



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

<b>Representação numérica do código de barras:</b>	00190.00009 02815.634007 00038.555173 2 85290000184860
<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>CRISMED COMERCIAL HOSPITALAR LTDA.</b>
<b>Nome/Razão Social:</b>	<b>CRISMED COMERCIAL HOSPITALAR LTDA.</b>
<b>CPF/CNPJ:</b>	<b>04.192.876/0001-38</b>
<b>Beneficiário Final</b>	
<b>Nome/Razão Social:</b>	CRISMED COMERCIAL HOSPITALAR LTDA.
<b>CPF/CNPJ:</b>	04.192.876/0001-38
<b>Pagador Sacado</b>	
<b>Nome/Razão Social:</b>	IRM. DE MISER. DO HOSP. DA SANTA CASA
<b>CPF/CNPJ:</b>	52.852.100/0001-40
<b>Pagador Final - Correntista</b>	
<b>Nome/Razão Social:</b>	IRMANDADE MIS HOSP STA CASA MA
<b>CPF/CNPJ:</b>	521.000.001-40

<b>Data do Vencimento:</b>	12/02/2021
<b>Data de Efetivação / Agendamento:</b>	20/01/2021
<b>Valor Nominal do Boleto:</b>	1.848,60
<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>	1.848,60
<b>Valor Pago (R\$):</b>	1.848,60
<b>Identificação do Pagamento:</b>	CRISMED NF236526

<b>Data/hora da operação:</b>	20/01/2021 11:23:29
-------------------------------	---------------------

<b>Código da operação:</b>	020298264
<b>Chave de segurança:</b>	8ZE76YXY3E26VM6S

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



001-9

## Comprovante de Entrega

Nome do Beneficiário/CNPJ/CPF CRISMED COMERCIAL HOSPITALAR LTDA/Rua São Paulo-13\SANTOS-SP\04.192.876/0001-38			Ag./Cod. Beneficiário #Name?	Motivos de não entrega (para uso da empresa entregadora)		
Pagador IRM. DE MISER. DO HOSP. DA SANTA CASA DE MONTE ALTO			Nosso Número 28156340000038555	<input type="checkbox"/> Mudou-se	<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Não existe nº
Vencimento 12/02/2021	N. do Documento 236526/1NFE	Espécie R\$	Valor do Documento 1.848,60	<input type="checkbox"/> Recusado	<input type="checkbox"/> Não Procurado	<input type="checkbox"/> Falecido
Recebi(emos) o boleto de características acima	Data	Assinatura	Data	Entregador		
				<input type="checkbox"/> Desconhecido	<input type="checkbox"/> End. Insuf.	<input type="checkbox"/> Outros



001-9

00190.00009 02815.634007 00038.555173 2 85290000184860

Local de Pagamento Pagável em qualquer banco até o vencimento. Após, atualize o boleto no site bb.com.br					Vencimento 12/02/2021
Nome do Beneficiário/CNPJ/CPF CRISMED COMERCIAL HOSPITALAR LTDA/Rua São Paulo-13\SANTOS-SP\04.192.876/0001-38					Agência / Código Beneficiário #Name?
Data do Documento 13/01/2021	No. do Documento 236526/1NFE	Espécie Doc. R\$	Aceite N	Data do Processamento 13/01/2021	Nosso Número 28156340000038555
Uso do Banco	Carteira 17	Espécie R\$	Quantidade x	Valor =	Valor do Documento 1.848,60
Instruções  SUJEITO A PROTESTO JUROS POR DIA DE ATRASO R\$: 1.85					(-) Desconto / Abatimento
					(-) Outras Deduções (Abatimento)
					(+) Mora / Multa
					(+) Outros Acréscimos
					(=) Valor Cobrado

Nome do Pagador/CPF/CNPJ/Endereço IRM. DE MISER. DO HOSP. DA SANTA CASA DE MONTE ALTO R CARLOS KIELANDER, 396 15910000 - MONTE ALTO - SP		Cod. Interno: 00007590 CNPJ: 52.852.100/0001-40
---	--	--

