



## Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Internet Banking CAIXA

<b>Banco Recebedor:</b>	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
<b>Pagador Final / Efetivo</b>	
<b>CPF/CNPJ:</b>	52.852.100/0001-40
<b>Nome:</b>	IRMANDADE MISER H S C MA
<b>Conta de débito:</b>	0890 / 013 / 00022250-1

<b>Representação numérica do código de barras:</b>	00190.61662 48673.733605 00003.682119 6 84890000400000
<b>Instituição Emissora - Nome do Banco:</b>	BANCO DO BRASIL S/A
<b>Código do Banco:</b>	001
<b>Beneficiário original / Cedente</b>	
<b>Nome Fantasia:</b>	<b>FRESENIUS KABI BRASIL LTDA.</b>
<b>Nome/Razão Social:</b>	<b>FRESENIUS KABI BRASIL LTDA.</b>
<b>CPF/CNPJ:</b>	<b>49.324.221/0001-04</b>
<b>Beneficiário Final</b>	
<b>Nome/Razão Social:</b>	FRESENIUS KABI BRASIL LTDA.
<b>CPF/CNPJ:</b>	49.324.221/0001-04
<b>Pagador Sacado</b>	
<b>Nome/Razão Social:</b>	IRM. DE MISERIC. DO HOSP. DA STA
<b>CPF/CNPJ:</b>	52.852.100/0001-40
<b>Pagador Final - Correntista</b>	
<b>Nome/Razão Social:</b>	IRMANDADE MISER HOSP STA CASA MA
<b>CPF/CNPJ:</b>	521.000.001-40

<b>Data do Vencimento:</b>	03/01/2021
<b>Data de Efetivação / Agendamento:</b>	17/12/2020
<b>Valor Nominal do Boleto:</b>	4.000,00
<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>	4.000,00
<b>Valor Pago (R\$):</b>	4.000,00
<b>Identificação do Pagamento:</b>	FRESENIUS NF10546

<b>Data/hora da operação:</b>	17/12/2020 16:31:33
-------------------------------	---------------------

**Código da operação:** 052643093  
**Chave de segurança:** U76TAHG51WSUV8MJ

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

O pagamento deste boleto também poderá ser efetuado nos terminais de Autoatendimento BB.

### Instruções

1. Imprima em uma impressora jato de tinta (ink jet) ou laser em qualidade normal ou alta. Não use
2. Utilize folha A4 (210 x 297 mm) ou Carta (216 x 279 mm) e margens mínimas a esquerda e a direita
3. Corte na linha indicada. Não rasure, fure ou dobre a região onde se encontra o código de barras.

Corte na linha pontilhada

<b>BANCO DO BRASIL</b>		001-9	
Beneficiário	Espécie	Quantidade	Nosso Número
<b>FRESENIUS KABI BRASIL LTDA</b>	<b>R\$</b>		<b>6166486737-7</b>
Endereço			
<b>AV MARG PROJETADA (KM 21 E 22 GALP 1 2 PART 3 SÍTIO TAMBORE BARUERI SP - 6460200</b>			
Nr. do documento	Contrato	CPF/CNPJ Beneficiário	Vencimento
<b>0001054601</b>	<b>16988776</b>	<b>49.324.221/0001-04</b>	<b>03/01/2021</b>
(-) Desconto/Abatimento	(-) Outras Deduções	(-) Mora/Multa	(=) Valor Cobrado
			<b>4.000,00</b>
Pagador			
<b>IRM. DE MISERIC. DO HOSP. DA STA - 52.852.100/0001-40</b>			
Instruções			Autenticação mecânica
<b>JRS: Vi p/Dia Atraso - R\$ 2,67 APOS 04.01.2021</b>			
<b>NAO RECEBER APOS 360 DIA(S) DO VENCIMENTO.</b>			
<b>//// ATENCAO //// -&gt; SEGUNDA-VIA</b>			
<b>PROCEDA OS AJUSTES DE VALORES PERTINENTES.</b>			
<b>PROTESTO:08.01.2021.A PARTIR DESSA, CONSULTE BB P/ PGTO</b>			

