



Comprovante de Pagamento de Boletó

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:	34191.09008 00472.495720 80656.150002 8 83960000509500
Instituição Emissora - Nome do Banco:	ITAU UNIBANCO S.A.
Código do Banco:	341
Código do ISPB:	60701190
Beneficiário original / Cedente	
Nome Fantasia:	PRECISION C D PROD MED HOSP LT
Nome/Razão Social:	PRECISION C D PROD MED HOSP LT
CPF/CNPJ:	30.461.442/0001-04
Pagador Sacado	
Nome/Razão Social:	IRMANDADE MISERICORDIA HOSP DA
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:	02/10/2020
Data de Efetivação / Agendamento:	14/09/2020
Valor Nominal do Boletó:	5.095,00
Juros (R\$):	0,00
IOF (R\$):	0,00
Multa (R\$):	0,00
Desconto (R\$):	0,00
Abatimento (R\$):	0,00
Valor Calculado (R\$):	5.095,00
Valor Pago (R\$):	5.095,00
Identificação do Pagamento:	PRECISION NF10.109

Data/hora da operação:	14/09/2020 15:26:12
-------------------------------	---------------------

Código da operação:	058035220
Chave de segurança:	F9LULY8FMOKZ4N5J

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



PRECISION COMERCIAL DIST DE PROD MEDICO
HOSP LTDA
RUA ANGELA BERBEL PAGANO, 6
Cep:14140-000 - CRAVINHOS - SP
Fone:(16)3482-2500

Itaú Banco Itaú S.A.

RECIBO DO PAGADOR

Beneficiário: PRECISION COMERCIAL DIST DE PROD MEDICO HOSP LTDA	Agência/Cod.Beneficiário 5728/06561-5	Data do Documento 04/09/2020	Vencimento 02/10/2020
Pagador: IRMANDADE DE MISERICORDIA DO HOSPITAL DA SANTA CASA DE MONTE ALTO (68) RUA CARLOS KIELANDER,396 - CENTRO 15910-000 - MONTE ALTO-SP	Número Documento: 10109-01	Nosso Número: 00004724	Valor do Documento: 5.095,00

Autenticação Mecânica

Itaú Banco Itaú S.A.

341-7

34191.09008 00472.495720 80656.150002 8 83960000509500

Local de Pagamento: Pagável Preferencialmente no Banco Itaú.					Vencimento 02/10/2020
Beneficiário PRECISION COMERCIAL DIST DE PROD MEDICO HOSP LTDA - 30.461.442/0001-04					Agência/Cod.Beneficiário 5728/06561-5
Endereço RUA ANGELA BERBEL PAGANO, 6 - 14140-000-CRAVINHOS-SP					
Data do documento: 04/09/2020	No. do documento 10109-01	Espécie doc. DM	Accite N	Data Processamento 04/09/2020	Cart./Nosso Número 109/00004724-9
Uso do Banco	Carteira 109	Espécie Moeda R\$	Quantidade	(x) Valor	(=) Valor do Documento 5.095,00
Instruções (Texto de responsabilidade do Beneficiário)					(-) Descontos/Abatimento
					(-) Outras Deduções
					(+) Mora/Multa
					(+) Outros Acréscimos
					(=) Valor Cobrado

IRMANDADE DE MISERICORDIA DO HOSPITAL DA SANTA CASA DE MONTE ALTO (68)
RUA CARLOS KIELANDER,396 - CENTRO
15910-000 - MONTE ALTO-SP
52.852.100/0001-40

Autenticação Mecânica/Ficha de Compensação



RECEBEMOS DE PRECISION COMERCIAL DIST DE PROD MEDICO HOSP LTDA OS PRODUTOS E/OU SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA INDICADA ABAIXO. EMISSÃO: 04/09/2020 VALOR TOTAL: R\$ 5.095,00 DESTINATÁRIO: IRMANDADE DE MISERICORDIA DO HOSPITAL DA SANTA CASA DE MONTE - RUA CARLOS KIELANDER, 396 CENTRO MONTE ALTO-SP

NFe Nº. 000.010.109
Série 001

DATA DE RECEBIMENTO: _____ IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR: _____

