Banco	Carteira RCR	Espécie R\$	Quantidade	Valor	Valor do Documento 1.140,00
Instruções (Todas as informações deste boleto são de exclusiva responsabilidade do beneficiário)					<input type="checkbox"/> Desconto/Abatimento <input type="checkbox"/> Outras Deduções <input type="checkbox"/> Mora/Multa <input type="checkbox"/> Outros Acréscimos <input type="checkbox"/> Valor Cobrado
Pagador IRMANDADE DE MIS. DO HOSPITAL STA. CASA DE MONTE ALTO RUA CARLOS KIELANDER, 396 - CENTRO MONTE ALTO - SP - 15910000 CNPJ: 52.852.100/0001-40					
Sacador/Avalista					Autenticação Mecânica




033-7

03399.14327 85000.000134 54668.601013 1 83910000114000

Local de Pagamento Pagável em qualquer Banco até o Vencimento.					Vencimento 27/09/2020
Beneficiário/CNPJ/Endereço NACIONAL COMERCIAL HOSPITALAR S.A. - CNPJ: 52.202.744/0001-92 AV DOUTOR CELSO CHARURI 7500 - RIBEIRAO PRETO - SP 14098-515					Agência/Código do Beneficiário 0289/1432850
Data do Documento 28/08/2020	Nro. Documento 000736773	Espécie Doc DM	Aceite N	Data do Processamento 28/08/2020	Nosso Número 13546686
Uso do Banco	Carteira RCR	Espécie R\$	Quantidade	Valor	Valor do Documento 1.140,00
Instruções (Todas as informações deste boleto são de exclusiva responsabilidade do beneficiário)					<input type="checkbox"/> Desconto/Abatimento <input type="checkbox"/> Outras Deduções <input type="checkbox"/> Mora/Multa <input type="checkbox"/> Outros Acréscimos <input type="checkbox"/> Valor Cobrado
Pagador IRMANDADE DE MIS. DO HOSPITAL STA. CASA DE MONTE ALTO RUA CARLOS KIELANDER, 396 - CENTRO MONTE ALTO - SP - 15910000 CNPJ: 52.852.100/0001-40					
Sacador/Avalista					Autenticação Mecânica
					Ficha de Compensação






Identificação do emitente
NACIONAL COMERCIAL HOSPITAL AR S.A.
 AV DOCTOR CELSO CHIARURI, 7500
 JARDIM MANOEL PENNA Cep:14098-515
 RIBEIRAO PRETO/SP
 Fone: 1639639090

DANFE
 DOCUMENTO AUXILIAR DA
 NOTA FISCAL ELETRÔNICA
 0-ENTRADA
 1-SAÍDA

N. 000736773
 SÉRIE 1
 FOLHA 01/01



CHAVE DE ACESSO DA NF-E
3520 0852 2027 4400 0192 5500 1000 7367 7311 0020 7221

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO VENDAS DE MERC. ADQUIRIDAS E/OU RECEBIDAS DE TERCEIROS	PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 135200752653061 28/08/2020 17:18:55-03:00
INSCRIÇÃO ESTADUAL 582156635119	INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIB. CNPJ/CPF 52.202.744/0001-92

DESTINATÁRIO/REMETENTE		CNPJ/CPF		DATA DE EMISSÃO	
NOME/RAZÃO SOCIAL IRMANDADE DE MIS. DO HOSPITAL STA. CASA DE MONTE ALTO		52.852.100/0001-40		28/08/2020	
ENDEREÇO RUA CARLOS KIELANDER,396		BAIRRO/DISTRITO CENTRO		DATA ENTRADA/SAÍDA 28/08/2020	
MUNICÍPIO MONTE ALTO		UF SP		HORA ENTRADA/SAÍDA 17:11:00	
FONE/FAX 1632443244		INSCRIÇÃO ESTADUAL			
FATURA 001					
27/09/2020					
1.140,00					

CÁLCULO DO IMPOSTO					
BASE DE CÁLCULO DO ICMS 1.140,00	VALOR DO ICMS 136,80	BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBSTITUIÇÃO 0,00	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO 0,00	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 1.140,00	
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 1.140,00

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS						
RAZÃO SOCIAL MOVIMENTO EXPRESS COMERCIO SERVICOS LOG		FRETE POR CONTA 0-EMITENTE	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF 34.922.709/0002-47
ENDEREÇO V ANHANGUERA KM320		MUNICÍPIO RIBEIRAO PRETO	UF SP	INSCRIÇÃO ESTADUAL ISENTO		
QUANTIDADE 8	ESPECIE CX	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO 24,000	PESO LÍQUIDO 24,000	

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇO													
COD. PROD	DESCRIÇÃO DO PROD./SERV.	NCM/SH	CST	CFOP	UN	QUANT.	VUNITARIO	VTOTAL	BC.ICMS	VICMS	V.IPI	A.ICMS	A.IPI
0000240	SERINGA DESC 20 ML S AG SLIP 990173 EAN: 7891463000408 Reg.Anvisa: 1003 3430030 - Lote: 0115279 Marca: BDI INJECTION Validade: 30/04/2025	90183119	500	5102	UN	2.000,00	0,570000	1.140,00	1.140,00	136,80	0,00	12,00%	0,00%

IRMANDADE DE MISERICORDIA DO
 HOSPITAL DA SANTA CASA DE MONTE ALTO

Ca 119

CONTABILIDADE

RECEBIDO E CONFERIDO
 MERCADORIAS

31, 08, 2020

Mphluis

DIGITADO

N.º *313*

31, 08, 2020

Mphluis

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

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Pedido Interno: 049372

Protocolo: 135200752653061

ID 109811281 - ENTREGAR URGENTE - Nro. Pedido Interno: 049372 - Nro. Pedido Cliente: 109811281 - Forma de Pagamento: BOLETOEnd. Entrega: RUA CARLOS KIELANDER,396 Bairro: CENTRO Município: MONTE ALTO CEP: 15910000

RESERVADO AO FISCO

RECURSO PÚBLICO FEDERAL COVID 19

Termo de renasse 008/2020-1

Pago com recurso Federal: 1.140,00

Pago com recurso entidade —

Conferido com o documento original