Corte na linha pontilhada

<b>BANCO DO BRASIL</b>		001-9		<b>00190.61662 48673.733605 00003.682119 6 84890000400000</b>			
<b>Pagável em qualquer banco até o vencimento</b>							<b>03/01/2021</b>
Beneficiário						Agência/Código Beneficiário	
<b>FRESENIUS KABI BRASIL LTDA</b>						<b>3360-X / 3682-X</b>	
Data do Documento	Nr. do documento	Espécie doc.	Acerto	Data process.	Nosso número		
<b>04/12/2020</b>	<b>0001054601</b>	<b>DM</b>	<b>N</b>	<b>16/12/2020</b>	<b>6166486737-7</b>		
Carteira	Espécie	Quantidade	x Valor		Valor Documento		
<b>11</b>	<b>R\$</b>				<b>4.000,00</b>		
Instruções						(-) Desconto/Abatimento	
<b>JRS: Vi p/Dia Atraso - R\$ 2,67 APOS 04.01.2021</b>							
<b>NAO RECEBER APOS 360 DIA(S) DO VENCIMENTO.</b>						(-) Outras Deduções	
<b>//// ATENCAO //// -&gt; SEGUNDA-VIA</b>							
<b>PROCEDA OS AJUSTES DE VALORES PERTINENTES.</b>						(-) Mora/Multa	
<b>PROTESTO:08.01.2021.A PARTIR DESSA, CONSULTE BB P/ PGTO</b>						(-) Outros Acrescimos	
						<b>(=) Valor Cobrado</b>	
						<b>4.000,00</b>	
Pagador							
<b>IRM. DE MISERIC. DO HOSP. DA STA - 52.852.100/0001-40</b>							
<b>R CARLOS KIELANDER 396, CXPST: 180</b>							
<b>MONTE ALTO - SP - 15910-000</b>							
Sacador/Avallista							
Autenticação mecânica - Ficha de Compensação							

Corte na linha pontilhada



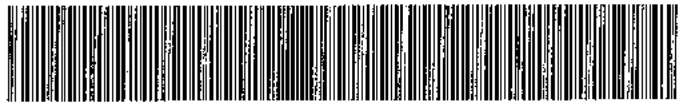
**FRESENIUS  
KABI**

**FRESENIUS KABI BRASIL LTDA**  
Avenida Brasília 1255  
Cidade Jardim, Anápolis-GO  
FONE: 6233108200, CEP: 75080-240

**DANFE**  
Documento Auxiliar da  
Nota Fiscal Eletrônica

SAÍDA: 1  
ENTRADA: 2 **1**

Nº 000010546  
SERIE: 1  
PAG. 1 DE 1



CHAVE DE ACESSO  
5220.1249.3242.2100.2077.5500.1000.0105.4611.2201.1455

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 produção estab.destinada a não contribuinte

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO  
152203629822990 04/12/2020 10:55:31

INSCRIÇÃO ESTADUAL  
10.779.033-5

INSCR. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.  
809.011.660.112

CNPJ  
49.324.221/0020-77

**DESTINATÁRIO / REMETENTE**

NOME / RAZÃO SOCIAL  
IRM. DE MISERIC. DO HOSP. DA STA CASA DE MONTE ALTO

CNPJ / CPF  
52.852.100/0001-40

DATA DA EMISSÃO  
04.12.2020

ENDEREÇO  
R CARLOS KIELANDER 396, CXPST: 180

BAIRRO / DISTRITO  
CENTRO

CEP  
15910-000

DATA DE SAÍDA / ENTRADA

MUNICÍPIO  
MONTE ALTO

FONE / FAX  
16-3244 3244

UF  
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL  
ISFENTO

HORA DE SAÍDA

**LOCAL DE ENTREGA / RETIRADA**

NOME / RAZÃO SOCIAL

CNPJ / CPF

INSCRIÇÃO ESTADUAL

ENDEREÇO

BAIRRO / DISTRITO

CEP

MUNICÍPIO

UF

FONE / FAX

**FATURA / DUPLICATA**

Condição: B004 Pagamentos: 4.000,00 - 03.01.2021 0,00 - 0,00 - 0,00 - 0,00 - 0,00 -

