



Comprovante de Pagamento de Boleto

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:	03399.48457 01300.000955 22405.001045 2 83950000534736
Instituição Emissora - Nome do Banco:	BANCO SANTANDER S.A.
Código do Banco:	033
Código do ISPB:	90400888
Beneficiário original / Cedente	
Nome Fantasia:	BANCO SOFISA S/A
Nome/Razão Social:	BANCO SOFISA S/A
CPF/CNPJ:	60.889.128/0001-80
Sacador Avalista	
Nome/Razão Social:	SUPERMED COMERCIO E IMPORTACAO DE
CPF/CNPJ:	11.206.099/0001-07
Beneficiário Final	
Nome/Razão Social:	BANCO SOFISA S/A
CPF/CNPJ:	60.889.128/0001-80
Pagador Sacado	
Nome/Razão Social:	IRM.DE MIS.HOSP.DA STA CSA 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:	01/10/2020
Data de Efetivação / Agendamento:	21/09/2020
Valor Nominal do Boleto:	5.347,36
Juros (R\$):	0,00
IOF (R\$):	0,00
Multa (R\$):	0,00
Desconto (R\$):	0,00
Abatimento (R\$):	0,00
Valor Calculado (R\$):	5.347,36
Valor Pago (R\$):	5.347,36
Identificação do Pagamento:	SUPERMED NF115644

Data/hora da operação:	21/09/2020 13:17:21
-------------------------------	---------------------

Código da operação:	065715848
Chave de segurança:	K9S64R7V9LS8CM2C

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 |

Recibo do Pagador

Beneficiário 60.889.128/0001-80 - BANCO SOFISA S.A.					Vencimento 01/10/2020
Endereço do Beneficiário Al.Santos 1496 Cerqueira Cesar 01.418-100 SAO PAULO/SP					Ponto Venda/Ident. Beneficiário 03689 4845013
Data Documento 03/09/2020	Nº Documento 6115644A	Espécie Documento 02	Aceite NAO	Data Processamento 14/09/2020	Nosso Número 000009522405-0
Uso do Banco	Carteira 104	Espécie REAL	Quantidade	Valor X	(=) Valor do Documento 5.347,36
Informações de responsabilidade do beneficiário MORA DE 8,91 AO DIA, A PARTIR DE 02/10/2020.					(-) Desconto/Abatimento
					(-) Outras Deduções
					(+) Mora/Multa
					(+) Outros Acréscimos
					(=) Valor Cobrado
Pagador IRM.DE MIS.HOSP.DA STA CSA MONTE ALTO R CARLOS KIELANDER , 396 CXPST: 180 CENTRO 15.910-000 MONTE ALTO /SP					CNPJ/CPF: 52.852.100/0001-40
Sacador/Avalista SUPERMED COMERCIO E IMPORTACAO DE RUA PROJETADA,S/N ITAIM 37.600-000 CAMBU/MG					CNPJ/CPF: 11.206.099/0001-07

Recebimento através do cheque nº

do Banco
Esta quitação só terá validade após pagamento do cheque
pelo Banco Sacador

Autenticação Mecânica



| 033-7 |

Ficha de Caixa

Beneficiário 60.889.128/0001-80 - BANCO SOFISA S.A.					Ponto Venda/Ident. Beneficiário 03689 4845013	Vencimento 01/10/2020
Data Documento 03/09/2020					Nº Documento 6115644A	Espécie Documento 02
					Aceite NAO	Data Processamento 14/09/2020
					Nosso Número 000009522405-0	
					(=) Valor do Documento 5.347,36	
					(-) Desconto/Abatimento	
					(-) Outras Deduções	
					(+) Mora/Multa	
					(+) Outros Acréscimos	
					(=) Valor Cobrado	
Pagador IRM.DE MIS.HOSP.DA STA CSA MONTE ALTO R CARLOS KIELANDER , 396 CXPST: 180 CENTRO 15.910-000 MONTE ALTO /SP					CNPJ/CPF: 52.852.100/0001-40	
Sacador/Avalista SUPERMED COMERCIO E IMPORTACAO DE					CNPJ/CPF: 11.206.099/0001-07	

