



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:	IRMANDADE MIS HOSP S C MA
Conta de débito:	0890 / 013 / 00022249-8

Representação numérica do código de barras:	23793.39704 93397.003067 06004.497209 1 84910000152000
Instituição Emissora - Nome do Banco:	BANCO BRADESCO S/A
Código do Banco:	237
Código do ISPB:	60746948
Beneficiário original / Cedente	
Nome Fantasia:	FARMARIN
Nome/Razão Social:	FARMARIN
CPF/CNPJ:	58.635.830/0001-75
Pagador Sacado	
Nome/Razão Social:	IRMANDADE DE MISERIC DO HOSPITAL DA SANT
CPF/CNPJ:	52.852.100/0001-40
Pagador Final - Correntista	
Nome/Razão Social:	IRMANDADE MIS HOSP STA CASA MA
CPF/CNPJ:	521.000.001-40

Data do Vencimento:	05/01/2021
Data de Efetivação / Agendamento:	11/12/2020
Valor Nominal do Boleto:	1.520,00
Juros (R\$):	0,00
IOF (R\$):	0,00
Multa (R\$):	0,00
Desconto (R\$):	0,00
Abatimento (R\$):	0,00
Valor Calculado (R\$):	1.520,00
Valor Pago (R\$):	1.520,00
Identificação do Pagamento:	FARMARIN NF265.550

Data/hora da operação: 11/12/2020 15:54:17

Código da operação: 046672838
Chave de segurança: LCAW9VHCJSH1EH2V

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

Beneficiário Farmarin Indústria e Comércio Ltda		Agência/Cód. Beneficiário 3397-9 / 44972-5	Motivos de não entrega (para uso da empresa entregadora)	
Pagador IRMANDADE DE MISERIC DO HOSPITAL DA		Nosso Número 09/33970030606-2	<input type="checkbox"/> Mudou-se <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Não existe n. indicado <input type="checkbox"/> Recusado <input type="checkbox"/> Falecido <input type="checkbox"/> Não procurado <input type="checkbox"/> Desconhecido <input type="checkbox"/> End. insuficiente <input type="checkbox"/> Outros (anotar no verso)	
Data Documento 04/12/2020	Vencimento 05/01/2021	Número do Documento 265550		
Recebi(emos) o bloqueto		Valor do Documento 1.520,00	Data Recebimento	Entregador
Data Processamento: 04/12/2020				



| 237-2 |

23793.39704 93397.003067 06004.497209 1 84910000152000

RECIBO DO PAGADOR

Local do Pagamento: ATE O VENCIMENTO PAGUE PREFERENCIALMENTE NO BRADESCO APÓS O VENCIMENTO PAGUE SOMENTE NO BRADESCO						Vencimento 05/01/2021
Beneficiário Farmarin Indústria e Comércio Ltda						Agência/Código Beneficiário 3397-9 / 44972-5
CNPJ / CPF: 58.635.830/0001-75						
Endereço Beneficiário: RUA PEDRO DE TOLEDO,800 - JARDIM ALMEIDA PRADO, GUARULHOS-SP - CEP: 07.140-000						
Data do Documento 04/12/2020	Número do Documento 265550	Esp. Doc. DM	Aceite N	Data Processamento 04/12/2020	Nosso Número 09/33970030606-2	
Uso do Banco	Carteira 09	Espécie R\$	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento 1.520,00 (-) Desconto/Abatimento (+) Mora/Multa (=) Valor Cobrado	
Instruções (Texto de responsabilidade do beneficiário) APÓS VENCIMENTO COBRAR JUROS DE R\$ R\$ 0,30 AO DIA.						
Pagador IRMANDADE DE MISERIC DO HOSPITAL DA						CNPJ/CPF: 52.852.100/0001-40
End.: R CARLOS KIELANDER,396 CXPST: 180 : CEP: 15.910-000 - MONTE ALTO - SP						Autenticação Mecânica



| 237-2 |

23793.39704 93397.003067 06004.497209 1 84910000152000

Local do Pagamento: ATE O VENCIMENTO PAGUE PREFERENCIALMENTE NO BRADESCO APÓS O VENCIMENTO PAGUE SOMENTE NO BRADESCO						Vencimento 05/01/2021
Beneficiário Farmarin Indústria e Comércio Ltda						Agência/Código Beneficiário 3397-9 / 44972-5
CNPJ / CPF: 58.635.830/0001-75						
Data do Documento 04/12/2020	Número do Documento 265550	Esp. Doc. DM	Aceite N	Data Processamento 04/12/2020	Nosso Número 09/33970030606-2	
Uso do Banco	Carteira 09	Espécie R\$	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento 1.520,00 (-) Desconto/Abatimento (+) Mora/Multa (=) Valor Cobrado	
Instruções (Texto de responsabilidade do beneficiário) APÓS VENCIMENTO COBRAR JUROS DE R\$ R\$ 0,30 AO DIA.						
Pagador IRMANDADE DE MISERIC DO HOSPITAL DA						CNPJ/CPF: 52.852.100/0001-40
End.: R CARLOS KIELANDER,396 CXPST: 180 : CEP: 15.910-000 - MONTE ALTO - SP						Autenticação Mecânica