Pagador / Avalista: Recibo do Pagador

001-9

00190.00009 02815.634007 00038.555173 2 85290000184860

Local de Pagamento Pagável em qualquer banco até o vencimento. Após, atualize o boleto no site bb.com.br					Vencimento 12/02/2021
Nome do Beneficiário/CNPJ/CPF CRISMED COMERCIAL HOSPITALAR LTDA/Rua São Paulo-13\SANTOS-SP\04.192.876/0001-38					Agência / Código Beneficiário #Name?
Data do Documento 13/01/2021	No. do Documento 236526/1NFE	Espécie Doc. R\$	Aceite N	Data do Processamento 13/01/2021	Nosso Número 28156340000038555
Uso do Banco	Carteira 17	Espécie R\$	Quantidade x	Valor =	Valor do Documento 1.848,60
Instruções  SUJEITO A PROTESTO JUROS POR DIA DE ATRASO R\$: 1.85					(-) Desconto / Abatimento
					(-) Outras Deduções (Abatimento)
					(+) Mora / Multa
					(+) Outros Acréscimos
					(=) Valor Cobrado

Nome do Pagador/CPF/CNPJ/Endereço IRM. DE MISER. DO HOSP. DA SANTA CASA DE MONTE ALTO R CARLOS KIELANDER, 396 15910000 - MONTE ALTO - SP		#Name? CNPJ: 52.852.100/0001-40
---	--	------------------------------------

Pagador / Avalista: Código de Barra  
Autenticação Mecânica    Ficha de Compensação



## Comprovante de Pagamento de Boletto

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

<b>Representação numérica do código de barras:</b>	00190.00009 02815.634007 00038.556171 1 85440000184860
<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>CRISMED COMERCIAL HOSPITALAR LTDA.</b>
<b>Nome/Razão Social:</b>	<b>CRISMED COMERCIAL HOSPITALAR LTDA.</b>
<b>CPF/CNPJ:</b>	<b>04.192.876/0001-38</b>
<b>Beneficiário Final</b>	
<b>Nome/Razão Social:</b>	CRISMED COMERCIAL HOSPITALAR LTDA.
<b>CPF/CNPJ:</b>	04.192.876/0001-38
<b>Pagador Sacado</b>	
<b>Nome/Razão Social:</b>	IRM. DE MISER. DO HOSP. DA SANTA CASA
<b>CPF/CNPJ:</b>	52.852.100/0001-40
<b>Pagador Final - Correntista</b>	
<b>Nome/Razão Social:</b>	IRMANDADE MIS HOSP STA CASA MA
<b>CPF/CNPJ:</b>	521.000.001-40

<b>Data do Vencimento:</b>	27/02/2021
<b>Data de Efetivação / Agendamento:</b>	20/01/2021
<b>Valor Nominal do Boletto:</b>	1.848,60
<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>	1.848,60
<b>Valor Pago (R\$):</b>	1.848,60
<b>Identificação do Pagamento:</b>	CRISMED NF236526

**Data/hora da operação:** 20/01/2021 11:24:56

**Código da operação:** 020300306  
**Chave de segurança:** 4ERVAFRLS1HQYU6C

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



001-9

## Comprovante de Entrega

Nome do Beneficiário/CNPJ/CPF CRISMED COMERCIAL HOSPITALAR LTDA/Rua São Paulo-13\SANTOS-SP\04.192.876/0001-38			Ag./Cod. Beneficiário #Name?	Motivos de não entrega (para uso da empresa entregadora)		
Pagador IRM. DE MISER. DO HOSP. DA SANTA CASA DE MONTE ALTO			Nosso Número 28156340000038556	<input type="checkbox"/> Mudou-se	<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Não existe nº
Vencimento 27/02/2021			Valor do Documento 1.848,60	<input type="checkbox"/> Recusado	<input type="checkbox"/> Não Procurado	<input type="checkbox"/> Falecido
Recebi(emos) o bloquete de características acima				<input type="checkbox"/> Desconhecido	<input type="checkbox"/> End. Insuf.	<input type="checkbox"/> Outros
N. do Documento 236526/2NFE	Espécie R\$			Data	Entregador	