Autenticação Mecânica



| 033-7 |

03399.48457 01300.000955 22405.001045 2 83950000534736

Local de Pagamento PAGÁVEL EM QUALQUER BANCO ATÉ O VENCIMENTO					Vencimento 01/10/2020
Beneficiário 60.889.128/0001-80 - BANCO SOFISA S.A.					Ponto Venda/Ident. Beneficiário 03689 4845013
Data Documento 03/09/2020					Nº Documento 6115644A
					Espécie Documento 02
					Aceite NAO
					Data Processamento 14/09/2020
					Nosso Número 000009522405-0
					(=) Valor do Documento 5.347,36
					(-) Desconto/Abatimento
					(-) Outras Deduções
					(+) Mora/Multa
					(+) Outros Acréscimos
					(=) Valor Cobrado
Pagador IRM.DE MIS.HOSP.DA STA CSA MONTE ALTO R CARLOS KIELANDER , 396 CXPST: 180 CENTRO 15.910-000 MONTE ALTO /SP					CNPJ/CPF: 52.852.100/0001-40
Sacador/Avalista SUPERMED COMERCIO E IMPORTACAO DE					CNPJ/CPF: 11.206.099/0001-07

Autenticação Mecânica

Ficha de Compensação





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:	00190.00009 02689.844617 58284.195110 9 84020000534733
Instituição Emissora - Nome do Banco:	BANCO DO BRASIL S/A
Código do Banco:	001
Beneficiário original / Cedente	
Nome Fantasia:	SUPERMED COMERCIO E IMPORTACAO DE PROD MEDICO
Nome/Razão Social:	SUPERMED COMERCIO E IMPORTACAO DE PROD MEDICOS E H
CPF/CNPJ:	11.206.099/0001-07
Beneficiário Final	
Nome/Razão Social:	SUPERMED COMERCIO E IMPORTACAO DE PROD MEDICOS E H
CPF/CNPJ:	11.206.099/0001-07
Pagador Sacado	
Nome/Razão Social:	IRM.DE MIS.HOSP.DA STA CSA 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:	08/10/2020
Data de Efetivação / Agendamento:	21/09/2020
Valor Nominal do Boleto:	5.347,33
Juros (R\$):	0,00
IOF (R\$):	0,00
Multa (R\$):	0,00
Desconto (R\$):	0,00
Abatimento (R\$):	0,00
Valor Calculado (R\$):	5.347,33
Valor Pago (R\$):	5.347,33
Identificação do Pagamento:	SUPERMED NF115644

Data/hora da operação: 21/09/2020 13:17:59

Código da operação: 065717150

Chave de segurança: 6704KCRCQ2MNP01N

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

00190.00009 02689.844617 58284.195110 9 84020000534733

Nome do Pagador/CPF/CNPJ/Endereço
IRM.DE MIS.HOSP.DA STA CSA MONTE ALTO CPF/CNPJ: 52.852.100/0001-40

Sacador/Avalista

Nosso Número 26898446158284195-	Nr.Documento 6115644B	Data de Vencimento 08/10/2020	Valor do Documento R\$ 5.347,33	(=) Valor Pago R\$ 5.347,33
------------------------------------	--------------------------	----------------------------------	------------------------------------	----------------------------------

Nome do Beneficiário/CPF/CNPJ/Endereço
SUPERMED COMERCIO E IMPORTACAO DE PROD M CPF/CNPJ: 11.206.099/0001-07
AVENIDA 01 - S/N - QUADRA 16 - MODULOS 07/19 POLO EMPRESARIALAPARECIDA DE GOIANIAGO-74.985-115

Agência/Código do Beneficiário
3357/53295

Autenticação Mecânica

Boleto de Pagamento



001-9

00190.00009 02689.844617 58284.195110 9 84020000534733

Local de pagamento PAGAR PREFERENCIALMENTE NOS CANAIS DE AUTOATENDIMENTO DO BANCO DO BRASIL					Vencimento 08/10/2020
Nome do Beneficiário/CPF/CNPJ/Endereço SUPERMED COMERCIO E IMPORTACAO DE PROD M CPF/CNPJ: 11.206.099/0001-07 AVENIDA 01 - S/N - QUADRA 16 - MODULOS 07/19 POLO EMPRESARIALAPARECIDA DE GOIANIAGO-74.985-115					Agência/Código do Cedente 3357/53295
Data do Documento 03/09/2020	Número do Documento 6115644B	Espécie Doc DM	Aceite N	Data do Processamento 18/09/2020	Nosso Número 26898446158284195
Uso do Banco	Carteira 11	Espécie REAL	Quantidade	Valor Moeda	Valor do Documento R\$ 5.347,33
Instruções JRS: VI p/Dia Atraso R\$ 7,13 A PARTIR DO VENCIMENTO					(-) Desconto/Abatimento
					(+) Juros/Multa
					(=) Valor Cobrado R\$ 5.347,33

