



## Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Internet Banking CAIXA

<b>Banco Receptor:</b>	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
<b>Pagador Final / Efetivo</b>	
<b>CPF/CNPJ:</b>	52.852.100/0001-40
<b>Nome:</b>	IRMAND MISER HOSP S C MA
<b>Conta de débito:</b>	0890 / 013 / 00021884-9

<b>Representação numérica do código de barras:</b>	23797.69009 90000.001793 01001.999802 4 84240000132300
<b>Instituição Emissora - Nome do Banco:</b>	BANCO BRADESCO S/A
<b>Código do Banco:</b>	237
<b>Código do ISPB:</b>	60746948
<b>Beneficiário original / Cedente</b>	
<b>Nome Fantasia:</b>	<b>MAXIMA EPI - PRODUTOS HOSPITALARES E ODO</b>
<b>Nome/Razão Social:</b>	<b>MAXIMA EPI - PRODUTOS HOSPITALARES E ODO</b>
<b>CPF/CNPJ:</b>	<b>35.865.731/0001-84</b>
<b>Pagador Sacado</b>	
<b>Nome/Razão Social:</b>	IRMANDADE DE MIS. DO HOSPITAL DA SANTA C
<b>CPF/CNPJ:</b>	52.852.100/0001-40
<b>Pagador Final - Correntista</b>	
<b>Nome/Razão Social:</b>	IRMAND MISER HOSP SANTA CASA MA
<b>CPF/CNPJ:</b>	521.000.001-40

<b>Data do Vencimento:</b>	30/10/2020
<b>Data de Efetivação / Agendamento:</b>	01/10/2020
<b>Valor Nominal do Boleto:</b>	1.323,00
<b>Juros (R\$):</b>	0,00
<b>IOF (R\$):</b>	0,00
<b>Multa (R\$):</b>	0,00
<b>Desconto (R\$):</b>	0,00
<b>Abatimento (R\$):</b>	0,00
<b>Valor Calculado (R\$):</b>	1.323,00
<b>Valor Pago (R\$):</b>	1.323,00
<b>Identificação do Pagamento:</b>	MAXIMA NF 152

<b>Data/hora da operação:</b>	01/10/2020 15:28:31
-------------------------------	---------------------

<b>Código da operação:</b>	075770325
<b>Chave de segurança:</b>	244KN94UHPK0ZAH6

**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



Comprovante de Entrega:

Pagador: IRMANDADE DE MIS. DO HOSPITAL DA SANTA CASA DE MONTE ALTO - 0008

Beneficiário: MAXIMA EPI - PRODUTOS HOSPITAL. E ODONT. EIRELI-CNPJ:35866731000184-RUA BRAZ FLORENZANO,132 -

Data do Documento: 25/09/2020

Vencimento: 30/10/2020

Nosso Numero: 09/00000017901-1

Valor do Documento R\$ 1.323,00

Assinatura: \_\_\_\_\_



Pagador

IRMANDADE DE MIS. DO HOSPITAL DA SANTA CASA DE MONTE ALTO - 00048

CARLOS KIELANDER, 396

CENTRO - MONTE ALTO - SP - 15910000

Lançamento  
0000152

(=) Valor do Documento  
1.323,00

Parcela  
PARC.ÚNICA

(-) Valor do Desconto/Abatimento

Data do Documento  
25/09/2020

(-) Valor de Outras Deduções

Vencimento  
30/10/2020

(+) Valor de Mora

Nosso Numero  
09/00000017901-1

(+) Valor de Outros Acréscimos

(=) Valor Cobrado

Observações

APÓS O VENCIMENTO, COBRAR 1,00% DE MULTA.  
JUROS DE MORA DE R\$ 4,41 P/DIA DE ATRASO.

Autenticação mecânica - via do Pagador



**237-2** | 23797.69009 90000.001793 01001.999802 4 84240000132300

Local de Pagamento <b>PAGÁVEL PREFERENCIALMENTE NA REDE BRADESCO OU BRADESCO EXPRESSO</b>					Vencimento 30/10/2020	
Beneficiário MAXIMA EPI - PRODUTOS HOSPITAL. E ODONT. EIRELI-CNPJ:35866731000184-RUA BRAZ FLORENZANO,132 - MONTE ALTO, SP					Agência/Código Beneficiário 09/00000017901-1	
Data do Documento 25/09/2020	Número do Documento 0000152 / PARC.ÚNICA	Espécie Documento DM	Aceite N	Data Processamento 25/09/2020	Nosso Número 09/00000017901-1	
Uso do Banco	Carteira 09	Espécie R\$	Quantidade	Valor	(-) Valor do Documento 1.323,00	
Instruções (todas as informações deste bloquete são de exclusiva responsabilidade do beneficiário)					(-) Desconto/Abatimento	
APÓS O VENCIMENTO, COBRAR 1,00% DE MULTA. JUROS DE MORA DE R\$ 4,41 P/DIA DE ATRASO.					(-) Outras Deduções	
					(+) Mora	
					(+) Outros Acréscimos	
					(=) Valor Cobrado	

