



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:	74593.11200 65107.015003 00002.632222 1 84160000182400
Instituição Emissora - Nome do Banco:	BANCO CITIBANK S/A
Código do Banco:	745
Código do ISPB:	33479023
Beneficiário original / Cedente	
Nome Fantasia:	EXPRESSA
Nome/Razão Social:	EXPRESSA
CPF/CNPJ:	06.234.797/0001-78
Pagador Sacado	
Nome/Razão Social:	IRMANDADE MISERICORDIA HOSP SANTA CASA D
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:	05/10/2020
Valor Nominal do Boleto:	1.824,00
Juros (R\$):	0,00
IOF (R\$):	0,00
Multa (R\$):	0,00
Desconto (R\$):	0,00
Abatimento (R\$):	0,00
Valor Calculado (R\$):	1.824,00
Valor Pago (R\$):	1.824,00
Identificação do Pagamento:	EXPRESSA NF1086875

Data/hora da operação:	05/10/2020 11:58:35
-------------------------------	---------------------

Código da operação:	079731522
Chave de segurança:	LM8YL8A8M2GWUZYL

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

Vencimento	Valor do Documento		
22/10/2020	1.824,00		
Pagador	Beneficiário		
IRMANDADE MISERICORDIA HOSP SANTA CASA DE MONTE AL	EXPRESSA DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS LTDA		
Endereço Beneficiário - Sacador Avalista			
ROD DE - 290 KM 341 GLEBA,24 - NUC. RI/R. HORTIGRANJEIRO STA MARIA, BRASILIA, DF - CEP: 72578-000			
Agência - Código Beneficiário	Nosso Número	Nro. Documento	CNPJ
0007/0065107015	00000026322.2	001001086875A	06.234.797/0001-78

CITIBANK **745-5** 74593.11200 65107.015003 00002.632222 1 84160000182400

Local do Pagamento	Vencimento
PAGAVEL NA REDE BANCARIA ATE O VENCIMENTO.	22/10/2020
Cedente	Agência/Código Cedente
EXPRESSA DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS LTDA - C.N.P.J.: 06.234.797/0001-78	0007/0065107015
Data do Documento	Nosso Número
24/09/2020	00000026322.2
Uso do Banco	Valor
Carteira 112 Espécie RS	1.824,00
(TODAS AS INFORMAÇÕES DESTA BOLETO SÃO DE EXCLUSIVA RESPONSABILIDADE DO BENEFICIÁRIO)	
(-) Desconto/Abatimento	
(-) Outras Deduções	
(+/-) Mora/Multa	
(+/-) Outros Acréscimos	
(+/-) Valor Cobrado	

Pagador IRMANDADE MISERICORDIA HOSP SANTA CASA DE MONTE AL (005952-01) C.N.P.J.: 52.852.100/0001-40
 Endereço R CARLOS KJELANDER, 396-CENTRO 15910000 MONTE ALTO SP

Sacador/Avalista



Ficha de Compensação
Autenticação Mecânica

CITIBANK **745-5** 74593.11200 65107.015003 00002.632222 1 84160000182400

Local do Pagamento	Vencimento
PAGAVEL NA REDE BANCARIA ATE O VENCIMENTO.	22/10/2020
Cedente	Agência/Código Cedente
EXPRESSA DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS LTDA - C.N.P.J.: 06.234.797/0001-78	0007/0065107015
Data do Documento	Nosso Número
24/09/2020	00000026322.2
Uso do Banco	Valor
Carteira 112 Espécie RS	1.824,00
(-) Desconto/Abatimento	
(-) Outras Deduções	
(+/-) Mora/Multa	
(+/-) Outros Acréscimos	
(+/-) Valor Cobrado	

Pagador IRMANDADE MISERICORDIA HOSP SANTA CASA DE MONTE AL (005952-01) C.N.P.J.: 52.852.100/0001-40
 Endereço R CARLOS KIBLANDER, 396-CENTRO 15910000 MONTE ALTO - SP

Sacador/Avalista



Ficha de Compensação
Autenticação Mecânica



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:	74593.11200 65107.015003 00002.632313 7 84230000182400
Instituição Emissora - Nome do Banco:	BANCO CITIBANK S/A
Código do Banco:	745
Código do ISPB:	33479023
Beneficiário original / Cedente	
Nome Fantasia:	EXPRESSA
Nome/Razão Social:	EXPRESSA
CPF/CNPJ:	06.234.797/0001-78
Pagador Sacado	
Nome/Razão Social:	IRMANDADE MISERICORDIA HOSP SANTA CASA D
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:	29/10/2020
Data de Efetivação / Agendamento:	05/10/2020
Valor Nominal do Boleto:	1.824,00
Juros (R\$):	0,00
IOF (R\$):	0,00
Multa (R\$):	0,00
Desconto (R\$):	0,00
Abatimento (R\$):	0,00
Valor Calculado (R\$):	1.824,00
Valor Pago (R\$):	1.824,00
Identificação do Pagamento:	EXPRESSA NF1086875

Data/hora da operação:	05/10/2020 11:59:02
-------------------------------	---------------------