Nome do Pagador/CPF/CNPJ/Endereço
IRM.DE MIS.HOSP.DA STA CSA MONTE ALTO / 52.852.100/0001-40

Sacador/Avalista

Autenticação Mecânica





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:	00190.00009 02689.844617 58018.189116 9 84090000534733
Instituição Emissora - Nome do Banco:	BANCO DO BRASIL S/A
Código do Banco:	001
Beneficiário original / Cedente	
Nome Fantasia:	SUPERMED COMERCIO E IMPORTACAO DE PROD MEDICO
Nome/Razão Social:	SUPERMED COMERCIO E IMPORTACAO DE PROD MEDICOS E H
CPF/CNPJ:	11.206.099/0001-07
Beneficiário Final	
Nome/Razão Social:	SUPERMED COMERCIO E IMPORTACAO DE PROD MEDICOS E H
CPF/CNPJ:	11.206.099/0001-07
Pagador Sacado	
Nome/Razão Social:	IRM.DE MIS.HOSP.DA STA CSA 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:	15/10/2020
Data de Efetivação / Agendamento:	21/09/2020
Valor Nominal do Boleto:	5.347,33
Juros (R\$):	0,00
IOF (R\$):	0,00
Multa (R\$):	0,00
Desconto (R\$):	0,00
Abatimento (R\$):	0,00
Valor Calculado (R\$):	5.347,33
Valor Pago (R\$):	5.347,33
Identificação do Pagamento:	SUPERMED NF115644

Data/hora da operação:	21/09/2020 13:18:34
-------------------------------	---------------------

Código da operação:	065718407
Chave de segurança:	ZVFZ90VSJ1GLT8C8

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

00190.00009 02689.844617 58018.189116 9 84090000534733

Nome do Pagador/CPF/CNPJ/Endereço
IRM.DE MIS.HOSP.DA STA CSA MONTE ALTO CPF/CNPJ: 52.852.100/0001-40

Sacador/Avalista

Nosso Número 26898446158018189-	Nr.Documento 6115644C	Data de Vencimento 15/10/2020	Valor do Documento R\$ 5.347,33	(=) Valor Pago R\$ 5.347,33
Nome do Beneficiário/CPF/CNPJ/Endereço SUPERMED COMERCIO E IMPORTACAO DE PROD M CPF/CNPJ: 11.206.099/0001-07 AVENIDA 01 - S/N - QUADRA 16 - MODULOS 07/19 POLO EMPRESARIALAPARECIDA DE GOIANIAGO-74.985-115				
Agência/Código do Beneficiário 3357/53295			Autenticação Mecânica	

Boleto de Pagamento



001-9

00190.00009 02689.844617 58018.189116 9 84090000534733

Local de pagamento PAGAR PREFERENCIALMENTE NOS CANAIS DE AUTOATENDIMENTO DO BANCO DO BRASIL					Vencimento 15/10/2020
Nome do Beneficiário/CPF/CNPJ/Endereço SUPERMED COMERCIO E IMPORTACAO DE PROD M CPF/CNPJ: 11.206.099/0001-07 AVENIDA 01 - S/N - QUADRA 16 - MODULOS 07/19 POLO EMPRESARIALAPARECIDA DE GOIANIAGO-74.985-115					Agência/Código do Cedente 3357/53295
Data do Documento 03/09/2020	Número do Documento 6115644C	Espécie Doc DM	Aceite N	Data do Processamento 17/09/2020	Nosso Número 26898446158018189
Uso do Banco	Carteira 11	Espécie REAL	Quantidade	Valor Moeda	Valor do Documento R\$ 5.347,33
Instruções JRS: VI p/Dia Atraso R\$ 7,13 A PARTIR DO VENCIMENTO					(-) Desconto/Abatimento
					(+) Juros/Multa
					(=) Valor Cobrado R\$ 5.347,33