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE
Precision
PRECISION COMERCIAL DIST DE PROD MEDICO HOSP LTDA
RUA ANGELA BERDEL PAGANO, 006
JARDIM ALVORADA - 14140-000
CRAVINHOS - SP Fone/Fax: 1634822500
www.precisionhospital.com.br

DANFE
Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica
0 - ENTRADA
1 - SAÍDA
Nº. 000.010.109
Série 001
Página 1/1



CHAVE DE ACESSO
3520 0930 4614 4200 0104 5500 1000 0101 0910 0264 6362
Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e
www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora
PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
135200779495571 - 04/09/2020 18:03:27
CNPJ / CPF
30.461.442/0001-04

NATUREZA DA OPERAÇÃO: **VENDA DE MERCADORIA**
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 279046937110 INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.: _____ CNPJ / CPF: 30.461.442/0001-04

DESTINATÁRIO / REMETENTE
NOME / RAZÃO SOCIAL: IRMANDADE DE MISERICORDIA DO HOSPITAL DA SANTA CASA DE MONTE CNPJ / CPF: 52.852.100/0001-40 DATA DA EMISSÃO: 04/09/2020
ENDEREÇO: RUA CARLOS KIELANDER, 396 BAIRRO / DISTRITO: CENTRO CEP: 15910-000 DATA DA SAÍDA/ENTRADA: _____
MUNICÍPIO: MONTE ALTO UF: SP FONE / FAX: 1632443246 INSCRIÇÃO ESTADUAL: _____ HORA DA SAÍDA/ENTRADA: _____

FATURA / DUPLICATA
Num: 001 /
Venc: 02/10/2020
Valor: R\$ 5.095,00

BASE CÁLCULO ICMS	VALOR DO ICMS	VALOR DO ICMS-FCP	BASE CÁLCULO ICMS S.T.	VALOR ICMS S.T.	VALOR ICMS S.T-FCP	TOTAL PRODUTOS
5.095,00	611,40	0,00	0,00	0,00	0,00	5.095,00
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS	VALOR TOTAL IPI	VALOR IMPORTAÇÃO	TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	5.095,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS
NOME / RAZÃO SOCIAL: RONDOLOG TRANSPORTES LTDA FRETE POR CONTA: 0-Remetente CÓDIGO ANTT: _____ PLACA DO VEÍCULO: _____ TUF: _____ CNPJ / CPF: 17.915.300/0001-01
ENDEREÇO: RUA JOAQUIM PALMEIRA, 205 / QUADRA 17 LOTE 32 MUNICÍPIO: BAURU UF: SP INSCRIÇÃO ESTADUAL: 209502998115
QUANTIDADE: 1 ESPÉCIE: Volumes MARCA: _____ NUMERAÇÃO: _____ PESO BRUTO: _____ PESO LÍQUIDO: _____

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SR	QDNT	CFOP	UN	QUANT	VALOR UNIT	VALOR TOTAL	ALIC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALIQ. ICMS	ALIQ. IPI
14882	CLORIDRATO DE AMIODARONA 50MG/ML IV 3ML C/110/HIPOLABOR G. Lote: AD-009/20 Qtd: 3 Val: 30/04/2022 FCI: D4837B1-4C12-45DC-9923-2804A4055157	30049054	500	5102	CX	3	169,0000	507,00	507,00	60,84		12,00	
15153	DEXAMPFETOMIDINA 100MCG/ML 2ML C/S FA ***EUROFARMACI G. Lote: 669171A Qtd: 20 Val: 25/03/2022	30049069	000	5102	CX	20	229,4000	4.588,00	4.588,00	550,56		12,00	

RECEBIDO E CONFERIDO
MERCADORIAS
08/09/2020
M. Müller

48
08
09/2020
M. Müller

DADOS ADICIONAIS
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES: Inf. Contribuinte: ENTREGAR SABADO (05/09); Ordem de Compra 2709; Vendedor: 4-TAMIRES NUNES DA SILVA Mov:264525; Inf. fisco: Valor Aprox Tributos Federal: R\$ 685,28 Estadual: R\$ 60,84 Municipal: R\$ 0,00 Fonte: IBPT

CONFERIDO
Por: *Janaína* 09/09

RECURSO PUBLICO FEDERAL COVID 19
Termo de repasse: 008/2020-1
Pago com recurso Federal: 5.095,00
Pago com recurso entidade: _____
Conferido com o documento original