



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:	42297.20901 00000.016527 00006.551022 4 85490000060600
Instituição Emissora - Nome do Banco:	BANCO SAFRA S/A
Código do Banco:	422
Código do ISPB:	58160789
Beneficiário original / Cedente	
Nome Fantasia:	PROMEFARMA MED PROD HOSP LTDA
Nome/Razão Social:	PROMEFARMA MED PROD HOSP LTDA
CPF/CNPJ:	81.706.251/0001-98
Beneficiário Final	
Nome/Razão Social:	PROMEFARMA MED PROD HOSP LTDA
CPF/CNPJ:	81.706.251/0001-98
Pagador Sacado	
Nome/Razão Social:	IRMANDADE MISERIC RDIA DO HOS
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:	04/03/2021
Data de Efetivação / Agendamento:	19/02/2021
Valor Nominal do Boleto:	606,00
Juros (R\$):	0,00
IOF (R\$):	0,00
Multa (R\$):	0,00
Desconto (R\$):	0,00
Abatimento (R\$):	0,00
Valor Calculado (R\$):	606,00
Valor Pago (R\$):	606,00
Identificação do Pagamento:	PROMEFARMA NF178520

Data/hora da operação:	19/02/2021 08:43:39
-------------------------------	---------------------

Código da operação:	050060067
Chave de segurança:	Q2P32RKVJJEV1F6M

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

PROMEFARMA MEDICAMENTOS E PRODUTOS HOSPITALARES LTDA

Rua Joao Amaral de Almeida, 100 CURITIBA-PR

CNPJ: 81.706.251/0001-98

			Vencimento 04/03/2021	Valor do Documento 606,00
(-) Descontos/Abatimentos	(-) Outras Deduções	(+) Mora/Multa	(+) Outros acréscimos	(=) Valor Cobrado
Data de emissao 02/02/2021	Agência/Código do Beneficiário 20900 / 000001652	Nosso Número 00006551-0		

Dados do Pagador

Nome do Pagador IRMANDADE MISERICÓRDIA DO HOSP DA SANTA CASA MONTE ALTO		CNPJ: 52.852	No. do Documento 178520-A
Endereço CARLOS KIELANDER, 396		Bairro / Distrito centro	
Município MONTE ALTO	UF SP	CEP 15.910-000	

Mensagem

Este recibo somente terá validade com a autenticação mecânica ou acompanhado do recibo de pagamento emitido pelo banco.
Recebimento através do cheque nº _____ do banco
Esta quitação só terá validade após o pagamento do cheque pelo banco sacado.

Autenticação mecânica - Recibo do Pagador

BANCO SAFRA**422 - 7 | 42297.20901 00000.016527 00006.551022 4 85490000060600**

Local de Pagamento: PAGÁVEL EM QUALQUER BANCO ATÉ O VENCIMENTO					Vencimento 04/03/2021
Beneficiário PROMEFARMA MEDICAMENTOS E PRODUTOS HOSPITALARES LTDA					Agência/Código do Beneficiário 20900 / 000001652
Data do Documento: 02/02/2021	No. do Documento 178520-A	Espécie Doc. DM	Aceite N	Data Processamento 02/02/2021	Nosso Número 00006551-0
Uso do Banco	Carteira 01	Espécie R\$	Quantidade	(x) Valor	(=) Valor do Documento 606,00
Instruções (Texto de responsabilidade do beneficiário.) Após vencimento cobrar mora diária de R\$ 1,21 Protestar após 6 dia(s) do vencimento.					(-) Descontos/Abatimentos
					(-) Outras Deduções
					(+) Mora/Multa
					(+) Outros Acréscimos
					(=) Valor Cobrado
Pagador : IRMANDADE MISERICÓRDIA DO HOSP DA SANTA CASA MONTE ALTO CNPJ: 52.852.100/0001-40 CARLOS KIELANDER, 396 CEP: 15.910-000 MONTE ALTO - SP					
Sacador/Avalista					

Autenticação Mecânica - Ficha de compensação



EMITENTE
PROMEFARMA MEDICAMENTOS E PRODUTOS HO
 Rua Joao Amaral de Almeida 100
 Cic
 81.170-520 CURITIBA PR
 Fone/Fax: (41)3165-7900 / (41)3165-7900
 CNPJ 81.706.251/0001-98
 Inscrição Estadual 101.76046-40
 Insc. Estadual Sub.Tributario 816014972114

DANFE
 Documento Auxiliar de
 Nota Fiscal Eletrônica
 1-Saída 1
 2-Entrada
 No. 178520
 Série 1