Código da operação:	079732821
Chave de segurança:	6UH2A27GTOWYPMQ2

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

Vencimento	Valor do Documento
29/10/2020	1.824,00

Pagador	Beneficiário
IRMANDADE MISERICORDIA HOSP SANTA CASA DE MONTE AL	EXPRESSA DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS LTDA

Endereço Beneficiário / Sanarba Arquivada
 ROD DF - 290 KM 341 GLEBA,24 - NUC. RUR. HORTIGRANJEIRO STA MARIA, BRASILIA, DF - CEP: 72578-000

Agência / Código Beneficiário	Nosso Número	Nro. Documento	CNPJ
0007/0065107015	00000026323,1	001001086875B	06.234.797/0001-78

CITIBANK **745-5** 74593.11200 65107.015003 00002.632313 7 84230000182400

Local de Pagamento	Vencimento
PAGAVEL NA REDE BANCARIA ATE O VENCIMENTO.	29/10/2020

Cedente	Agência/Código Cedente
EXPRESSA DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS LTDA - C.N.P.J.: 06.234.797/0001-78	0007/0065107015

Data do Documento	Nro. Documento	Espécie Doc.	Acerto	Data do Processamento	Nosso Número
24/09/2020	001001086875B	DMI	N	24/09/2020	00000026323,1
Uso do Bônus	Carteira	Especie	Quantidade	Valor	(-) Valor do Documento
	112	R\$			1.824,00

(TODAS AS INFORMAÇÕES NESTE DOCUMENTO SÃO DE EXCLUSIVA RESPONSABILIDADE DO BENEFICIÁRIO)	(-) Desconto/Abatimento
	(-) Outras Deduções
	(+) Mora/Multa
	(-) Outros Acréscimos
	(=) Valor Cobrado

Pagador IRMANDADE MISERICORDIA HOSP SANTA CASA DE MONTE AL (005952-01) C.N.P.J.: 52.852.100/0001-40

Endereço R CARLOS KIELANDER, 396-CENTRO
 15910000 MONTE ALTO - SP

Sanarba/Arquivada	Ficha de Compensação Autenticação Mecânica -
	

CITIBANK **745-5** 74593.11200 65107.015003 00002.632313 7 84230000182400

Local de Pagamento	Vencimento
PAGAVEL NA REDE BANCARIA ATE O VENCIMENTO.	29/10/2020

Cedente	Agência/Código Cedente
EXPRESSA DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS LTDA - C.N.P.J.: 06.234.797/0001-78	0007/0065107015

Data do Documento	Nro. Documento	Espécie Doc.	Acerto	Data do Processamento	Nosso Número
24/09/2020	001001086875B	DMI	N	24/09/2020	00000026323,1
Uso do Bônus	Carteira	Especie	Quantidade	Valor	(-) Valor do Documento
	112	R\$			1.824,00

(TODAS AS INFORMAÇÕES NESTE DOCUMENTO SÃO DE EXCLUSIVA RESPONSABILIDADE DO BENEFICIÁRIO)	(-) Desconto/Abatimento
	(-) Outras Deduções
	(+) Mora/Multa
	(-) Outros Acréscimos
	(=) Valor Cobrado

Pagador IRMANDADE MISERICORDIA HOSP SANTA CASA DE MONTE AL (005952-01) C.N.P.J.: 52.852.100/0001-40

Endereço R CARLOS KIELANDER, 396-CENTRO
 15910000 MONTE ALTO - SP

Sanarba/Arquivada	Ficha de Compensação Autenticação Mecânica -
	



Identificação do emittente
EXPRESSA DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS LTDA
 ROD DF - 299 KM 341 GLEBA, 24
 Complemento: LOTE 01-04 GALPAO 2 ARM 3
 NUC. RUR. HORTIGRANJEIRO STA MARIA Cep:7578-000
 BRASIL/DF
 Fone: 556138789900