Nome do Pagador/CPF/CNPJ/Endereço
IRM.DE MIS.HOSP.DA STA CSA MONTE ALTO / 52.852.100/0001-40

Sacador/Avalista

Autenticação Mecânica





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:	00190.00009 02689.844617 58018.190114 5 84160000534733
Instituição Emissora - Nome do Banco:	BANCO DO BRASIL S/A
Código do Banco:	001
Beneficiário original / Cedente	
Nome Fantasia:	SUPERMED COMERCIO E IMPORTACAO DE PROD MEDICO
Nome/Razão Social:	SUPERMED COMERCIO E IMPORTACAO DE PROD MEDICOS E H
CPF/CNPJ:	11.206.099/0001-07
Beneficiário Final	
Nome/Razão Social:	SUPERMED COMERCIO E IMPORTACAO DE PROD MEDICOS E H
CPF/CNPJ:	11.206.099/0001-07
Pagador Sacado	
Nome/Razão Social:	IRM.DE MIS.HOSP.DA STA CSA 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:	22/10/2020
Data de Efetivação / Agendamento:	21/09/2020
Valor Nominal do Boleto:	5.347,33
Juros (R\$):	0,00
IOF (R\$):	0,00
Multa (R\$):	0,00
Desconto (R\$):	0,00
Abatimento (R\$):	0,00
Valor Calculado (R\$):	5.347,33
Valor Pago (R\$):	5.347,33
Identificação do Pagamento:	SUPERMED NF115644

Data/hora da operação:	21/09/2020 13:19:13
-------------------------------	---------------------

Código da operação:	065719768
Chave de segurança:	YNHAVR0HHVE9CC5S

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

00190.00009 02689.844617 58018.190114 5 84160000534733

Nome do Pagador/CPF/CNPJ/Endereço
IRM.DE MIS.HOSP.DA STA CSA MONTE ALTO CPF/CNPJ: 52.852.100/0001-40

Sacador/Avalista

Nosso Número 26898446158018190-	Nr.Documento 6115644D	Data de Vencimento 22/10/2020	Valor do Documento R\$ 5.347,33	(=) Valor Pago R\$ 5.347,33
------------------------------------	--------------------------	----------------------------------	------------------------------------	--------------------------------

Nome do Beneficiário/CPF/CNPJ/Endereço
SUPERMED COMERCIO E IMPORTACAO DE PROD M CPF/CNPJ: 11.206.099/0001-07
AVENIDA 01 - S/N - QUADRA 16 - MODULOS 07/19 POLO EMPRESARIALAPARECIDA DE GOIANIAGO-74.985-115

Agência/Código do Beneficiário
3357/53295

Autenticação Mecânica

Boloto de Pagamento



001-9

00190.00009 02689.844617 58018.190114 5 84160000534733

Local de pagamento
PAGAR PREFERENCIALMENTE NOS CANAIS DE AUTOATENDIMENTO DO BANCO DO BRASIL

Vencimento
22/10/2020

Nome do Beneficiário/CPF/CNPJ/Endereço
SUPERMED COMERCIO E IMPORTACAO DE PROD M CPF/CNPJ: 11.206.099/0001-07
AVENIDA 01 - S/N - QUADRA 16 - MODULOS 07/19 POLO EMPRESARIALAPARECIDA DE GOIANIAGO-74.985-115

Agência/Código do Cedente
3357/53295

Data do Documento 03/09/2020	Número do Documento 6115644D	Espécie Doc DM	Aceite N	Data do Processamento 17/09/2020	Nosso Número 26898446158018190
Uso do Banco	Carteira 11	Espécie REAL	Quantidade	Valor Moeda	Valor do Documento R\$ 5.347,33

Instruções
JRS: VI p/Dia Atraso R\$ 7,13 A PARTIR DO VENCIMENTO

(-) Desconto/Abatimento

(+) Juros/Multa

(=) Valor Cobrado
R\$ 5.347,33

Nome do Pagador/CPF/CNPJ/Endereço
IRM.DE MIS.HOSP.DA STA CSA MONTE ALTO / 52.852.100/0001-40