001-9

00190.00009 02815.634007 00038.556171 1 85440000184860

Local de Pagamento Pagável em qualquer banco até o vencimento. Após, atualize o boleto no site bb.com.br					Vencimento 27/02/2021	
Nome do Beneficiário/CNPJ/CPF CRISMED COMERCIAL HOSPITALAR LTDA/Rua São Paulo-13\SANTOS-SP\04.192.876/0001-38					Agência / Código Beneficiário #Name?	
Data do Documento 13/01/2021	No. do Documento 236526/2NFE	Espécie Doc. R\$	Aceite N	Data do Processamento 13/01/2021	Nosso Número 28156340000038556	
Uso do Banco Carteira 17		Espécie R\$	Quantidade x	Valor	Valor do Documento 1.848,60	
Instruções  SUJEITO A PROTESTO JUROS POR DIA DE ATRASO R\$: 1.85					(-) Desconto / Abatimento	
					(-) Outras Deduções (Abatimento)	
					(+) Mora / Multa	
					(+) Outros Acréscimos	
					(=) Valor Cobrado	

Nome do Pagador/CPF/CNPJ/Endereço IRM. DE MISER. DO HOSP. DA SANTA CASA DE MONTE ALTO R CARLOS KIELANDER, 396 15910000 - MONTE ALTO - SP			Cod. Interno: 00007590 CNPJ: 52.852.100/0001-40		
Pagador / Avalista:			Recibo do Pagador		



001-9

00190.00009 02815.634007 00038.556171 1 85440000184860



Local de Pagamento Pagável em qualquer banco até o vencimento. Após, atualize o boleto no site bb.com.br					Vencimento 27/02/2021 ✓	
Nome do Beneficiário/CNPJ/CPF CRISMED COMERCIAL HOSPITALAR LTDA/Rua São Paulo-13\SANTOS-SP\04.192.876/0001-38					Agência / Código Beneficiário #Name?	
Data do Documento 13/01/2021	No. do Documento 236526/2NFE	Espécie Doc. R\$	Aceite N	Data do Processamento 13/01/2021	Nosso Número 28156340000038556	
Uso do Banco Carteira 17		Espécie R\$	Quantidade x	Valor	Valor do Documento 1.848,60 ✓	
Instruções  SUJEITO A PROTESTO JUROS POR DIA DE ATRASO R\$: 1.85					(-) Desconto / Abatimento	
					(-) Outras Deduções (Abatimento)	
					(+) Mora / Multa	
					(+) Outros Acréscimos	
					(=) Valor Cobrado	
Nome do Pagador/CPF/CNPJ/Endereço IRM. DE MISER. DO HOSP. DA SANTA CASA DE MONTE ALTO R CARLOS KIELANDER, 396 15910000 - MONTE ALTO - SP			#Name? CNPJ: 52.852.100/0001-40			
Pagador / Avalista:			Código de Barra			
			Autenticação Mecânica			
			Ficha de Compensação			



RECEBEMOS DE CRISMED COMERCIAL HOSPITALAR LTDA OS PRODUTOS DA NOTA FISCAL INDICADA  
EMISSÃO: 13/01/2021 DESTINATÁRIO: IRM. DE MISER. DO HOSP. DA SANTA CASA DE MONTE



DATA DE RECEBIMENTO IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR IRM. DE MISER. DO HOSP. DA SANTA CA Nº: 236526 SÉRIE: 1  
Total NF: 3.697,20 FOLHA: 1/1

<b>IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE</b> <b>CRISMED COMERCIAL HOSPITALAR LTDA</b> Rua Sao Paulo, 13 Bairro: Vila Belmiro 11075-330 Santos - SP Fone: (13)3228-2305 	<b>DANFE</b> DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA 0 - ENTRADA 1 - SAÍDA Nº 236.526 SÉRIE: 1 FOLHA: 1/1	<b>CONTROLE FISCO</b> 
		CHAVE DE ACESSO 3521.0104.1928.7600.0138.5500.1000.2365.2610.0604.2603 Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora
		DADOS DA NF-e 135210042092907 - 13/01/2021 14:21:27