expressa

NATUREZA DA OPERAÇÃO
 VENDA MERCADORIA

INSCRIÇÃO ESTADUAL:
 0745513300192

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIP.
 807010115116

NOME RAZÃO SOCIAL

IRMANDADE MISERICORDIA HOSP SANTA CASA DE MONTE ALTO

ENDEREÇO

R CARLOS KIELANDER,396, CXPST 180

MUNICÍPIO

MONTE ALTO

FONE/FAX

1632443244

UF

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

15910-000

CEP

52 852 100/0001-40

DATA DE EMISSÃO

24/09/2020

DATA ENTRADA SAÍDA

HORA ENTRADA SAÍDA

FATURA

001

22/10/2020

1.824,00

29/10/2020

1.824,00

002

29/10/2020

1.824,00

1.824,00

1.824,00

1.824,00

1.824,00

1.824,00

1.824,00

1.824,00

1.824,00

1.824,00

1.824,00

1.824,00

1.824,00

1.824,00

1.824,00

1.824,00

1.824,00

1.824,00

1.824,00

1.824,00

1.824,00

1.824,00

1.824,00

1.824,00

1.824,00

1.824,00

1.824,00

1.824,00

1.824,00

1.824,00

1.824,00

1.824,00

1.824,00

1.824,00

1.824,00

1.824,00

DANFE

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

N. 001086875
 SÉRIE: 1
 FOLHA 01/02

CHAVE DE ACESSO DA NF-E
 5320 4906 2347 9700 0178 5500 1001 0868 7511 0021 6564

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

PROTÓCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

353 20004 266 1847 24 09 2020 19 24 35 03 00

CNPJ

06 234 797 0001 78

CNPJ/CPF

52 852 100/0001-40

CEP

15910-000

DATA DE EMISSÃO

24/09/2020

DATA ENTRADA SAÍDA

HORA ENTRADA SAÍDA

CALCULO

DO

IMPOSTO

3.648,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

Nº 001086875

RECEBIMOS DE EXPRESSA DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS LTDA OS PRODUTOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO

IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

DATA DE RECEBIMENTO

DIGITADO
 N: 255
 25/10/2020
 F. P. G. Miller

IRMANDADE DE MISERICORDIA DO
 HOSPITAL DA SANTA CASA DE MONTE ALTO

CONTABILIDADE

008/2020-1

RECURSO PUBLICO FEDERAL

VALOR DO COVID 19

1000 de repasse

Pago com recurso Federal: 3648,00

Pago com recurso entidade

Conferido com o documento original

DADOS ADICIONAIS

INSCRIÇÃO MUNICIPAL
 0745513300192

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
 ORDEM DE COMPRA: 2916 ALIQ DE 4% CONF. RESOLUÇÃO SENADO 13/2012, Inscrição Estadual 807010115116
 Protocolo 355200042664847
 Valor do ICMS relativo ao Fundo de Combate a Pobreza - FCP da UF de destino: R\$ 0
 Valor do ICMS Interestadual para a UF de destino: R\$ 510.72
 Valor do ICMS Interestadual para a UF do remetente: R\$ 0.

ESPECIE VOLUMES
 3
 QUANT. VOLUMES
 80,00
 VALOR TOTAL 3.648,00
 VALOR DESC 0,00
 TOTAL LIQ 3.648,00
 B.C. ICMS ST 0,00
 B.C. ICMS ST 0,00
 VLR ICMS 145,92
 VLR ICMS ST 0,00
 VALOR IPI 0,00
 VALOR IPI 0,00
 ALIQUOTA ICMS 4,00%

RAZÃO SOCIAL
 RSP-DE TRANSPORTES DE CARGAS LTDA - ME
 ENDEREÇO
 ADE CONJUNTO LOTES 28 29, 27
 MUNICÍPIO
 BRASILIA
 UF
 DF
 INSCRIÇÃO ESTADUAL
 08.944.536/0001-48
 CNPJ/CPF
 0748976900130

RAZÃO SOCIAL
 IRMANDADE DE MISERICORDIA DO
 HOSPITAL DA SANTA CASA DE MONTE ALTO
 ENDEREÇO
 RUA...
 MUNICÍPIO
 BRASILIA
 UF
 DF
 INSCRIÇÃO ESTADUAL
 08.944.536/0001-48
 CNPJ/CPF
 0748976900130



expressa

Identificação do emitente

EXPRESSA DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS LTDA

RD.DF - 290 KM 341 GLEBA, 24

Complemento: LOTE 01-04 GALPAO 2 ARM 3

NIC. ROR. HORTIGRANZEIRO SIA MARIA Cep:72578-000

BRASILIA/DF

Fone: 556138790000

NATUREZA DA OPERAÇÃO
VENDA MERCADORIA

INSCRIÇÃO ESTADUAL:
0745513300192

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIB.
807010115116

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA
NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA

1-SAÍDA

N. 001086875

SÉRIE 1

FOI HA 02/02



CHAVE DE ACESSO DA NF-E
5320 0906 2347 9700 0178 5500 1001 0868 7511 0021 6564

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e
www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da SFEPA7 Autorizada

PROTÓCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

353200042664847 24/09/2020 19:24:35-03:00

CNEJ

06.234.797/0001-78

COD. PROD	DESCR. PROD	NCM/SH	CST	CFOP	UN	QUANT.	NUM. TÁB.	VL. R. TOTAL	VL. R. DESC	VAL. LIQ	TOTAL LIQ	BC. ICMS	BC. ICMS ST	VL. R. ICMS	VL. R. ICMS ST	VALOR IPI	ALÍQUOTA ICMS (%)
	169409 Subst ENOXAPARIN A SODICA																
<div style="border: 2px solid black; padding: 10px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> <p>RECURSO PUBLICO FEDERAL COVID 19</p> <p>Termo de repasse <u>008/2020-1</u></p> <p>Pago com recurso Federal: <u>3648,00</u></p> <p>Pago com recurso entidade <u>-</u></p> <p>Conferido com o documento original</p> </div>																	

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇO

Nº 001086875

Nº 2

RECEBEMOS DE EXPRESSA DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS LTDA OS PRODUTOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INSCRITA AO LADO

IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

DATA DE RECEBIMENTO