Pagador:  
IRMANDADE DE MIS. DO HOSPITAL DA SANTA CASA DE MONTE ALTO - 00048  
CARLOS KIELANDER, 396  
CENTRO - MONTE ALTO - SP - 15910000

CPF/CNPJ do Pagador  
52852100000140

Sacador/Avalista



Autenticação mecânica - Ficha de Compensação

**MAXIMA EPI - PRODUTOS HOSPITAL E ODONT. EIRELI**

RUA BRAZ FLORENZANO, 132 - CENTRO - MONTE ALTO - SP - CEP: 15910-000  
Fone: (16)3242-9597 - FAX: (16)99747-4880  
alessandro@maximaepi.com.br

Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica  
0 - ENTRADA  
1 - SAÍDA  
Nº 000.000.152/  
SÉRIE 001  
FOLHA 1/1



CHAVE DE ACESSO  
3520 0935 8657 3108 0184 5508 1000 0001 5211 1926 0895  
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 MERCADORIA RECEB/ADQUIR. DE TERC.  
PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO  
135200853492523 25/09/2020 09:17:41  
INSCRIÇÃO ESTADUAL  
461087049110  
INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBSTITUTO TRIBUTÁRIO  
CNPJ  
35.865.731/0001-84

DESTINATÁRIO / REMETENTE  
NOME / RAZÃO SOCIAL  
IRMANDADE DE MIS. DO HOSPITAL DA SANTA CASA DE MONTE ALTO  
CNPJ / CPF  
52.852.100/0001-40  
DATA DA EMISSÃO  
25/09/2020  
ENDEREÇO  
RUA CARLOS KIELANDER, 396  
BAIRRO / DISTRITO  
CENTRO  
CEP  
15910-000  
DATA DA SAÍDA  
25/09/2020  
MUNICÍPIO  
MONTE ALTO  
UF  
SP  
TELEFONE / FAX  
(16)3244-3246  
INSCRIÇÃO ESTADUAL  
HORA DA SAÍDA

FATURA  
Número : 000152  
Valor Original : R\$ 1.323,00  
Valor Desconto : R\$ 0,00  
Valor Líquido : R\$ 1.323,00  
DADOS DA FATURA

DUPLICATAS  
Número : 001  
Vencimento : 30/10/2020  
Valor : R\$ 1.323,00

BASE DE CÁLCULO DO ICMS		VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBSTITUIÇÃO		VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
0,00		0,00	0,00		0,00	1.323,00
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	1.323,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS  
NOME / RAZÃO SOCIAL  
FRETE POR CONTA  
0 - REMETENTE  
CÓDIGO ANTT  
PLACA DO VEÍCULO  
UF  
CNPJ / CPF  
ENDEREÇO  
MUNICÍPIO  
UF  
INSCRIÇÃO ESTADUAL  
QUANTIDADE  
1  
ESPÉCIE  
MARCA  
NUMERAÇÃO  
PESO BRUTO  
PESO LÍQUIDO

CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	CSOSN	CFOP	UNID.	QTDE.	VALOR UNITÁRIO	VALOR DESCONTO	VALOR LÍQUIDO	BASE DE CÁLC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTA % ICMS	ALÍQUOTA % IPI
00000106	MASCARA KSN AZUL 10.02 PFF2 S (CA 8357) Val Aprox Tributos: 109,81 (8,30%)	63079010	5102	5102	CX	490,00	2,70	0,00	1.323,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

RECEBIDO E CONFERIDO  
MERCADORIAS  
25/09/2020  
Guilherme

DIGITADO  
N.º 254  
25/09/2020  
Guilherme

IRMANDADE DE MISERICORDIA DO HOSPITAL DA SANTA CASA DE MONTE ALTO  
Ca 2819  
CONTABILIDADE

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

DADOS ADICIONAIS  
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES  
- I - Documento Emitido por ME ou EPP. Optante pelo Simples Nacional  
- II - Não Gera Direito a Crédito Fiscal de IPI -  
PEDIDO BIONEXO: 111325955.1 - Val Aprox Tributos R\$109,81 (8,30%) Fonte: IBPT  
RECURSO PÚBLICO FEDERAL  
RESERVADO AO FISCO COVID 19  
Termo de repasse 008/2020  
Pago com recurso Federal: 1.323,00  
Pago com recurso entidade  
Conferido com o documento original