Pedido:6957865 Cliente:0055111766 Filial:0020 Area:TP31 Form:89727403 Parc:55111766 DocRef:5501957747 Dep:W030

**CALCULO DO IMPOSTO**

BASE DE CALCULO DE ICMS	3.333,20	VALOR DO ICMS	399,98	BASE DE CALCULO DE ICMS SUBST.	VALOR DO ICMS SUBSTITUICAO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS	4.000,00
-------------------------	----------	---------------	--------	--------------------------------	----------------------------	--------------------------	----------

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSORIAS	VALOR DO IPI	VALOR DA NOTA	4.000,00
----------------	-----------------	----------	----------------------------	--------------	---------------	----------

**TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS**

RAZÃO SOCIAL  
UNIDOCKS ASSESSORIA E LOGISTICA DE

FRETE POR CONTA  
0 = EMITENTE

CODIGO ANT

PLACA DO VEICULO

UF

CNPJ / CPF  
00.233.065/0046-89

ENDEREÇO  
ROD BR-153 GALPAO 8 MOD S/N, KM 5.5

MUNICÍPIO  
GOIANIA

UF  
GO

INSCRIÇÃO ESTADUAL  
107412519

QUANTIDADE  
00002

ESPECIE  
CAIXA

MARCA

NUMERAÇÃO

PESO BRUTO  
27,000 KG

PESO LIQUIDO  
26,000 KG

**DADOS DO PRODUTO / SERVIÇO**

CODIGO PROD / SERVIÇO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / SH	CST	CFOP	UNID	QTDE	VLR. UNIT	VLR. TOTAL	BC ICMS	VLR. ICMS	VLR. IPI	ALIQ ICMS	ALIQ IPI
002240	NOVAMICIN (CLOR VANC) 500 MG P O SOL INJ	30042071	020	6107	CX	20,00	200,000000	4.000,00	3.333,20	399,98	0,00	12	0,0
<p>L-78P13776 Q: 20,00CX V:23.09.2022 MS:1140200290054            Total de tributos - 1.119,98            Total lista Positiva 4.000,00</p>													
<p><b>RECEBIDO E CONFERIDO</b>  <b>MERCADORIAS</b>            09/12/2020            Manoel J. Silva</p>													
<p><b>DIGITADO</b>            N.º 94            10/12/2020            Por: Manoel</p>													

**DADOS ADICIONAIS**

**INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**

Tota. de tributos - 1.119,98  
 Valores totais do ICMS Interestadual: DIFAL da UF destino R\$ 240,00 + FCP R\$ 0,00 ; DIFAL da UF Origem R\$ 0,00  
 As mercadorias sairão ou serão retiradas do Depósito Fechado situado na Rodovia BR 153, Jardim Guanabara - Goiânia - GO - Insc. Estadual 107.797.909 - CNPJ 49.324.221/0019-33 e Art. 43-A, CTE - GO  
 Base de Cálculo Reduzida, conf. Art. 8º, VIII do Anexo IX, RCTE - GO  
 IPI com Alíquota Zero conforme Decreto 7.212 de 15/06/2010 RFP1.  
 Inscrição Suframa n.  
 Pedido portal Bionexo 134465382.1  
 Forma de pagamento somente através de boleto bancário.

RESERVAÇÃO DE RECURSO PÚBLICO FEDERAL COVID 19

**RECURSO PÚBLICO FEDERAL COVID 19**

Termo de repasse 09/12/2020-1

Pago com recurso Federal: 4.000,00

Pago com recurso entidade —

Conferido com o documento original

**CONFERIDO**

Por: Manoel 15/12

Condição de Importação Inferior ou igual a 40% (quarenta por cento) Crédito Presumido Lei 10.147 de 2000 Produto de uso restrito hospitalar Autoriz. funcionamento MS nº 1.114022-4