



## 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>	34191.09008 06603.600674 62200.560001 1 85460000099000
<b>Instituição Emissora - Nome do Banco:</b>	ITAU UNIBANCO S.A.
<b>Código do Banco:</b>	341
<b>Código do ISPB:</b>	60701190
<b>Beneficiário original / Cedente</b>	
<b>Nome Fantasia:</b>	<b>ASTRA FARMA C M M H LTDA</b>
<b>Nome/Razão Social:</b>	<b>ASTRA FARMA C M M H LTDA</b>
<b>CPF/CNPJ:</b>	<b>10.571.984/0001-14</b>
<b>Pagador Sacado</b>	
<b>Nome/Razão Social:</b>	IRMANDADE DE MIS DO HOSPITAL
<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>	01/03/2021
<b>Data de Efetivação / Agendamento:</b>	09/02/2021
<b>Valor Nominal do Boleto:</b>	990,00
<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>	990,00
<b>Valor Pago (R\$):</b>	990,00
<b>Identificação do Pagamento:</b>	ASTRA NF101611

**Data/hora da operação:** 09/02/2021 14:45:28

**Código da operação:** 040757149  
**Chave de segurança:** CAHTVMT65L08FWM4

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

## Segunda Via



Banco Itaú S.A. | 341-7 |

## RECIBO DO PAGADOR

Local de Pagamento EM QUALQUER BANCO OU CORRESP. NAO BANCARIO					Vencimento 01/03/2021
Beneficiário ASTRA FARMA C M M H LTDA CNPJ 10.571.984/0001-14					Agência/Código Beneficiário 0676/22005-6
Endereço Beneficiário / Beneficiário Final RUA GERALDO DOS REIS 80 ALA I POUSO ALEGRE MG 37555 202					
Data do documento 29/01/2021	No. Do documento 000101611	Espécie doc. DMI	Aceite N	Data Processamento 29/01/2021	Nosso Número 109/00066036-0
Uso do Banco	Carteira 109	Espécie R\$	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento 990,00
Instruções de responsabilidade do BENEFICIÁRIO. Qualquer dúvida sobre este boleto contate o beneficiário. APOS O VENCIMENTO COBRAR MORA DE R\$ ..... 0,01 AO DIA APOS 02/03/2021 MULTA DE ..... 19,80 SUJEITO A NEGATIVACAO SE NAO FOR PAGO NO VCTO SUJEITO A PROTESTO SE NAO FOR PAGO NO VENCTO					(-) Descontos/Abatimento
					(+) Mora/Multa
					(=) Valor Cobrado
Pagador: IRMANDADE DE MIS. DO HOSPITAL CNPJ/CPF 052852100000140					
Endereço: RUA CARLOS KIELANDER, 396 15910-000 CENTRO MONTE ALTO SP					
Beneficiário Final:					

Autenticação mecânica



Banco Itaú S.A. | 341-7 | 34191.09008 06603.600674 62200.560001 1 85460000099000

Local de Pagamento EM QUALQUER BANCO OU CORRESP. NAO BANCARIO					Vencimento 01/03/2021
Cedente ASTRA FARMA C M M H LTDA CNPJ 10.571.984/0001-14					Agência/Código Cedente 0676/22005-6
Data do documento 29/01/2021	No. Do documento 000101611	Espécie doc. DMI	Aceite N	Data Processamento 29/01/2021	Nosso Número 109/00066036-0
Uso do Banco	Carteira 109	Espécie R\$	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento 990,00
Instrução (Todas informações deste bloqueto são de exclusiva responsabilidade do cedente). APOS O VENCIMENTO COBRAR MORA DE R\$ ..... 0,01 AO DIA APOS 02/03/2021 MULTA DE ..... 19,80 SUJEITO A NEGATIVACAO SE NAO FOR PAGO NO VCTO SUJEITO A PROTESTO SE NAO FOR PAGO NO VENCTO					(-) Descontos/Abatimento
					(+) Mora/Multa
					(=) Valor Cobrado
Sacado: IRMANDADE DE MIS. DO HOSPITAL CNPJ/CPF 052852100000140					
Endereço: RUA CARLOS KIELANDER, 396 15910-000 CENTRO MONTE ALTO SP					
Beneficiário Final:					

Ficha de Compensação  
Autenticação Mecânica



**ASTRA FARMA COMERCIO DE MAT. MED.HOSP. LTDA**  
 RUA GERALDO DOS REIS, 80  
 ALA I Cep:37555-202  
 POUSO ALEGRE/MG  
 Fone: 3534250392

**DANFE**  
 DOCUMENTO AUXILIAR DA  
 NOTA FISCAL ELETRONICA  
 0-ENTRADA  
 1-SAIDA **1**  
 N. 000101611  
 SERIE 1  
 FOLHA 01/02

**CHAVE DE ACESSO DA NF-E**  
 3121 0110 5719 8400 0114 5500 1000 1016 1118 6450 2230  
 Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e  
 www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da SEFAZ Autorizada

NATUREZA DA OPERAÇÃO: VENDAS DE MERC. ADQUIRIDAS E/OU RECEBIDAS DE TERCEIROS  
 PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO: 131214012783684 28/01/2021 18:13:03-03:00