NATUREZA DA OPERAÇÃO 5102 VENDA DE MER ADQ REC D TERC

INSCRIÇÃO ESTADUAL 633.566.329,115 INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO CNPJ 04.192.876/0001-38

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL IRM. DE MISER. DO HOSP. DA SANTA CASA DE MONTE ALTO CNPJ 52.852.100/0001-40 DATA EMISSÃO 13/01/2021

ENDEREÇO R CARLOS KIELANDER, 396 CXPST 180 BAIRRO/DISTRITO CENTRO CEP 15910-000 DATA DA SAÍDA 13/01/2021

MUNICÍPIO Monte Alto FONE / FAX (016)3242-1138 UF SP INSCRIÇÃO ESTADUAL HORA DA SAÍDA 14:18:14

INFORMAÇÕES DO LOCAL DE ENTREGA

NOME / RAZÃO SOCIAL CPE/CNPJ INSCRIÇÃO ESTADUAL

ENDEREÇO BAIRRO/DISTRITO CEP

MUNICÍPIO UF FONE / FAX

FATURA/DUPLICATAS 236526/1 - 12/02/21 - 1848,60 | 236526/2 - 27/02/21 - 1848,60

<b>CÁLCULO DO IMPOSTO</b>	
BASE DE CÁLCULO DO ICMS 3.697,20	VALOR DO ICMS 443,66
BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST 0,00	VALOR DO ICMS ST 0,00
VALOR DO FRETE 0,00	VALOR DO SEGURO 0,00
DESCONTO 0,00	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS 0,00
VALOR DO IPI 0,00	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 3.697,20
VALOR TOTAL DA NOTA	3.697,20

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL MUGOLOG TRANSPORTES E LOG LTDA FRETE POR CONTA 0-EMITENTE 0-DESTINATÁRIO 0 CÓDIGO ANNT PLACA DO VEICULO UF CNPJ/CPF 35.231.583/0001-46

ENDEREÇO RUA SAO PAULO, 19 MUNICÍPIO SANTOS UF SP INSCRIÇÃO ESTADUAL 633.887.570.111

QUANTIDADE 30 ESPÉCIE MARCA NUMERAÇÃO PESO BRUTO 0,0000 PESO LÍQUIDO 0,0000

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CODIGO PRODUTO ICMS	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	EST. CROF	UNID	QTD	VALOR UNITÁRIO	VALOR DESCONTADO	VALOR TOTAL	BASE CALC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALIQ. ICMS	ALIQ. IPI
19339 90183119	SERINGA DESC 20ML S/AG LUER LOCK Modelo: CX C/300 UN Lote: 2294/20 - 30/06/2025 Qtd: 26.00 Lote: 2396/20 - 30/08/2025 Qtd: 4.00	000 5102	CX	30,0000	123,2400	0,0000	3.697,20	3.697,20	443,66	0,00	12,00	0,00

ARMANDO DE MISERICORDIA DO HOSPITAL DA SANTA CASA DE MONTE ALTO

14/01/2021

RECLAMAÇÕES SOMENTE CONTABILIDADE NO ATO DA ENTREGA

DIGITADO

Nº 81

14/01/2020

por: Manoel

RECEBIDO E CONFERIDO MERCADORIAS  
14/01/21  
[Assinatura]

DADOS ADICIONAIS  
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES  
PEDIDO: 121670 // Local Entrega: N0 -- / Obs: ENTREGAR NO DIA 14/01/21  
ID 146980466.1 / Regime Especial conforme portaria CAT 198/09 Tributo aproximado  
RS: 155,28 Federal R\$: 443,66 Estadual Fonte: TBT

RECURSO PUBLICO FEDERAL COVID-19  
RECEBIDO AO FISCO  
Termo de repasse 013/2020-1  
Pago com recurso Federal: 3697,20  
Pago com recurso entidade

Conferido com o documento original