



Comprovante de Pagamento de Boletto

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: | 75691.32140 01414.822302 00092.410018 1 85280000943350 |
| Instituição Emissora - Nome do Banco: | BANCO COOPERATIVO DO BRASIL S.A. |
| Código do Banco: | 756 |
| Código do ISPB: | 02038232 |
| Beneficiário original / Cedente | |
| Nome Fantasia: | BELLMED PRODUTOS HOSPITALARES EIRELI |
| Nome/Razão Social: | BELLMED PRODUTOS HOSPITALARES EIRELI |
| CPF/CNPJ: | 31.498.120/0001-94 |
| Pagador Sacado | |
| Nome/Razão Social: | IRMANDADE DE MISER DO HOSP DA S CASA DE MONTE ALTO |
| 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: | 11/02/2021 |
| Data de Efetivação / Agendamento: | 20/01/2021 |
| Valor Nominal do Boletto: | 9.433,50 |
| Juros (R\$): | 0,00 |
| IOF (R\$): | 0,00 |
| Multa (R\$): | 0,00 |
| Desconto (R\$): | 0,00 |
| Abatimento (R\$): | 0,00 |
| Valor Calculado (R\$): | 9.433,50 |
| Valor Pago (R\$): | 9.433,50 |
| Identificação do Pagamento: | BELLMED NF3538 |

Data/hora da operação: 20/01/2021 11:20:23

Código da operação: 020293733
Chave de segurança: Q36U3Y9T96V8A37K

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



| | | | |
|---|---|---|--|
| Beneficiário BELLAMED PRODUTOS HOSPITALARES EIRELI DEOLINDA ROSA 2000 QUADRA 01 LOTE 01/0 JARDIM IARA Serrana - SP | 31.498.120/0001-94 14150-000 | Vencimento 11/02/2021 (+) Outros acréscimos (-) Desconto / Abatimento | Valor do Documento 9.433,50 (+) Mora / Multa (-) Outras deduções |
| Instruções (texto de responsabilidade do beneficiário) A partir 12/02/2021 Juros 0,27%/dia A partir 12/02/2021 multa de 2,00% Não conceder desconto. ID 14698046 Protesto no 10º dia após vencimento | | Data de Emissão 12/01/2021 | (=) Valor cobrado |
| | | Coop Contr/Cód. Beneficiário 3214/4148223 | |
| | | Nosso Número 924-1 | |

Dados do Pagador

| | | |
|--|------------------------------------|-------------------------|
| Nome do pagador IRMANDADE DE MISER DO HOSP DA S CASA DE MONTE ALTO | Número do Documento 3538 | |
| Endereço RUA CARLOS KIELANDER 396 | | |
| Bairro / Distrito CENTRO | | |
| Município MONTE ALTO | UF SP | CEP 15910-000 |
| Mensagem Pagador | | |

Este recibo somente terá validade com a autenticação mecânica ou acompanhado do recibo de pagamento emitido pelo Banco. Recebimento através do cheque n. do banco Esta quitação só terá validade após o pagamento do cheque pelo banco pagador.

Autenticação mecânica - Recibo do pagador



756

75691.32140 01414.822302 00092.410018 1 85280000943350

| | | | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------|---------------------------|---|--|
| Local de pagamento PAGAVEL PREFERENCIALMENTE NO SICOOB | | | | | Vencimento 11/02/2021 |
| Beneficiário BELLAMED PRODUTOS HOSPITALARES EIRELI 31.498.120/0001-94 | | | | | Cooperativa contratante/Cód. Beneficiário 3214/4148223 |
| Data do documento 12/01/2021 | N. documento 3538 | Espécie DM | Accite N | Data processamento 12/01/2021 | Nosso número 924-1 |
| Uso do Banco | Carteira 1 | Espécie R\$ | Quantidade 0,00 | Valor | Valor documento 9.433,50 |
| Instruções (texto de responsabilidade do beneficiário) A partir 12/02/2021 Juros 0,27%/dia A partir 12/02/2021 multa de 2,00% Não conceder desconto. ID 14698046 Protesto no 10º dia após vencimento | | | | | (-) Desconto / Abatimento |
| EMITIDO PELA COOPERATIVA CONTRATANTE SEM RESPONSABILIDADE DO BANCOOB COOPERATIVA CONTRATANTE 3214 SICOOB COCRED | | | | | (-) Outras deduções |
| | | | | | (+) Mora / Multa |
| Pagador IRMANDADE DE MISER DO HOSP DA S CASA DE MONTE ALTO RUA CARLOS KIELANDER 396 CENTRO MONTE ALTO - SP | | | | | (+) Outros acréscimos |
| Beneficiário Final | | | | | (=) Valor cobrado |