Chave de Acesso
 4121.0281.7062.5100.0198.5500.1000.1785.2010.0236.6780
 Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e
 www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora

Natureza Operação:
 Venda a Prazo - Consumidor Final

Protocolo de autorização de uso
 141210022882799

DESTINATÁRIO/REMETENTE
 Razão Social IRMANDADE MISERICORDIA DO HOSP DA SANTA CASA MONTE ALTO
 Endereço CARLOS KIELANDER 396
 Bairro Distrito centro
 CEP 15.910-000
 Município MONTE ALTO Fone/Fax (16) 3244-3244 UF SP Inscrição Estadual ISENTO
 Data Emissão 02/02/2021
 Data Entrada/Saída
 Hora de Entrada/Saída

FATURA/DUPLICATA
 178520-A
 04/03/2021
 606,00

DADOS DO PEDIDO
 Número 183500 Empenho: Vendedor: 38
DADOS BANCÁRIOS
 Boleto Bancario
 SAFRA Ag: 20900 C/C: 00000165-2

CÁLCULO DO IMPOSTO		Base de Cálculo do ICMS 606,00		Valor do ICMS 72,72	Base de Cálculo do ICMS Substituição 0,00	Valor do ICMS Substituição 0,00	Valor Total dos Produtos 606,00
Valor do Frete 0,00	Valor do Seguro 0,00	Valor do Desconto 0,00	Outras Despesas Acessórias 0,00	Valor do IPI 0,00	Valor aprox de Tributos 190,59	Valor Total da Nota 606,00	

TRANSPORTADOR VOLUMES TRANSPORTADOS
 Razão Social ATIVA DISTRIBUICAO E LOGISTICA LTDA
 Endereço AV MARINGA 2102
 Município PINHAIS UF: PR Inscrição Estadual 90337331-83
 Quantidade / Volumes 5 Espécie Marca Numeração Peso Bruto (Kg) 13,000 Peso Líquido (Kg) 13,000 Cubagem Total #####

ENDEREÇO DE ENTREGA
 Endereço CARLOS KIELANDER 396
 Município MONTE ALTO UF: SP
 Bairro Distrito centro CEP 15.910-000

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

Cód.	Descrição dos Produtos/ Serviços	NCM-SH	CST	CFOP	Un	Otdade	Vlr. Unitario Bruto	Vlr. Unitario Líquido	Vlr. Total	BC.ICMS	Vlr. ICMS	Vlr. IPI	IPI	ICMS
9369	AGUA P/ INJ 10ML AMP SAMTEC (CX C/200 AMP) Lote: HXL 30/11/2022 Fabr.: Cod.Fabr.: 101 Reg. MS: 1559200020045 Cod.EAN13: 17898415821019 Decr: 20 LPos Trib. Aprox R\$: 19,37 Federal e 25,92 Estadual Fonte:IBPT	30049099	0 00	6108	AMP	800	0,18000	0,18000	144,00	144,00	17,28	0,00	0	12,00
12180	TERBUTALINA (G) 0,5MG/ML AMP IML GREEN PHARMA (CX C/ 50 AMP) Lote: 620 30/11/2022 Fabr.: Cod.Fabr.: 3015 Reg. MS: 1201901420022 Cod.EAN13: 0742832304894 Decr: 20 LPos Trib. Aprox R\$: 62,14 Federal e 83,16 Estadual Fonte:IBPT	30049099	0 00	6108	AMP	350	1,32000	1,32000	462,00	462,00	55,44	0,00	0	12,00

RECEBIDO E CONFERIDO
 MERCADORIAS
 09/02/21
[Assinatura]

DIGITADO
 N.º 103
 10/02/2021
 Por: *[Assinatura]*

DADOS ADICIONAIS
 Informações complementares
 PEDIDO BIONEZO 153623175*****ANEXAR BOLETO****
 Decretos: 16: ICMS recolhido por Substituição Tributária em virtude do art 100 § 1º Seção XXII Dec 6080/2012
 Obs.Fiscal: Vlr.ICMS FCP: R\$ 0,00
 Vlr.Diferencial do ICMS Destino: R\$ 8,64
 Vlr.Diferencial do ICMS Origem: R\$ 0,00
 Inscr. de Contribuinte EC 87/SP: 816014972114
 IRMANDADE DE MISERICORDIA DO HOSPITAL DA SANTA CASA DE MONTE ALTO
 Rua 1812
 CONTABILIDADE

Reservado ao Fisco
RECURSO PUBLICO FEDERAL COVID 19
 Termo de repasse 013/2020-1
 Pago com recurso Federal: 606,00
 Pago com recurso entidade
 Conferido com o documento original