Sacador/Avalista

Autenticação Mecânica



LANFE



SUPERMED COM. E IMP. DE PROD. MED. E HOSPIT. LTDA

Avenida Tower Automotive - Galpao 26, 300 - Laranja Azeda - ARIJUA, SP. CEP:07430350, Fone:0000-0000-0000

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRONICA

0-ENTRADA 1-SAIDA 1

Nº 115644 SERIE 1 FOLHA 1/1



CHAVE DE ACESSO 3520 0911 2060 9900 0441 5500 1000 1156 4410 0097 8094

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 de Merc. Adq. de Terc. PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO 135200774573309 03/09/2020 16:08:14

INSCRIÇÃO ESTADUAL 188.070.970.117 INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO CNPJ 11.206.089/0004-41

DESTINATÁRIO / REMETENTE NOME / RAZÃO SOCIAL IRM. DE MIS. HOSP. DA STA CSA MONTE ALTO (656) CNPJ/CPF 52.852.100/0001-40 DATA DA EMISSÃO 03/09/2020

ENDEREÇO R CARLOS KIELANDER, 396 CXPST: 180 BAIRRO/DISTRITO CENTRO CEP 15910-000 DATA DE ENTRADA EM SAÍDA 03 SET 2020

MUNICÍPIO MONTE ALTO FONE/FAX 1632443246 UF SP INSCRIÇÃO ESTADUAL HORA DA SAÍDA

Table with columns: FATURA / DUPLICATA, 001, 01/10/2020, 5.347,36, 002, 08/10/2020, 5.347,33, 003, 15/10/2020, 5.347,33, 004, 22/10/2020, 5.347,33

Table for tax calculations: CÁLCULO DO IMPOSTO. Columns include BASE DE CÁLCULO DO ICMS, VALOR DO ICMS, BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST, VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO, VALOR TOTAL DOS PRODUTOS, VALOR DO FRETE, VALOR DO SEGURO, DESCONHO, OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS, VALOR TOTAL DO IPI, VALOR TOTAL DA NOTA.

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS NOME / RAZÃO SOCIAL ATIVA DISTRIBUICAO E LOGISTICA LTDA FRETE POR CONTA 0 - DO EMITENTE CÓDIGO ANTT PLACA DO VEICULO UF CNPJ/CPF 01125797000701 ENDEREÇO RUA SALVADOR RODRIGUES PRADO, 200 MUNICÍPIO SAO PAULO UF SP INSCRIÇÃO ESTADUAL 149529966118 QUANTIDADE 2 ESPÉCIE CAIXA MARCA NÚMERO PESO BRUTO 19,25 PESO LÍQUIDO 19,25

Main product table with columns: CODIGO, DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS, NCM/SH, CST, CFOP, UND., QUANT., V.UNIT., V.TOTAL, BC ICMS, V.ICMS, V.IPI, AL ICMS, AL IPI. Includes handwritten notes: RECEBIDO E CONFERIDO MERCADORIAS 04/09/2020, DIGITADO 37, 04/09/2020, CONFERIDO Por: Janaina 09/09.

DADOS ADICIONAIS INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES Pedido: 115949 End. Entrega: RUA ANTONIO DA SILVA, 280, CENTRO 15910-000, MONTE ALTO-SP Horário: 08:00 AS 16:00 ES Imprensa credenciada no Regime Especial de Distribuidor Hospitalar 036035/2018 nos termos da Portaria CAI 116/2017 Setor de Coorenação: (11)4934-1669 / 4934-1673 / 4934-1671 QUALQUER INCONFORMIDADE NA ENTREGA, ENTRE IMEDIATAMENTE EM CONTATO COM NOSSOS PÓS-VENDAS NO NÚMERO: (11) 4934-1703 Nota: 1 - Cubagem: 0,03

RECURSO PUBLICO FEDERAL COVID 19 Termo de repasse 008/2020-1 Pago com recurso Federal: 21.389,35 Pago com recurso antidade Conferido com o documento original

MERCADORIA AVARIADAS E/OU FALTAS SÓ SERÃO REPOSTAS SE FOREM RELACIONADAS NO CONHECIMENTO DE TRANSPORTE.