INSCRIÇÃO ESTADUAL: 0011053760078  
 INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIB: 813016672113  
 CNPJ/CPF: 10.571.984/0001-14

DESTINATARIO/REMETENTE: IRMANDADE DE MIS. DO HOSPITAL DA SANTA CASA DE MONTE ALTO  
 CNPJ/CPF: 52.852.100/0001-40  
 DATA DE EMISSÃO: 28/01/2021  
 ENDEREÇO: RUA CARLOS KIELANDER, 396  
 BAIRRO/DISTRITO: CENTRO  
 CEP: 15910-000  
 DATA ENTRADA/SAÍDA: 28/01/2021  
 MUNICIPIO: MONTE ALTO  
 FONE/FAX: 1632443246  
 UF: SP  
 INSCRIÇÃO ESTADUAL: 587220280115  
 HORA ENTRADA/SAÍDA: 18:12:00

FATURA: 001  
 DATA: 27/02/2021  
 VALOR: 990,00

**CALCULO DO IMPOSTO**  
 BASE DE CALCULO DO ICMS: 990,00  
 VALOR DO ICMS: 118,80  
 BASE DE CALCULO DO ICMS SUBSTITUIÇÃO: 0,00  
 VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO: 0,00  
 VALOR TOTAL DOS PRODUTOS: 990,00  
 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 DA NOTA: 990,00

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS: BR4 TRANS DE CARGAS EM GERAL EIRELI  
 RAZÃO SOCIAL: BR4 TRANS DE CARGAS EM GERAL EIRELI  
 FRETE POR CONTA: 0-REMETENTE  
 CÓDIGO ANT: 0-REMETENTE  
 PLACA DO VEÍCULO: 0-REMETENTE  
 UF: SP  
 CNPJ/CPF: 23.246.316/0001-63  
 ENDEREÇO: AV 10 N.  
 MUNICIPIO: RIO CLARO  
 UF: SP  
 INSCRIÇÃO ESTADUAL: 587220280115

QUANTIDADE: 1  
 ESPECIE: CX  
 MARCA: 0-REMETENTE  
 NUMERAÇÃO: 0-REMETENTE  
 PESO BRUTO: 1,200  
 PESO LIQUIDO: 1,000

**DADOS DO PRODUTO / SERVIÇO**  
 COD. PROD: 000008CLIN  
 DESCRICÃO DO PROD./SERV: EPINEFRINA 1MG/ML INJ CX C/100 AMP  
 NCM/SH: 30039099  
 CST: 000  
 CFOP: 6108  
 UN: CX  
 QUANT.: 6,00  
 V.UNITARIO: 165,0000  
 V.TOTAL: 990,00  
 BC.ICMS: 990,00  
 VICMS: 118,80  
 VIPI: 0,0012.00%  
 A.ICMS: 0,00%  
 A.IPI: 0,00%

IRMANDADE DE MISERICORDIA DO HOSPITAL DA SANTA CASA DE MONTE ALTO  
 9a312  
 CONTABILIDADE  
 RECEBIDO E CONFERIDO MERCADORIAS  
 29/01/2021  
 DIGITADO  
 N.º 205  
 01/02/2021

**RECURSO PUBLICO FEDERAL COVID 19**  
 Termo de repasse: 013/2020-1  
 Pago com recurso Federal: 990,00  
 Pago com recurso entidade: \_\_\_\_\_  
 Conferido com o documento original

CALCULO DO ISSQN: INSCRIÇÃO MUNICIPAL: \_\_\_\_\_  
 VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS: \_\_\_\_\_  
 BASE DE CÁLCULO DO ISSQN: \_\_\_\_\_  
 VALOR DO ISSQN: \_\_\_\_\_

**DADOS ADICIONAIS**  
 INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES  
 Protocolo: 131214012783684  
 Mercadoria(s) destinada(s) a hospitais, clinicas, laboratorios, Orgao da Administracao Publica - consumidor final. Em considerando a forma de pagamento da presente nota fiscal atraves de deposito em conta da credora, tem-se por consignar que o inadimplemento dentro do prazo de 5(cinco) dias acarretara a inclusao da devedora nas listas impeditivas de protecao do credito (Serasa/SCPC) e Protesto de Titulo (duplicata) correspondente ao valor inadimplido. CLIENTE: 000068 / PEDIDO DE VENDA: 111865 - VENDEDORA: Juliana / PEDIDO CLIENTE: / Mem. Ch.: PRODUTO DESTINADO A CONSUMO INTERNO, CONFORME CONTRATO DE COMPRA. EM CONSIDERANDO A FORMA DE PAGAMENTO DA PRESENTE NOTA FISCA L ATRAVS DE DEPOSITO EM CONTA DA CREDORA, TEM-SE POR CON SIGNAR QUE O INADIMPLENTO DENTRO DO PRAZO DE 5(CINCO) DIAS ACARRETARA A INCLUSO DA DEVEDORA NAS LISTAS IMPEDITIV AS DE PROTE. O DO CR. DITO (SER ASA/SCPC) E

RESERVADO AO FISCO