Autenticação mecânica - Ficha de compensação

Av Deolinda Rosa, 2000
Centro
Serrana
SP (16) 3987-4500 14.150-000

Documento auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica
Saída: 1
Entrada: 0
FL 1 / 1
Nº: 3538
Série: 1



CHAVE DE ACESSO
3521 0131 4981 2000 0194 5500 1000 0035 3812 5360 9294
Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e
www.nfe.fazenda.gov.br ou no site da Sefaz Autorizadora

NATUREZA DA OPERAÇÃO: VENDA DE MERCADORIA DENTRO DO ESTADO
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 663056072113
INSCRIÇÃO ESTADUAL SUB. TRIBUTÁRIA: 31.498.120/0001-94
PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO: 135210038280028 12/01/2021 17:50:01

DESTINATÁRIO/REMETENTE
NOME/RAZÃO SOCIAL: IRMANDADE DE MISER.DO HOSP.DA S.CASA DE MONTE ALTO
ENDEREÇO: RUA CARLOS KIELANDER, 396
MUNICÍPIO: MONTE ALTO
BAIRRO/DISTRITO: CENTRO
CEP: 15.910-000
UF: SP
INDICADOR I.E.: 9-Não Contribuinte
DATA DA EMISSÃO: 12-01-2021
DATA DA ENTRADA/SAÍDA: 12-01-2021
HORA DA ENTRADA/SAÍDA: 17:49:13

FATURA
NÚMERO: 3538
VALOR ORIGINAL: 9.433,50
VALOR DO DESCONTO: 0,00
VALOR LÍQUIDO: 9.433,50

DUPPLICATAS table with columns: Número, Vencimento, Valor

CÁLCULO DO IMPOSTO
BASE DE CÁLCULO DE ICMS: 9.433,50
VALOR DO ICMS: 1.698,03
BASE DE CÁLC. DE ICMS ST: 0,00
VALOR DO ICMS ST: 0,00
VALOR TOTAL DOS PRODUTOS: 9.433,50
VALOR DO FRETE: 0,00
VALOR DO SEGURO: 0,00
DESCONTO: 0,00
OUTRAS DESP. ACESSÓRIAS: 0,00
VALOR DO IPI: 0,00
VALOR TOTAL DA NOTA: 9.433,50

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS
RAZÃO SOCIAL: PRÓPRIA
ENDEREÇO: AV. DEOLINDA ROSA
QUANTIDADE: 35850
FRETE POR CONTA: 0 - Emitente
MUNICÍPIO: SERRANA
PLACA VEÍCULO: 31.498.120/0001-94
UF: SP
INScrição ESTADUAL: 663056072113
MUNICÍPIO: SERRANA
PESO BRUTO
PESO LÍQUIDO

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO table with columns: COD. PROD, DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO, NCM/SH, CST, CFOP, UNID, QTD, VLR.UNIT, VLR.TOTAL, B.C. ICMS, VLR. ICMS, VLR. IPI, ALIQUOTAS ICMS, IPI

RECEBIDO E CONFERIDO
MERCADORIAS
13/01/2021
Maurice

DIGITADO
Nº 70
13/01/2021
por Maurice

IRMANDADE DE MISERICÓRDIA DO HOSPITAL JA SANTA CASA DE MONTE ALTO
Ca 1911

DADOS ADICIONAIS DE ENTIDADE
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES: Venda gerada a partir do Orçamento n 9050003915ID 14698046680000 30 DIAS LOCAL DE ENTREGA RUA ANTONIO DA SILVA, ALTURA DO N 230 POSTO 6 - MONTE ALTO - VOCE PREZU Aproximadamente : R\$396,21 de tributos federais R\$1132,02 de tributos estaduais Fonte : IBPT
RESERVADO AO FISCO

RECURSO PÚBLICO FEDERAL COVID 19
Termo de repasse: 013/2020-1
Pago com recurso Federal: 9.433,50
Pago com recurso entidade: -
Conferido com o documento original