RUA PEDRO DE TOLEDO N.600
Bairro JARDIM ALMEIDA PRADO, GUARULHOS - SP
Fone: (11) 2402-8800, CEP:07140000

DANTE
Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica
0 - ENTRADA
1 - SAÍDA **1**
N. 265.550
SÉRIE 1
FOLHA 1/1

CHAVES DE ACESSO
3520 1258 6358 3000 0175 5500 1000 2655 5019 2073 6506
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**
INSCRIÇÃO ESTADUAL: **336498855117**
INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO: _____
CNPJ: **58.635.830/0001-75**
PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO: **135201139437499 04/12/2020 16:53:51**

DESTINATÁRIO/REMETENTE
NOME/RAZÃO SOCIAL: **IRMANDADE DE MISERIC DO HOSPITAL DA SANTA CASA DE MONTE**
CNPJ/CPF: **790 52.852.100/0001-40**
DATA DA EMISSÃO: **04-12-2020**
ENDERECO: **R CARLOS KIELANDER N. 396 , CXPST: 180;**
BAIRRO/DISTRITO: **CENTRO**
CEP: **15.910-000**
DATA DA ENTRADA/SAÍDA: **04-12-2020**
MUNICÍPIO: **MONTE ALTO**
UF: **SP**
INSCRIÇÃO ESTADUAL: **ISENTO**
HORA DA SAÍDA: **16:53:33**

FATURA/DUPLICATA
VENDAS 30 DIAS BANCO BRADESCO | BOL=001 Venc=05/01/2021 Valor=1.520,00

CÁLCULO DE IMPOSTO
BASE DE CÁLCULO DO ICMS: **886,62**
VALOR DO ICMS: **106,39**
BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST: **0,00**
VALOR DO ICMS ST: **0,00**
VALOR TOTAL DOS PRODUTOS: **1.520,00**
VALOR DO FRETE: **0,00**
VALOR DO SEGURO: **0,00**
DESCONTO: **0,00**
OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS: **0,00**
VALOR DO IPT: **0,00**
VALOR TOTAL DA NOTA: **1.520,00**

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS
RAZÃO SOCIAL: **FERNANDO SOARES DE BARROS-EPP**
ENDEREÇO: **OUT KASATU MARU N. 240**
MUNICÍPIO: **GUARULHOS**
UF: **SP**
CNPJ/CPF: **05.784.288/0001-56**
INSCRIÇÃO ESTADUAL: **336786025114**
QUANTIDADE: **40,00**
ESPÉCIE: **CAIXA(S)**
MARGA: _____
NOME: _____
PESO BRUTO: **118,4000 Kg**
PESO LÍQUIDO: **88,6400 Kg**

CÓD. PROD	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UN.	QUANT.	V. UNIT	V. DESC.	% DESC.	V. TOTAL	BC ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPT	ALÍQUOTA ICMS	TPT
500050101	CLORETO DE SÓDIO 0.9% AMPOLA PEBD 10 ML CX C/200 Lote: 2207/20 Qtde: 40 Dt.Fab: 10/2020 Dt. Val: 10/2022	30049099	020	5101	CX	40	38,00	0,00	0,00	1.520,00	886,62	106,39		12,0	

IRMANDADE DE MISERICORDIA DO HOSPITAL DA SANTA CASA DE MONTE ALTO
Ca 10/12
CONTABILIDADE

Caixa 30/12/2020

RECEBIDO E CONFERIDO
MERCADORIAS
08, 12, 2020
Umonore

DIGITADO
N.º *67*
09, 12, 2020
Umonore

CÁLCULO DO ISSQN
INSCRIÇÃO MUNICIPAL: _____
VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS: _____
BASE DE CÁLCULO DO ISSQN: **0,00**
ISSQN: **RECURSO PÚBLICO FEDERAL COVID-19**
0,00

DADOS ADICIONAIS
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:
REDUÇÃO DE BASE DE CÁLCULO CONFORME ARTIGO 62, ANEXO II DO RICMS SP | ALIQUOTA ICMS REDUZIDA CONFORME INCISO XVII, DO ARTIGO 54, DO RICMS SP : DESTINATÁRIO CREDENCIADO AO REGIME ESPECIAL.
COTADO 3672 SORC. ID 134486001. Entrega 07/12/2020. | EMPRESA OPTANTE DO CREDITO PRESUMIDO PIS/COFINS, LEI 10.147 DE 2000 - IN-SRF 358 DE 09/09/2003 | PEDIDO: R3866 | SEU PEDIDO: | : END.ENTREGA: R CARLOS KIELANDER, 396 CXPST: 180 - CENTRO - MONTE ALTO, SP- 15910000 Os laudos dos produtos estão disponíveis no site www.farmarin.com.br.
RESERVADO AO FISCOS
Termo de repasse: 013/2020.1
Pago com recurso Federal: 1.520,00
Pago com recurso entidades: _____
Conferido com o documento original